



HAL
open science

Handicap psychique et exclusion sociale : Place des phénomènes cliniques et psychopathologique dans les risques d'expulsion d'un logement

Eric Fèvre

► **To cite this version:**

Eric Fèvre. Handicap psychique et exclusion sociale : Place des phénomènes cliniques et psychopathologique dans les risques d'expulsion d'un logement. Psychologie. Université d'Angers, 2017. Français. NNT : 2017ANGE0047 . tel-01828931

HAL Id: tel-01828931

<https://theses.hal.science/tel-01828931>

Submitted on 3 Jul 2018

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

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

Thèse de Doctorat

Éric FÈVRE

*Mémoire présenté en vue de l'obtention du
grade de Docteur de l'Université d'Angers
sous le sceau de l'Université Bretagne Loire*

École doctorale : CEI

Discipline : Psychologie

Spécialité :

Unité de recherche : Laboratoire de Psychologie des Pays de la Loire (EA4638)

Soutenu le 11 mai 2017

Thèse N° :

Handicap psychique et exclusion sociale

Place des phénomènes cliniques et psychopathologiques
dans les risques d'expulsion d'un logement

JURY

Rapporteurs : **Lucia ROMO DESPREZ**, Professeur des Universités, Université Paris Ouest La Défense Nanterre
Colette AGUERRE, Maître de Conférences HDR, Université François Rabelais à Tours

Examineurs : **André NDOBO**, Professeur des Universités, Université de Nantes
Robert COURTOIS, Maître de Conférences HDR, Université François Rabelais à Tours

Directeur de Thèse : **Abdel-Halim BOUDOUKHA**, Professeur des Universités, Université de Nantes

Thèse de Doctorat

Éric FÈVRE

Handicap psychique et exclusion sociale : Place des phénomènes cliniques et psychopathologique dans les risques d'expulsion d'un logement.

Psychological handicap and social exclusion: clinical and psychopathological phenomena in the risks of housing eviction.

Résumé

Le handicap psychique est une expression française qui s'est imposée récemment, mais qui fait l'objet de diverses acceptions. Nous le situons dans le contexte très large des vulnérabilités et dans celui plus restreint des situations de handicap. Alors qu'il est communément admis que le handicap psychique est une conséquence sociale d'une maladie mentale, nous montrons que des personnes sont en situation de handicap d'origine psychique (shop) alors qu'elles n'ont aucune pathologie mentale avérée et qu'elles ne suivent aucun traitement psychiatrique. Pour cela, nous nous appuyons sur l'expérience d'un dispositif appelé *Médiation logement* ; dans ce contexte, des psychologues cliniciens vont au-devant de personnes recluses dans leur logement, ou qui manifestent des troubles du comportement ou du voisinage, et qui n'ont aucun antécédent psychiatrique. Nous montrons qu'il s'agit bien de personnes en situation de handicap d'origine psychique (peshop). Cela nous conduit à donner une nouvelle définition du handicap psychique. Puis nous proposons une grille de lecture clinique qui permettrait qu'une équipe mobile puisse faire un diagnostic précoce d'un syndrome incapacitant discret d'origine psychique (sidop) qui se révèle chez une personne ayant une fragilité singulière au moment où elle est confrontée à un événement traumatique personnel et/ou social.

Mots clés

handicap psychique, situation de handicap d'origine psychique, syndrome incapacitant discret d'origine psychique, exclusion sociale, logement, médiation, shop, peshop, sidop.

Abstract

The *handicap psychique* (psychological handicap) is a French expression which has imposed itself recently. It is the subject of various meanings. We place it in the very broad context of vulnerabilities and in the more restricted situations of handicap. While it is commonly accepted that psychological handicap is a social consequence of a mental disease, we show that people with handicap of psychological origin (HOPO) have no proven mental disorder and do not undergo any psychiatric treatment. We rely on the experience of a plan called *Médiation logement*. In this "Housing mediation" clinical psychologists meet people who are reclusive in their homes, or who exhibit behaviour or neighbourhood disturbances. Those people have no psychiatric history and we show that they share a common feature: a discrete incapacitating syndrome of psychological origin (DISOPO). This leads us to give a new definition of psychological handicap. Then we propose a clinical reading tool that would allow a team to make an early diagnosis of this DISOPO that appears in a person with a singular fragility when faced with personal and / or social traumatic of stressful event.

Key Words

handicap psychique, psychological handicap, discrete incapacitating syndrome, social exclusion, housing mediation, HOPO, DISOPO.

L'auteur du présent document vous autorise à le partager, reproduire, distribuer et communiquer selon les conditions suivantes :



- Vous devez le citer en l'attribuant de la manière indiquée par l'auteur (mais pas d'une manière qui suggérerait qu'il approuve votre utilisation de l'œuvre).
- Vous n'avez pas le droit d'utiliser ce document à des fins commerciales.
- Vous n'avez pas le droit de le modifier, de le transformer ou de l'adapter.

**Consulter la licence *creative commons* complète en français :
<http://creativecommons.org/licences/by-nc-nd/2.0/fr/>**

Ces conditions d'utilisation (attribution, pas d'utilisation commerciale, pas de modification) sont symbolisées par les icônes positionnées en pied de page.



REMERCIEMENTS

Nous remercierons ici le Laboratoire de Psychologie des Pays de la Loire (LPPL) qui nous a permis d'effectuer ce travail de recherche.

Nous remercierons la docteure Valérie Boucherat-Hue qui a bien voulu croire en notre capacité à initier cette recherche et qui nous a accompagné durant la première année.

Nous remercierons notre directeur de thèse, le professeur Abdel-Halim Boudoukha qui a accepté de nous accueillir et qui a réussi à nous conduire durant quatre ans.

Nous remercions les psychologues cliniciennes du dispositif *Médiation logement* de l'ADGESTI pour leurs témoignages sincères de leur pratique : Christelle Derradji, Cécile Delaunay, Lara Pennec, Emmanuelle Cantel.

Nous remercions les proches qui ont accepté que nous leur prenions les longues heures nécessaires à ce travail : Claudine, Iris, Sandrine et Prunelle.

Sommaire

JURY
Résumé
Abstract

INTRODUCTION

PREMIERE PARTIE

1. Les handicaps

- 1.1 La prise en compte des handicaps
- 1.2 Le handicap
 - 1.2.1. Les institutions mondiales et le handicap
 - 1.2.2. Les institutions européennes et le handicap
 - 1.2.3. La France du XXème siècle et le handicap
 - 1.2.4. La législation française du début du XXIème siècle
 - 1.2.5. La MDPH
 - a) Des outils pour mesurer le handicap
 - b) Les recours contre les décisions de la CDAPH
 - 1.2.6. Les personnes vulnérables
 - 1.2.7. Le processus de production du handicap

2. Le handicap psychique

- 2.1. Le handicap psychique en France
 - 2.1.1. Le rapport Charzat
 - 2.1.2. La CNSA
 - 2.1.3. Les ESEHP
 - 2.1.4. Le rapport Chossy
- 2.2. Handicap psychique et maladie mentale
 - 2.2.1. Sanitaire et médicosocial
 - 2.2.2. Les troubles psychiques
 - 2.2.3. Le traitement de la maladie mentale
 - a) La loi de 1838
 - b) Saint-Alban
 - c) La sectorisation psychiatrique
 - d) L'antipsychiatrie
 - e) Les lois de 1975
 - f) La CIF
 - g) L'ordonnance Juppé
 - h) La charte de l'utilisateur en santé mentale
 - i) Le rapport Piel et Roelandt
 - j) Le médicosocial
 - k) La psychiatrie générale
 - l) La réadaptation
 - m) La réhabilitation psychiatrique
 - n) La réhabilitation psychosociale
 - o) Le rétablissement
 - 2.2.4. La santé mentale

DEUXIEME PARTIE

1. Des personnes en difficulté dans leur logement

- 1.1. Les expulsions locatives
La loi ALUR
- 1.2. La protection des locataires
 - 1.2.1. La politique de la ville
 - 1.2.2. Le rapport Régnier
 - 1.2.3. Le PDALPD
 - 1.2.4. Le FSL
 - 1.2.5. La loi DALO

- 1.2.6. Les associations agréées
- 1.2.7. L'AVDL
- 1.2.8. La nouvelle politique de la ville
- 1.2.9. Dix mille logements accompagnés
- 2. Des personnes en situation de handicap psychique**
 - 2.1. La méthodologie
 - 2.2. Statistiques
 - 2.3. Les vignettes cliniques
 - 2.3.1. Vignette clinique N° 1 : Monsieur A
 - 2.3.2. Vignette clinique N° 2 : Monsieur B
 - 2.3.3. Vignette clinique N° 3 : Madame C
 - 2.3.4. Vignette clinique N° 4 : Madame D
 - 2.3.5. Vignette clinique N° 5 : Monsieur E
 - 2.3.6. Vignette clinique N° 6 : Madame F
- 3. Les psychologues**
 - 3.1. Le contexte de la rencontre
 - 3.2. La méthodologie d'approche des personnes concernées
 - 3.2.1. La prise de renseignements
 - 3.2.2. Le premier contact avec la personne concernée
 - 3.2.3. La visite directe à domicile
 - 3.3. L'action du psychologue
 - 3.3.1. Quelques questions actuelles
- 4. La médiation logement**
 - 4.1. Naissance du dispositif Médiation logement
 - 4.1.1. Le diagnostic habitant habitat
 - 4.1.2. Les débuts de l'expérimentation médiation expulsion
 - 4.1.3. Le dispositif initial de la Médiation expulsion
 - 4.1.4. Les premiers constats
 - 4.1.5. Les premières conséquences
 - 4.2. L'évolution du dispositif Médiation logement
 - 4.2.1. Une charte de confidentialité
 - 4.3. Une innovation reconnue et partagée
 - 4.3.1. Un premier bilan
 - 4.3.2. Évolution du dispositif, les plateformes de 2015
 - 4.3.3. Les nouveaux partenaires
 - 4.3.4. Une nouvelle plateforme au Mans
 - 4.3.5. La plateforme avortée de Mamers
 - 4.3.6. Les futures plateformes du Mans

TROISIEME PARTIE

- 1. Définir le handicap psychique**
 - 1.1. La notion de handicap psychique
 - 1.1.1. Une difficulté partagée
 - 1.1.2. L'absence de consensus
 - 1.1.3. Les familles
 - 1.1.4. Les professionnels
 - 1.1.5. L'ANESM
 - 1.2. Les définitions**
 - 1.2.1. La définition de l'ADGESTI
 - 1.2.2. La définition du COHPSY 72
 - 1.2.3. La définition du CReHPSy Pays de la Loire
 - 1.2.4. Une définition psychanalytique
 - 1.2.5. Notre définition du handicap psychique
- 2. Caractériser le handicap psychique**
 - 2.1. SAMSAH et Médiation logement
 - 2.2. Le rapport Charzat
 - 2.3. Éléments cliniques complémentaires

- 2.3.1. La difficulté à planifier une action
- 2.3.2. La variabilité du handicap psychique
- 2.3.3. Le rapport perturbé au temps
- 2.3.4. Des altérations relationnelles
- 2.3.5. L'incapacité à formuler une demande
- 2.3.6. Une structure singulière de la peshop ?
- 2.3.7. La maladie psychique à l'origine du handicap
- 2.3.8. L'imprévisibilité du handicap psychique
- 2.3.9. Les difficultés dans la vie quotidienne
 - a) L'hygiène corporelle
 - b) L'entretien du logement
 - c) Les difficultés relationnelles
 - d) Les repas
- 2.3.10. Le rôle de locataire
- 2.3.11. Le contexte sociologique du travail
- 2.3.12. Les caractéristiques psychologiques du handicap psychique
- 2.3.13. D'autres caractéristiques du handicap psychique
- 2.4. Clinique psychopathologique

3. Reconnaître le handicap psychique

- 3.1 Reprise des vignettes cliniques

4. Un syndrome à l'origine du handicap psychique

CONCLUSION

BIBLIOGRAPHIE

Introduction

Si le terme « handicap » est récent, les personnes handicapées ont toujours existé. Cependant, il n'a pas toujours été fait de distinction entre handicap et maladie ; les traitements des uns et des autres étaient très proches, en fonction des compréhensions de la médecine du lieu et de l'époque, souvent sans distinction entre le corps et l'esprit (Sendrail, 1980).

Avant l'apparition du terme « handicap » au XVI^{ème} siècle, les singularités de certains humains n'étaient pas bien identifiées. Jusqu'à une époque très récente, on utilisait indistinctement les mots *infirmes, invalide, impotent, mutilé, blessé, amputé, estropié, paralytique, perclus, éclopé, disgracié, retardé, atrophié, incapable, ignorant, imbécile, idiot, débile, malade, souffreteux, handicapé, stupide, ahuri, abruti, boiteux, bancal, dégénéré, fou, dément, pied bot, aliéné, insensé, irresponsable, forcené, halluciné*, etc. Aujourd'hui encore, un artiste entretient la confusion en prenant pour nom de scène « Grand corps malade » alors qu'il a été victime d'un accident.

Pour ma part, dans ma ville natale de Lorient, nous avions, dans les années 1970, des blagues autour des « débilés de Kerpape », du nom d'un centre de rééducation fonctionnelle réputé à proximité : nous confondions allègrement déficience intellectuelle et handicap physique ; et nous n'allions pas nous baigner sur la plage de Kerpape, pour ne pas être contaminés, peur de la poliomyélite vraisemblablement. Plus récemment, dans les années 1980, dans un bus parisien, une adolescente autiste a pris une place assise convoitée par une vieille dame, qui s'est dans un premier temps offusquée, puis excusée : « Je n'avais pas vue que vous étiez estropiée » ; un terme désuet qui renvoyait à une malformation physique, interprétation de la manifestation corporelle de l'autisme. De même dans mon enfance, à l'école primaire, des élèves des classes de perfectionnement étaient conspués, traités de « grignous », terme lorientais pour désigner les clochards, les enfants assimilant retard scolaire et déchéance sociale adulte.

Une réponse à la souffrance a été proposée depuis longtemps par des thérapeutes qui ont pris les noms de guérisseurs, marabouts, sorciers, chamanes, homme-médecine, prêtres-exorcistes, que cette souffrance ait pour origine une malformation, un accident, ou autre, peu importe. Cette réponse humaine est transculturelle, elle cherche à secourir l'humain qui souffre dans son corps ou dans sa tête. L'homme soigne son semblable (Haxaire, 2010). La maladie - terme du IV^{ème} siècle avant notre ère - ou le symptôme sont lus de manières différentes selon les sociétés. L'ethnologie nous indique que, d'une culture à l'autre, les personnes malades ne vivent pas de la même manière ce qui leur arrive et que les thérapeutes ne tiennent pas le même discours sur les maux ; les représentations mentales varient selon l'environnement social, les théories, les instruments.

Dans la Haute antiquité, l'infirmité ou les manifestations de la démence sont perçus comme des signes d'une puissance divine. En effet, à cette époque, la magie, la religion et la médecine sont indissociables. Aussi les infirmes et les fous ont-ils une place dans la cité, leur différence étant entendue comme une manifestation d'un « au-delà » du monde physique. Pour les grecs anciens, la matière est une composition subtile de quatre « racines » ou éléments : la terre, le feu, l'eau et l'air. Ces formes matérielles traduisent quatre qualités physiques : la fluidité de l'eau, la chaleur du feu, la sècheresse de la terre et la légèreté de l'air. Il existe aussi une correspondance entre ces éléments, les saisons et les âges de la vie. Cette théorie des quatre éléments,

des quatre « humeurs », inventée par Pythagore, explique le fonctionnement du corps et les types de caractère : à une humeur est associé un organe et un tempérament. Ainsi, à la phlegme (ou pituite) correspond le cerveau et le tempérament lymphatique ; au sang correspond le cœur et le caractère sanguin ; à la bile jaune correspond le foie et le caractère colérique ; enfin à l'atrabile (ou bile noire) correspond la rate et le caractère atrabilaire. L'âme, en latin c'est anima, le souffle. Pour Platon, l'âme est le principe même de la vie, mais aussi le principe de la pensée, et encore des deux à la fois ; même si ce principe se manifeste dans le corps, il en est une réalité distincte. Pour lui, l'âme se situe dans l'encéphale, et la mort arrive quand l'âme se sépare du corps. Selon Aristote, si le corps naturel a la vie en puissance, l'âme est une substance, l'état de perfection, de parfait accomplissement de l'être achevé de ce corps (entéléchie).

Dans le traité *De l'âme*, traduit en latin dès le milieu du XIIe siècle, Avicenne, médecin et philosophe persan, expose la théorie de Saint Thomas, en distinguant l'*animus* et l'*anima*. L'homme est vu par lui comme en tension, voire en conflit, entre deux mondes : le monde matériel (voué à la corruption) et le monde spirituel (libéré des contingences du temps). Il est en tension entre l'*animus* et l'*anima*, deux degrés de réalisation de l'être, indissolublement liés. De l'engendrement matériel apparaît l'*animus*, la détermination du corps, la « forme », ce que nous appellerions aujourd'hui l'organisation de l'organisme, qui permet la vie sur terre, le développement des facultés sensitives, sensorielles et motrices. Au sein de l'*animus* s'organisent les passions, l'appétit sensitif au sens d'Aristote. Mais, dès que l'*animus* est engendré, Dieu crée l'*anima*, l'âme spirituelle ; ainsi s'achève l'engendrement de l'être humain. *Anima* est le siège de la *ratio*, la raison faite d'intelligence et de volonté, qui conduit l'homme à la rationalité, aux fonctions spirituelles, loin des facultés sensitives prises dans la matérialité.

Au moyen âge, le fonctionnement du corps humain, dans les cultures européennes et arabes, repose sur quatre constituants : les humeurs, les membres, les complexions et les esprits. Le caractère dépend du tempérament humoral, mais il peut aussi avoir une explication astrologique. Les membres sont les parties solides de l'organisme. Les complexions, héritières de la *crasis* grecque, constituent une combinaison des quatre qualités premières (quatre humeurs) ; elles conditionnent l'état de santé de chaque partie du corps, et surtout elles déterminent le tempérament de la personne. Cependant, les esprits (naturel, vital, animal), lointains successeurs du *pneuma* stoïcien, transportent les forces et les vertus et, de ce fait, font le lien entre l'âme et le corps. À côté des cinq sens externes (vue, ouïe, goût, odorat, toucher), les esprits introduisent des forces et des vertus qui vont constituer les sens internes. Ils siègent dans les trois ventricules cérébraux ; leurs noms et leur nombre varient selon les auteurs.

À la Renaissance, l'Hôpital général modifie la pratique médicale. Dans ce lieu d'enfermement, on traite pêle-mêle aussi bien les opposants politiques que les asociaux, les enfants trouvés, les mendiants, les prostituées, ou les vénériens, les galeux, les vésaniques, et les possédés, les fous. La mise au travail est de règle, mais aussi la contention par chaînes et le cachot pour les agités ; ce sont les seules thérapeutiques. Des libérations conditionnelles sont négociables. Parmi tous ces marginaux, il semble que les malades mentaux étaient très minoritaires (5 à 10%).

Au cours des XVIIe et XVIIIe siècles, le maintien des pèlerinages ayant pour objectif un soin miraculeux, témoigne de la prégnance du magique et du religieux. Cependant, à l'opposé, une démarche scientifique est mise en place par quelques médecins.

Le XIX^{ème} siècle est marqué par la montée du somatisme. Chaque maladie a pour origine une perturbation ou un trouble organique. Les causes des désordres de la conduite, de l'affectivité et de la pensée sont recherchées par les psychiatres dans des affections physiques, notamment des altérations ou des lésions du système nerveux et de l'encéphale en particulier. Georget sépare, comme Galien, les maladies de l'âme qui sont du ressort de la philosophie et les maladies somatiques qui relèvent de la médecine.

Le débat continue aujourd'hui, autour d'une notion récente : le *handicap psychique*. Tout comme les Grecs anciens se demandaient si la folie relevait de la médecine ou de la philosophie, la question se pose autour de l'origine du handicap psychique : une maladie mentale (point de vue psychiatrique) ou une fragilité psychologique (opinion de certaines équipes médico-sociales). La question n'est pas anodine : selon le point de vue, l'approche, la conception de la situation, on soignera un malade, un patient, ou alors on accompagnera un usager, voire on offrira un service à un client.

La loi de 1975 sur le *handicap* a permis que ce terme s'impose et se substitue rapidement à ceux d'invalidé et d'inadapté (Chapireau, Constant et Durand, 1997). Aujourd'hui, le handicap peut être abordé de différentes manières, selon différents points de vue. Nous rencontrons habituellement quatre approches : fonctionnelle, sociale, individualiste environnementale et biomédicale. L'approche fonctionnelle se lit dans un contexte des politiques publiques, elle inclut les procédures et les moyens mis en place en faveur des personnes handicapées comme catégorie de citoyens. L'approche sociale s'inscrit à un moment de l'histoire et elle décrit le handicap comme un produit des représentations culturelles d'une époque. L'approche individualiste environnementale tient compte de l'environnement matériel (les lieux) et de l'environnement humain (l'entourage) de la personne handicapée. L'approche biomédicale est centrée sur la nature et la gravité du handicap, ainsi que sur des facteurs personnels (comme l'âge par exemple). Mais nous ne pourrions pas non plus ignorer les approches historique, culturelle, économique.

Depuis une quinzaine d'années, des structures hospitalières de psychiatrie conventionnent des *Résidences accueil* pour accueillir leurs patients en sortie d'hospitalisation ; les résidences accueil sont des structures sociales, financées par l'État sur le budget de la Cohésion sociale, de type maisons relais, mais destinées à accueillir des personnes âgées ou des personnes handicapées psychiques. Nous voyons ainsi qu'une personne qui quitte l'hôpital psychiatrique, après une maladie mentale, peut être logée dans un appartement autonome d'une résidence accueil, au titre de personne handicapée psychique, mais, puisqu'il s'agit d'un financement de l'état et non de l'assurance maladie, elle n'a pas à devoir obtenir le statut de personne handicapée délivré par la une quelconque instance : handicapée psychique certes, mais sans reconnaissance officielle. Mais les Résidences accueil reçoivent aussi des personnes handicapées psychiques qui n'ont pas eu de parcours en psychiatrie, qui n'ont jamais été diagnostiquées malades mentales, qui n'ont jamais reçu de traitement pour une affection mentale ; et pourtant, pour y être accueillies, elles doivent être handicapées psychiques, reconnues comme telles par la commission d'admission de l'établissement, en l'absence de tout certificat médical.

De même, dans la cité, il existe des Groupes d'entraide mutuelle (GEM), associations loi 1901 qui regroupent des personnes handicapées psychiques et qui sont financées par l'Agence régionale de santé (ARS) ; y accède

toute personne se reconnaissant en situation de handicap psychique, et reconnue par les autres comme pouvant bénéficier de ce dispositif ; il n'est demandé ni certificat médical ni attestation de handicap.

Ainsi nous constatons que deux dispositifs, financés par des instances publiques, reçoivent des personnes reconnues handicapées psychiques en dehors de tout diagnostic médical.

Nous voyons donc apparaître ici deux conceptions du *handicap psychique* : celle d'une partie de la psychiatrie pour laquelle le handicap psychique est la conséquence et la suite d'une affection psychiatrique, et un autre selon laquelle une personne peut se trouver en situation de handicap psychique sans qu'il y ait une maladie mentale sous-jacente. Nous pouvons de ce fait considérer une conception plus large du handicap psychique qui inclut celle plus restreinte défendue par une grande partie de la psychiatrie et aussi du secteur médico-social.

C'est pourquoi nous voulons montrer qu'il existe d'autres formes de handicap psychique que celle communément admise.

Pour cela, nous allons prendre appui sur un dispositif expérimental appelé *Médiation logement* qui a la particularité de faire intervenir des psychologues cliniciens au domicile de personnes en grande détresse sociale ; nous montrerons que ces personnes sont en situation de handicap psychique alors qu'aucune pathologie mentale n'est reconnue chez elles.

À partir de cet exemple, nous réinterrogerons la notion de *handicap psychique*, dont nous aurons vu en amont qu'il s'agit d'une particularité française.

Dans une première partie, nous allons aborder le concept de handicap. Nous recourrons à l'histoire pour voir l'apparition de ce terme dans ses différentes acceptions, dans le monde, en Europe puis en France ; nous nous arrêterons plus particulièrement sur la période de 1945 à 2016. Nous devons étudier les fonctionnements institutionnels afin de saisir la complexité du champ du handicap dans lequel se débattent certaines personnes en situation de handicap. Puis nous allons étudier plus particulièrement le handicap psychique. Nous verrons qu'il s'agit d'une particularité française qui a plusieurs acceptions. Nous interrogerons la proximité de ce handicap avec la maladie mentale de laquelle nous la différencierons.

Dans la deuxième partie, nous décrirons des personnes qui bénéficient de prestations de psychologues à domicile, et nous révélerons des situations de handicap psychique jusqu'alors ignorées, pour des personnes sans pathologie mentale avérée. Nous exposerons quelques vignettes cliniques qui seront reprises dans la troisième partie. Nous irons voir ensuite ce que sont les risques locatifs auxquels sont exposées ces personnes fragiles. Nous comprendrons les méandres de la gestion locative et les risques réels encourus par les mauvais locataires. Nous envisagerons alors mieux les difficultés auxquelles seront confrontées les personnes vulnérables qui, pour des raisons diverses, ne remplissent plus leurs devoirs de locataire ; nous verrons aussi les mesures mises en place pour leur venir en aide. Nous étudierons ensuite le dispositif de la *Médiation logement* qui a été inventé en 2007 pour des personnes d'une vulnérabilité particulière qui ne bénéficient pas de fait des mesures de droit commun, pour des raisons de handicap psychique.

Dans la troisième partie, nous caractériserons le handicap psychique en France d'un point de vue clinique. Nous commencerons par étudier quelques définitions récentes qui ne font pas référence à une maladie mentale sous-jacente supposée. Nous serons amenés à produire notre propre définition du handicap psychique dans l'idée d'un possible consensus. Nous reconnaitrons ensuite des situations de handicap d'origine psychique, et nous constaterons que ces personnes ne sont pas malades mentales. Ensuite, partant des différentes représentations de ce handicap singulier, nous produirons une grille d'évaluation de ce handicap. Puis nous reprendrons les vignettes cliniques présentées pour les soumettre à notre grille clinique. Nous terminerons en proposant de rechercher, en amont de la situation de handicap d'origine psychique, un syndrome incapacitant discret qui pourrait être diagnostiqué par des équipes spécialisées pluriprofessionnelles.

Première partie

Le *handicap* désigne les limitations d'activité et les restrictions de participation sociale de personnes du fait de troubles de santé, de déficiences ou de maladies. Ce qui vient d'être énoncé n'est pas la vision commune du handicap, notamment en France ; ce point de vue n'est pas grandement partagé. Cependant, aucun spécialiste du handicap ne le rejettera.

Par contre, s'agissant du *handicap psychique*, pas de vision consensuelle telle qu'on pourrait donner ici une définition qui rassemble tous les points de vue ; la question de savoir, par exemple, quel est le rapport du handicap psychique avec les affections mentales ferait immédiatement débat.

Au-delà d'une question sémantique, c'est bien de représentations dont il s'agit. Mais derrière ces représentations, il y a des personnes en souffrance qui ont besoin de soins.

Il nous semble nécessaire que, dans un premier temps, nous puissions circonscrire le champ du handicap psychique.

Pour cela, nous allons devoir parcourir ce champ, en tous sens, pour en connaître le contenu et les contours. Nous allons donc, dans un premier temps, chercher ce que recouvre le terme de « handicap », puis tenter de préciser ce que peut être un « handicap psychique » et voir aussi ses champs connexes, voisins. Pour défricher le champ du handicap psychique, nous partirons du concept de handicap en général, puis nous chercherons les différentes manières d'aborder le handicap, avant de passer au handicap psychique en particulier et de terminer par la maladie mentale.

Cette première partie comprendra ainsi les chapitres suivants :

1. Les handicaps : nous commencerons cette recherche par un rapide retour historique sur la prise en compte des infirmes en France à partir du haut Moyen-âge, et parmi eux ce qu'on appelle les « pauvres d'esprit ». Nous verrons la mise en place progressive de mesures institutionnelles pour leur apporter secours, notamment à partir de la seconde guerre mondiale. Nous verrons apparaître le terme « handicap » dans ses différentes acceptions et comment cette notion est abordée dans le monde, puis en Europe et plus particulièrement en France depuis 1945. Outre l'aspect législatif, c'est sur les institutions et leur fonctionnement que nous mettrons l'accent, notre souci étant de montrer, en fin de compte, la complexité du contexte sociétal et les difficultés qui pourront en résulter pour les personnes handicapées psychiques.

2. Le handicap psychique : nous allons étudier cette catégorie singulière du handicap qu'est le handicap psychique ; cette notion récente semble être une spécificité française. Nous verrons son émergence dans la seconde moitié du XX^{ème} siècle et sa reconnaissance au début du XXI^{ème}. Nous découvrirons aussi les instances qui le prennent en compte, avec leur propre approche. Nous constaterons une proximité entre ce handicap et la maladie mentale que nous interrogerons d'un point de vue historique et à partir des conceptions des acteurs de ces champs connexes.

1. Les handicaps

Nous allons commencer cette recherche par aborder l'aspect historique de l'émergence de la notion de handicap en France, pour ensuite resserrer le focus sur un handicap particulier : le handicap psychique, qui sera l'objet de la suite de la recherche.

Ce premier chapitre de cette première partie comprend les sections suivantes :

1.1 La prise en compte des handicaps : cette partie historique permettra d'avoir un tableau très large de la notion de handicap.

1.2 Le handicap : nous interrogerons cette notion de handicap pour la préciser, et nous étudierons les instances qui se sont mises en place pour la circonscrire.

1.1 La prise en compte des handicaps

Dans cette première section, nous allons rapidement remonter aux origines de la notion de handicap. Nous n'allons pas reprendre les nombreux travaux sur ce sujet ; nous allons nous efforcer d'exposer rapidement notre point de vue sur la question, regard d'un travailleur social, devenu pédagogue puis psychologue.

La prise en compte des handicaps

Au cours du Haut Moyen-âge, les premiers « Hôtels Dieu » sont édifiés pour accueillir de manière indistincte les miséreux, qu'ils soient infirmes, vieux ou pauvres. À partir du XIV^{ème} siècle, cette attitude charitable fait place à la peur ; cette population de pauvres gens, de gueux, est mise à l'écart. Parmi les infirmes, les « pauvres d'esprit » sont les premiers à être enfermés ; ainsi, à la fin du XVII^{ème} siècle, ils sont accueillis à Paris à l'Hôpital général *La Salpêtrière*.

En 1674 s'ouvre l'Institution des Invalides, créée par Louis XIV pour recueillir les vétérans de ses guerres inaptes au travail. L'ordre y règne selon un système à la fois militaire et religieux. Les plus valides participent à son fonctionnement, entre autres en travaillant dans des ateliers de cordonnerie, de tapisserie et d'enluminure. Sous le Consulat, puis sous l'Empire, Bonaparte restructure l'institution.

Les déficiences sensorielles sont prises en compte au siècle des Lumières, sous l'influence des avancées scientifiques et des nouvelles théories philosophiques.

Les personnes sourdes et aveugles ont été les premières auxquelles les pédagogues ont apporté une aide.

Au XIII^{ème} siècle, Saint Bonaventure crée un alphabet manuel pour l'enseignement des sons du langage parlé, lettre par lettre, d'où dérive l'actuelle dactylogogie française.

Au XVI^{ème} siècle, Ponce de Leon, moine bénédictin espagnol, s'emploie à éduquer quelques enfants sourds issus de la noblesse.

En 1620, Bonet, pédagogue espagnol, publie un ouvrage intitulé : *Simplification des lettres de l'alphabet et méthode de l'enseignement permettant aux sourds de parler*, d'après les travaux de Saint Bonaventure.

Toujours au XVII^{ème} siècle Wallis, mathématicien anglais, est le précurseur de la phonétique, de l'éducation des sourds et de l'orthophonie. Il a laissé un traité de phonétique : *De Loquela*. Conrad Amman, médecin né en Suisse et installé à Amsterdam, est un des premiers à souligner l'importance de la lecture labiale pour les sourds.

Au XVIII^{ème} siècle, Heinicke, instituteur allemand, crée à Leipzig la première institution publique destinée à l'instruction des sourds-muets. Pereire, instituteur espagnol réfugié en France, est précepteur d'enfants sourds ; il met au point la dactylogogie à partir de la méthode de Saint Bonaventure employée par Bonet. L'Abbé de l'Épée, créateur de la première école privée pour sourds-muets, invente la Langue des Signes Française (LSF). Haüy fonde à Paris la première école gratuite pour aveugles, filles et garçons. Diderot publie sa « Lettre sur les aveugles à l'usage de ceux qui voient ». En 1790 le Comité de mendicité, présidé par La Rochefoucault-Liancourt affirme, devant l'Assemblée constituante, le devoir d'assistance de la Nation vis-à-vis des nécessiteux.

En France, depuis le milieu du XIII^{ème} siècle et jusqu'au XIX^{ème} siècle, les enfants et les vieillards sont, de droit, dispensés de travailler, ainsi que souvent les femmes et les infirmes ; ils relèvent alors de l'assistance charitable. Si les hommes et les mendiants valides étaient contraints au travail, les infirmes, eux, en étaient exclus, de droit ; non seulement dispensés, mais exclus (Castel, 1995). Et non seulement exclus du travail, mais parfois de la société en général (Stiker, 2009).

Cependant, des institutions spécialisées sont créées pour les sourds et les aveugles, enfants et adultes, avec un développement technologique spécifique de compensation de leurs difficultés de communication, comme la Langue des signes et l'alphabet Braille.

Au XIX^{ème} siècle, l'intérêt se porte sur les enfants « idiots » : Itard, médecin pionnier de l'otorhinolaryngologie, s'intéresse au cas du jeune Victor de l'Aveyron, un jeune « sauvage » ; si, comme l'aliéniste Pinel, il constate l'idiotie de l'enfant, pour autant il ne la pense pas irréversible ; pour Victor, s'appuyant sur les principes pédagogiques de Rousseau de modification de son environnement, il invente une méthode de réveil de ses sens.

Séguin est à l'origine de l'éducation des enfants déficients intellectuels ; en 1837, il entreprend l'éducation d'un jeune « idiot », selon la nosographie de l'époque ; son travail est remarqué par l'aliéniste Esquirol ; Séguin dirige plus tard une école à l'hôpital de Bicêtre et y invente une méthode « médico-pédagogique ». Il est persuadé qu'aucun enfant n'est « inéducable » ; il invente le matériel pédagogique qui permettra à chaque enfant de progresser. Bourneville crée à Bicêtre le premier service psychiatrique exclusivement réservé aux enfants « arriérés » et « idiots » ; il y applique la méthode de Séguin. Il reçoit en 1900 la visite de Montessori qui, reprenant les travaux d'Itard et Séguin, inventera sa méthode destinée d'abord aux enfants déficients, puis à tous les enfants (Fèvre, 2011).

Bourneville participe activement au vote de la loi de Binet instituant en 1909 les classes de perfectionnement.

En 1889, un congrès de l'Assistance rédige, à Paris, une charte de l'assistance. Dans les années suivantes, plusieurs lois sur l'assistance sont votées.

Après de longues discussions conflictuelles dans les dernières décennies du XIX^{ème} siècle, la France se dote en 1898 d'une loi sur les accidents du travail ; elle met à la charge de l'employeur une assurance spécifique permettant le versement d'une indemnisation au titre des infirmités acquises dans le cadre du travail. Le fait que les « citoyens abimés par le travail » aient été très nombreux a permis d'élaborer la notion de « responsabilité sociale », et donc la « solidarité sociale ». Ce n'est plus la nature, ce n'est plus le hasard, ce n'est plus la guerre qui produit l'infirmité, mais un fait social, le travail, qui fait changer la société dans ses représentations (Sticker, 2009).

En 1905 est votée la loi sur l'assistance aux vieillards, infirmes et incurables. Cette même année, une autre loi crée les classes de perfectionnement. Annexées aux écoles élémentaires, elles accueillent les enfants « arriérés ».

Si la notion de handicap a d'abord progressé en France à partir de celle de la « réparation » des accidentés du travail, la question a été aussi traitée, après la guerre 1914-1918, par la question de la remise au travail des « mutilés de guerre ». Ainsi, les « invalides de guerre », mais aussi les « grands infirmes civils », ont acquis des droits lorsqu'ils ne peuvent plus travailler : un revenu de substitution est créé, cette *pension d'invalidité* toujours actuelle, trace d'un long combat mené parallèlement par les anciens combattants et les syndicats ouvriers. En 1916, des lois sont promulguées pour réserver des emplois aux mutilés victimes de la première guerre mondiale. Une loi de 1918 crée l'Office national des mutilés et réformés de guerre qui subventionne des écoles de rééducation. En 1919, le ministère des Anciens combattants met en place un barème d'évaluation des handicaps, pour les victimes de la guerre, afin de déterminer le montant de leur pension d'invalidité. Une loi de 1924 impose aux entreprises le recrutement obligatoire des militaires percevant une pension d'invalidité. En 1930, une loi donne le droit aux victimes d'accidents du travail d'être admises gratuitement dans les écoles de rééducation professionnelles qui sont créées par les militaires pour les mutilés de la première guerre mondiale.

Durant la seconde guerre mondiale, les Britanniques, dans le contexte de l'effort de guerre pour rassembler toutes les capacités de production, ont élaboré une doctrine qui a abouti à ce qu'ils appellent *rehabilitation* - et que l'on pourrait traduire en français par « réadaptation », si ce terme n'avait pas une acception traditionnellement liée au handicap physique – ; cette réhabilitation consiste en des techniques d'accès à la vie citoyenne, notamment au travail. Nous retrouverons ces notions plus loin.

En France, la Sécurité sociale est créée en 1945 pour assurer l'ensemble des salariés contre les conséquences des maladies et des accidents non liés au travail qui les privent de leurs « capacités de gains ». En 1946, la France se dote d'une nouvelle Constitution. Dans son préambule, il est écrit que toute personne qui se trouve dans l'impossibilité de travailler, y compris en raison de « son état physique ou mental », doit être financièrement assisté. Une loi de 1949 crée une allocation de compensation aux Grands infirmes travailleurs et leur ouvre l'accès à la formation professionnelle.

Un décret de 1953 crée les Commissions départementales d'orientation des infirmes pour la reconnaissance de l'aptitude au travail ou l'accès à une rééducation professionnelle. Un décret de 1954 crée les Centres d'aide par le travail (C.A.T.), entreprises qui reçoivent une aide financière de l'État pour employer des travailleurs handicapés afin de leur permettre un accès à l'emploi ; ils concernent tous les types de handicap.

Les termes employés jusqu'alors (infirmes, diminués, incurables, invalides, mutilés, impotents, débiles, etc.) sont issus d'une propension à vouloir catégoriser les personnes ; cette catégorisation s'effectue à partir d'imperfections personnelles ; elle repose sur des premiers jugements vis à vis de personnes différentes sur lesquelles on plaque des attributs stéréotypés. Certains de ces termes employés évoquent une situation définitive et fixée. Les progrès de la médecine, ceux de la technique, ainsi que les transformations des structures d'accueil, vont ouvrir des perspectives plus larges d'évolution et de changement aux personnes atteintes dans leur corps, voire dans leur esprit. C'est cette variabilité des situations qui va permettre au terme de « handicap » de s'imposer.

De nos jours, les handicaps sont multiples : physique (atteintes motrices, Infirmes Moteurs Cérébraux, myopathie, affections lésionnelles), sensoriel (visuel, auditif), mental, psychique, comme conséquences de maladies graves et invalidantes, et il existe même un handicap esthétique ; nous trouvons aussi le polyhandicap (association de déficiences motrices et intellectuelles sévères), le plurihandicap (ou multihandicap, association de plusieurs déficiences) et le surhandicap (aggravation d'un handicap du fait de problèmes relationnels engendrés par le handicap). Il est même parfois question de handicap social.

Différents organismes défendent ou représentent les personnes handicapées. Notons parmi eux, dans les premiers apparus : la Fédération nationale des accidentés du travail (aujourd'hui FNATH), créée en 1921 ; LADAPT, créée en 1929 par une personne tuberculeuse choquée par la réclusion et l'oïseté des personnes malades ; l'Association des paralysés de France (APF) créée en 1933 par trois jeunes hommes et une jeune femme atteints de poliomyélite et révoltés contre l'exclusion dont ils étaient victimes ; les Papillons blancs, créées en 1948 par des familles de personnes handicapées mentales ; l'association d'aide au placement des adolescents handicapés (aujourd'hui APAJH) créée en 1962 pour accueillir des jeunes handicapés n'ayant pas de place au sein de l'Éducation nationale.

Depuis, de nombreuses associations ont été créées, se sont regroupées, ont essaimé, qu'elles soient issues de personnes handicapées elles-mêmes, de proches, ou de citoyens sensibilisés à leur cause. Beaucoup sont spécialisées dans un handicap particulier.

Conclusion de la section 1.1

Dans cette première section, en guise d'introduction à notre recherche, nous avons brossé un tableau du handicap au sens large. Nous allons pouvoir maintenant entrer dans le détail de la notion de handicap, pour aboutir ensuite à celui plus précis du handicap psychique.

1.2 Le handicap

Dans cette seconde section, nous allons nous attarder davantage sur le concept même de handicap. Outre les aspects linguistiques et historiques, nous allons chercher à voir l'émergence des différentes manières d'appréhender ce concept de handicap, de le concevoir. Nous prendrons connaissance des travaux d'instances internationales, des institutions européennes et de l'État français. Nous étudierons ensuite en détail les instances mises en place par la loi de février 2005 sur le handicap. Nous avons choisi de terminer ce chapitre par cette loi de 2005, pour, dans le chapitre suivant, entrer plus en détail dans celle-ci pour ce qui concerne le handicap psychique. Ce choix nous conduit donc à présenter notre recherche de l'international vers le national. De plus, au XXI^{ème} siècle, la plupart des lois françaises sont des déclinaisons des directives européennes.

Le handicap

Le mot « handicap » est employé en France, dans le discours quotidien, dans des contextes différents et avec des acceptions diverses : « *il est plus difficile de trouver du travail quand on est handicapé* », « *être noir est un handicap dans la recherche d'emploi* », « *les mauvais sondages sont un handicap dans la course aux élections* », etc. Dans les milieux spécialisés du secteur médico-social, il est rencontré sous plusieurs formes : « *une personne avec handicap, porteuse de handicap, en situation de handicap, la journée du handicap, dépasser le handicap, compenser le handicap, le handicap mental* » et sous d'autres formes grammaticales : « *handicapé, handicapant, handicaper* » et même « *handicapologue* ».

À l'origine, le terme « handicap » est issu de la langue anglaise, de la contraction des trois mots « hand i' cap », soit « hand in (the) cap », la main dans la casquette (Rossignol, 2002). Il apparaît en Grande Bretagne au XVI^{ème} siècle pour désigner un jeu qui comporte un élément de hasard. Une personne propose de mettre en jeu un bien appartenant à une autre et de l'échanger avec un de ses biens propres ; ils choisissent un arbitre. Les trois comparses décident d'une somme pour compenser la différence de valeur, et chacun met une main contenant le montant décidé dans son chapeau. À un moment donné, chacun retire la main de son chapeau ; selon que les mains soient pleines (de la somme mise) ou vides, les conditions de l'échange sont fixées. De cette origine, nous retenons l'idée que le handicap puisse consister en une compensation d'une moindre valeur d'un objet échangé, ou du rétablissement d'une égalité dans un échange ; les termes « compensation » et « rétablissement » seront repris au cours de notre recherche.

À la fin du XVII^{ème} siècle, le terme « handicap » est appliqué à l'organisation de défis (en anglais « challenge ») entre deux chevaux aux performances inégales. Au XVIII^{ème} siècle apparaît l'expression « Handy-Cap Match ». Au XIX^{ème} siècle, la forme verbale « handicaper » est attestée en anglais pour désigner l'action de « lester, gêner, ou de quelque façon pénaliser un compétiteur supérieur de façon à réduire ses chances en faveur de compétiteurs inférieurs », puis plus généralement « mettre quelqu'un en position de désavantage par

l'imposition de quelque gêne, obstacle ou incapacité », et enfin de manière métaphorique comme dans « il est handicapé par le poids de sa réputation » ou « le poids des dépenses publiques handicape le pays ».

Nous notons, dans cette deuxième apparition du signifiant « handicap », qu'il s'agit d'une action visant à rétablir un certain équilibre en rétablissant les chances de ceux qui sont défavorisés ; nous retrouverons plus loin cette idée du même droit pour tous à l'accès aux chances de réussite. Nous verrons aussi que le sens de « handicap » va évoluer pour devenir une sorte de fardeau qui réduit les chances, puis qu'il va falloir compenser, dans l'idée d'une égalisation des chances.

Nous retenons cependant que le handicap consiste, ici, en une charge que porte un animal, charge qui l'entrave et qui ne lui permet pas d'atteindre sa meilleure performance. Alors que l'idée de cette charge supplémentaire est aisément compréhensible dans le cas d'une personne handicapée physique, nous retrouvons cette notion dans l'expression employée notamment par des parents de personnes handicapées mentales : un enfant « porteur de handicap », qui permet d'imaginer un handicap moins visible.

En France, au XIX^{ème} siècle, le terme « handicap » correspond à une terminologie spécifique des courses de chevaux.

« Une course à handicap est une course ouverte à des chevaux dont les chances de vaincre naturellement inégales, sont, en principe, égalisées par l'obligation faite au meilleur de porter un poids plus grand » (Bryon, 1827).

Handicaper signifiait donc *égaliser les chances*, par un artifice qui atténue les inégalités naturelles. Cette notion d'égalisation des chances va être très présente au début du XXI^{ème} siècle.

Ce n'est qu'en 1930 que le terme « handicap » désigne un désavantage social ou un défaut physique (Stiker, 1996). En 1940, le dictionnaire Le Robert fait apparaître le « handicap physique ». La connotation positive du sens premier est transformée en désavantage que subit une personne, désavantage dans une concurrence avec d'autres. Petit à petit, ce sens figuré s'impose ; on dit alors par exemple qu'« *une personne a été handicapée par suite d'un accident* ».

Pour en revenir à la langue anglaise, handicap peut être traduit par *impairment*, en référence aux déficiences qui peuvent ouvrir des droits sociaux, mais aussi par *disability* qui est employé dans les milieux activistes pour une revendication égalitariste (Weber, 2016). Les anglais utilisent *disabilities* pour désigner les conséquences sur la vie quotidienne d'une déficience médicale ou d'une maladie chronique.

Nous allons prendre un peu de recul pour observer cette notion de handicap, en faisant le choix empirique de partir d'une vision mondiale, pour resserrer notre approche à l'échelle européenne et venir à une conception française qui restera le champ de notre recherche. En effet, nous estimons que le contexte français fait partie de l'histoire mondiale, même si nous verrons que certains concepts mettent, par exemple, plusieurs dizaines d'années pour franchir l'océan atlantique. Nous aborderons ainsi les textes officiels des instances mondiales ; en effet, un regard sur le handicap en France doit tenir compte, par exemple, des travaux de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) à partir du moment où elle s'intéresse à ce sujet. Puis, considérant qu'une très

grande partie des lois françaises sont des applications des directives européennes, nous irons voir les travaux des instances européennes.

1.2.1. Les institutions mondiales et le handicap

Nous allons maintenant voir quels ont été les travaux en matière de handicap de deux instances internationales : l'Organisation des Nations unies (ONU) - créée en 1945, regroupant presque tous les états de la terre - et l'Organisation mondiale de la santé (OMS) - créée en 1948, qui est une institution spécialisée de l'ONU -. Pour plus de lisibilité, nous regroupons les textes par décennies.

En 1975, l'Assemblée générale des Nations unies adopte la *Déclaration des droits des personnes handicapées*.

En 1980, l'OMS rédige l'*International classification of impairments, disabilities and handicaps* (CIH), texte en anglais où le terme *handicap* ne figure qu'au troisième niveau, lorsque la personne rencontre, dans son environnement, des obstacles extérieurs qui freinent sa course, voire lui barrent la route (Stiker, 2009). Ce texte n'est approuvé qu'à titre expérimental.

L'année 1981 est déclarée par l'ONU « Année internationale des personnes handicapées ». À cette occasion, le siège des Nations Unies à New York et celui des Offices des Nations Unies à Genève et à Vienne sont rendus accessibles aux personnes à mobilité réduite (PMR).

A la fin de l'année 1981 trois manifestations internationales réunissent des experts de l'incapacité, pour traiter des personnes handicapées (de l'assistance technique pour la prévention du handicap et de la réadaptation des personnes handicapées – ainsi que des initiatives et stratégies concernant l'éducation -), de la prévention du handicap et de l'intégration des handicapés, en coopération avec l'UNESCO, l'Organisation des Nations unies pour l'éducation, de la science et de la culture (UNESCO, 2015).

En 1982, l'Assemblée générale de l'ONU adopte son Plan d'action mondial en faveur des personnes handicapées : il se structure autour de trois pôles : *prévention, rééducation et égalisation des chances*.

L'Assemblée générale proclame la décennie 1983-1992 *Décennie des Nations Unies pour les personnes handicapées*, dans le but de fournir un cadre temporel aux organisations pour accomplir les activités recommandées dans son Programme d'Action.

En 1983, le Secrétaire général de l'ONU annonce la publication d'un rapport sur les actions en matière de prévention du handicap. Pour l'écriture de ce qui deviendra un programme mondial, l'ONU fait participer des personnes handicapées à titre d'experts. Dans son article 3, le programme définit le handicap : on y trouve les signifiants « environnement », « obstacles » et « participation ».

En 1989, l'Assemblée générale de l'ONU adopte les *Principes de Tallinn* pour l'Action sur le développement des ressources humaines dans le domaine du handicap, qui définissent les moyens d'action pour promouvoir la participation, la formation et l'emploi des personnes handicapées.

Dans les années 1990, cinq conférences mondiales se tiennent sous l'égide des Nations unies. Les travaux font valoir la nécessité de créer une société pour tous, avec la participation de tous les citoyens, y compris les personnes handicapées, dans tous les secteurs de la société.

L'Assemblée générale de 1991 adopte des *Principes pour la protection de malades mentaux et l'amélioration de leurs soins*. La définition des libertés et droits des personnes déficientes mentales repose sur vingt-cinq principes fondamentaux.

Les *Règles pour l'égalisation des chances des handicapés* sont adoptées en 1993 par l'ONU¹ ; ce document comporte 22 règles.

La Conférence internationale sur la population et le développement de 1994 demande aux États de veiller à ce que les personnes handicapées jouissent de leurs droits et participent à tous les aspects de la vie sociale, économique et culturelle ; elle commande le renforcement des conditions de l'égalisation des chances pour les handicapés et la reconnaissance de leurs capacités dans la vie économique et sociale ; elle exige l'assurance du respect de leur dignité et la promotion de leur autonomie.

L'OMS adopte en 2001 la *Classification Internationale du Fonctionnement* (CIF)². Cette classification dite « de fonctionnement » appréhende la situation de handicap de la personne à partir de l'interaction entre ses caractéristiques propres et celles de son environnement.

Elle met en exergue les incapacités et les désavantages des personnes handicapées. Les incapacités concernent le comportement, la communication, la locomotion, les manipulations, les soins corporels, l'utilisation du corps dans certaines tâches et certaines situations. Les désavantages concernent l'indépendance physique, la mobilité, les occupations, la scolarité, le travail, l'indépendance économique et l'intégration sociale. Dans la genèse du handicap, la CIF met l'accent sur les situations de vie de la personne, ce qui constitue une sorte de compromis entre les trois courants habituels de conception du handicap : le courant médical (pathologie et conséquences), le courant woodien (incapacité, désavantage), et celui « socio-environnementaliste » (les obstacles).

La CIF est construite à partir des registres d'existence de la personne humaine, de son esprit et de son corps (et donc de ses organes et leurs fonctions), des activités sociales (des plus élémentaires aux plus culturelles), et de sa participation plus ou moins développée à la vie en société. Les facteurs qui limitent la personne dans son être et sa participation sont ceux qui tiennent à la personne elle-même, ceux de son environnement et ceux issus de pathologies à la suite de maladies ou d'accidents.

Dès l'introduction, le texte rappelle - entre autres - le rôle que peut jouer l'environnement dans l'apparition du handicap : le handicap y est perçu comme étant principalement la conséquence d'un ensemble complexe de situations, dont bon nombre sont créées par l'environnement social. Le handicap est conçu comme un problème créé par la société, à concevoir en tant que question d'intégration des personnes dans ladite société. Même si la CIF cherche à décrire le handicap au sein d'un modèle universel et non discriminatoire du fonctionnement humain – notamment en employant un vocabulaire neutre -, Stiker (2009) note que les activités qui y sont décrites correspondent à un modèle occidental relativement conformiste, où les notions de conflit ou de révolte sont gommées. L'univers décrit est comportementaliste, avec des personnes sans psychisme, presque standardisées, voire informatissables : on ne voit chez elles ni désirs, ni haine, ni fantasmes, ni perversité.

¹ <http://www.un.org/french/esa/social/disabled/PDF/ReglesEgalisationChances.pdf>

² <http://www.who.int/classifications/icf/en/>

En 2006, l'ONU adopte la *Convention relative aux droits des personnes handicapées* (CRDPH)³. Elle a pour objet de garantir, de promouvoir et de protéger l'égalité des droits et toutes les libertés fondamentales aux personnes handicapées, et aussi d'exhorter le respect de leur dignité. Elle reflète un changement majeur dans la compréhension mondiale du handicap et les réponses qui y sont apportées. En effet, elle donne aux personnes handicapées les mêmes droits qu'aux autres. Dans son préambule, puis dans l'article 12, elle stipule que chaque personne a des droits, des libertés, des devoirs, une place et un rôle dans la société. Ainsi, toutes les personnes handicapées ont ces mêmes droits : elles ont donc une capacité juridique dans tous les domaines et elles doivent bénéficier - si besoin - d'un accompagnement pour une aide à la décision, aide humaine ou aide technique.

Cette convention ne sera adoptée par la France qu'en mars 2010. Au 13 décembre 2016, 160 pays l'ont signée et 172 pays l'ont ratifiée.

L'OMS publie en 2011 sa définition du handicap :

*« Est appelé handicapé celui dont l'intégrité physique ou mentale est progressivement ou définitivement diminuée, soit congénitalement, soit sous l'effet de l'âge, d'une maladie ou d'un accident, en sorte que son autonomie, son aptitude à fréquenter l'école ou à occuper un emploi s'en trouve compromise ».*⁴

Cette approche du handicap est centrée sur la personne handicapée ; elle aborde la perte de possibilité pour un individu d'une participation sociale ordinaire, celle-ci étant cependant réduite à la scolarité et à l'emploi. Nous notons une séparation entre ce qui est d'ordre « physique » et « mental », donc qu'il ne devrait pas y avoir a priori d'autres catégories. Nous remarquons que le handicap a une origine extérieure à la personne (âge, maladie ou accident) et qu'il s'installe progressivement ou alors définitivement.

Le rapport mondial conjoint sur le handicap 2011 de l'OMS et de la Banque mondiale indique, sur la base des estimations démographiques de 2010, un milliard de personnes handicapées dans le monde, soit 15% de la population mondiale ; en 1970 l'estimation était de 10%. Le nombre augmente du fait du vieillissement des populations et aussi de par l'augmentation du nombre de maladies chroniques invalidantes (diabète, maladies cardiovasculaires, maladie mentale). Les stratégies publiques envisagées visent l'élaboration de procédures équitables d'évaluation du handicap, de critères clairs d'éligibilité, une réglementation des prestations de service, une création de normes et le souci de leur application, le financement de services pour les personnes handicapées privées de moyens financiers. Il est aussi remarqué l'exclusion de nombreuses personnes handicapées de la prise des décisions les concernant, notamment l'absence de choix ou du contrôle de l'assistance à domicile.

1.2.2. Les institutions européennes et le handicap

Nous allons maintenant descendre à l'échelon européen pour voir comment le handicap y est appréhendé. Nous procéderons comme plus haut par décennies.

³ <http://www.un.org/disabilities/documents/convention/convoptprot-f.pdf>

⁴ https://www.unicef.fr/sites/default/files/userfiles/rapport_mondial_handicap_oms_2012.pdf

La Charte sociale européenne de 1961, dans son article 15, affirme le droit des personnes handicapées à l'éducation et à l'emploi.

L'Assemblée européenne à Strasbourg adopte, en 1981, la *Charte européenne des handicapés*.

La *Charte sociale européenne* du Conseil de l'Europe de 1989, dans son article 15, engage les États membres à prendre les mesures nécessaires en vue de garantir aux personnes handicapées l'exercice du droit à l'autonomie, à l'intégration sociale et à la participation à la vie de la communauté.

Le Conseil de l'Europe publie en 1992 une *Recommandation relative à une politique cohérente pour les personnes handicapées*.

L'Union européenne (UE) adopte en 1996 Les *Règles pour l'égalisation des chances des handicapés* de l'ONU de 1993, avec un changement de signifiant puisqu'il s'agira des règles pour « l'égalité des chances » et non pas pour l'égalisation. Ce changement fait perdre un peu de poids à l'appellation : *l'égalisation* indique une dynamique pour rendre égal, tandis *l'égalité* est l'objectif à atteindre (et qui pourrait n'être qu'un vœu). L'UE signe, en 1997, le *Traité d'Amsterdam* qui, dans son article 13, interdit toute forme de discrimination, pour des raisons de « genre, race, âge, handicap, orientation sexuelle, religion ou convictions ». Cet article confère à l'Union, expressément et pour la première fois, le pouvoir d'agir dans le domaine du handicap. Il reconnaît ainsi le problème de la discrimination fondée sur le handicap ; cette discrimination constitue un délit. La discrimination est à entendre comme le fait de traiter quelqu'un différemment que ne l'est, ne l'a été ou ne le serait une autre personne dans une situation semblable.

Le Forum européen des personnes handicapées (FEPH)⁵ de 2003 propose la définition succincte du handicap suivante :

« Le handicap résulte de l'interaction entre la déficience, l'incapacité qui en découle et l'environnement physique, social et culturel. Cette situation de handicap provoque une perte partielle ou totale d'autonomie et/ou des difficultés de pleine participation. »

Nous y notons l'apparition de l'expression « situation de handicap » qui semble indiquer l'importance de l'environnement dans l'apparition du désavantage social.

La *Charte des droits fondamentaux* de l'Union européenne a été proclamée à Nice en 2000 ; en 2007 elle est officiellement adoptée par les présidents de la Commission européenne, du Parlement européen et du Conseil de l'UE ; elle acquiert une force juridique contraignante avec le traité de Lisbonne. Dans cette Charte, applicable depuis 2009, les droits sont classés en six chapitres : Dignité, Liberté, Égalité, Solidarité, Citoyenneté et Justice. L'article 26 concerne les personnes handicapées à qui est reconnu le droit de bénéficier de mesures visant à assurer leur « autonomie », leur « intégration sociale et professionnelle », et leur « participation à la

⁵ <http://www.edf-feph.org/default-fr.asp>

vie communautaire ». Nous verrons que l'idée de pleine participation à la vie citoyenne va prendre de l'ampleur en France dans les années suivantes.

En 2003, le Conseil de l'Europe publie la recommandation *Vers la pleine intégration sociale des personnes handicapées*. Il met en œuvre le Plan d'action 2006-2015 *Pour la promotion des droits et de la pleine participation des personnes handicapées à la société : améliorer la qualité de vie des personnes handicapées en Europe*. En 2010, le Conseil publie la recommandation relative à *la désinstitutionalisation des enfants handicapés et leur vie au sein de la collectivité*.

1.2.3. La France du XX^{ème} siècle et le handicap

Nous allons à présent nous intéresser à la prise en compte du handicap en France. Nous gardons la présentation par décennies.

Depuis 1945, avec la création de la Sécurité sociale, la France crée des institutions pour « personnes vulnérables »⁶, et prend donc ainsi en charge, entre autres, le handicap (Doat, 2010). La vulnérabilité de certaines personnes est un thème qui resurgira aussi dans les années 2000, ce que nous verrons plus loin.

Nous pouvons remarquer que les premiers textes français qui tiennent compte des personnes handicapées apparaissent en France dans la décennie 1940, en Europe dans celle de 1960, et pour les instances européennes dans celle de 1970. Nous rappelons que c'est notre plan qui nous a conduits à ne pas avoir une approche chronologique.

La loi du 23 novembre 1957 est la première loi française sur le handicap ; elle ne concerne que les adultes (Vaginay, 2006). Dans ce texte apparaît le terme de « travailleur handicapé » ; on y trouve aussi une définition de la « qualité » de travailleur handicapé attribuée à

« [...] toute personne dont les possibilités d'acquérir et de conserver un emploi sont effectivement réduites par suite d'une insuffisance ou d'une diminution de ses capacités physiques ou mentales. »

Y apparaît aussi une définition du « travail protégé ». Cette loi crée un Conseil supérieur pour le reclassement professionnel et social des travailleurs handicapés et instaure un quota théorique de 10% de priorité d'emploi dans les entreprises.

A partir des années 1960, des efforts de conceptualisation du handicap se développent en France, notamment avec Lafon (psychiatre) ainsi que Veil (psychiatre et médecin du travail). Un handicapé doit être considéré en tant que personne, son handicap n'étant chez lui qu'un élément parmi beaucoup d'autres ; c'est aussi un sujet. Le handicap est relatif à la fois à une certaine situation et à la conscience qu'on en a (Veil, 1968).

⁶ http://www-tmp.univ-brest.fr/digitalAssets/6/6052_Plaquette_Responsabilites_Vulnerabilite.pdf

Pour ce qui concerne les enfants, les Classes de perfectionnement pour « débilés mentaux » sont créées en 1964 ; elles sont destinées à recevoir des enfants accusant un déficit intellectuel. Une circulaire de 1967 crée les Sections d'éducation spéciale (SES), dans le cadre des Collèges d'enseignement secondaire (CES), pour l'accueil de jeunes déficients intellectuels légers.

Nous nous étonnons de l'apparition tardive de ces premières dispositions législatives ; en effet, l'éducation des enfants handicapés s'est développée en France au XIX^{ème} siècle, d'abord pour les enfants déficients sensoriels, puis pour les enfants dits « idiots » au sein des institutions psychiatriques (Fèvre, 2011).

À la fin des années 1970, un rapport au premier ministre intitulé *Étude du problème de l'inadaptation des personnes handicapées* donne une définition des « handicapés » :

« Sont inadaptés à la société dont ils font partie, les enfants, les adolescents et les adultes qui, pour des raisons diverses, plus ou moins graves, éprouvent des difficultés plus ou moins grandes, à être et à agir comme les autres.

De ceux-là, on dit qu'ils sont handicapés parce qu'ils subissent, par suite de leur état physique, mental, caractériel ou de leur situation sociale, des troubles qui constituent pour eux des handicaps, c'est-à-dire des faiblesses, des servitudes particulières par rapport à la normale. La normale [est] définie comme la moyenne des capacités et des chances de la plupart des individus vivant dans la même société. » (Bloch-Lainé, 1967).

Il s'agit de différencier handicap et inadaptation : le *handicap* se confond avec la déficience, et *l'inadaptation* vient désigner l'effet social du handicap (Boucherat-Hue et Peretti, 2012). Cette approche est centrée sur les particularités des personnes par rapport au groupe moyen. Elle introduit une référence à la norme, elle situe le handicap comme le problème de l'écart à la norme. Elle fait du handicap une différence, mais à entendre comme une différence à réduire.

Dans la définition de ce rapport, on trouve les éléments de la future classification internationale des déficiences, des notions qui prépareront le texte d'orientation de 1975, et même le cadre des obstacles environnementaux que certains placent à l'origine des situations des handicaps.

En 1974, Lenoir (sociologue) dans son ouvrage *Les Exclus*, aborde le handicap sous un angle particulier :

« Est handicapée la personne qui, en raison de son incapacité physique ou mentale, de son comportement psychologique ou de son absence de formation, est incapable de pourvoir à ses besoins ou exige des soins constants ou se trouve ségréguée soit de son propre fait, soit de celui de la collectivité » (Lenoir, 1974).

Le handicap, vu comme une ségrégation, apparaît - pour lui - du fait de la personne handicapée elle-même, mais aussi comme venant de l'environnement dans lequel elle vit.

Le Code du travail est modifié en 1974 pour certaines catégories de personnes momentanément sans ressources et sans logement ; il emploie, pour les désigner, l'expression « handicapés sociaux ». Cette expression est encore employée aujourd'hui, quoique décriée par certains spécialistes du secteur social et médicosocial.

Deux lois datées du 30 juin 1975 ont marqué le secteur du handicap : la loi *relative aux institutions sociales et médico-sociales*, qui règlemente les conditions de création, financement, de formation et de statut du personnel des établissements et services du secteur ; la loi *d'orientation en faveur des personnes handicapées*, qui fixe le cadre juridique de l'action des pouvoirs publics : prévention et dépistage des handicaps, obligation éducative pour les jeunes handicapés, accès des personnes handicapées à l'ensemble des institutions et maintien dans le cadre ordinaire de vie chaque fois que possible.

La loi *en faveur des personnes handicapées* consacre « l'intégration » des personnes handicapées. Concernant les enfants, elle prône « l'éducation spéciale » qui instaure l'idée suivante : « à enfant différent, traitement différent ». Au cours des discussions avant le vote de la loi à l'Assemblée nationale, Simone Veil, ministre de la santé déclare, en avril 1975 : « Sera désormais considérée comme handicapée toute personne reconnue comme telle par les commissions départementales », ce qui est une définition purement administrative du handicap. Cependant, c'est grâce à cette loi que le concept générique de handicap s'est imposé (Weber, 2011).

En 1987, la Loi *Pour l'obligation d'emploi des travailleurs handicapés, des mutilés de guerre et assimilés* instaure un taux légal d'emploi de 6% de personnes handicapées pour les entreprises de plus de 20 salariés (connue sous l'appellation *Obligation d'Emploi des Travailleurs Handicapés – OETH*). Elle crée aussi l'Association nationale pour la gestion du fonds pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées (Agefiph) qui gère les indemnités payées par les entreprises qui n'atteignent pas le seuil de 6%.

En 1988 le Centre technique national de recherches et d'études sur le handicap et l'inadaptation (C.T.N.E.R.H.I.) et l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM) s'approprient le texte de la Classification internationale des handicaps et l'intitulent « *Classification internationale du handicap : déficiences, incapacités, désavantages (CIH)* ». Le terme « handicap » y est repris alors comme un mot générique et non plus comme conséquence de la rencontre d'un sujet et de son milieu social. Dans ce texte, *la déficience* a un aspect corporel lésionnel : il s'agit d'une perte de substance ou d'une altération d'une structure ou fonction anatomique, physiologique ou psychologique. *L'incapacité* a un aspect fonctionnel de la personne : résultant d'une déficience, elle concerne toute réduction partielle ou totale de la capacité d'accomplir une activité. *Le désavantage* a un aspect situationnel concernant la participation sociale : c'est une limitation ou une interdiction de l'accomplissement d'un rôle social normal compte-tenu de l'âge, du sexe, des facteurs sociaux et culturels. Nous notons que le diagnostic médical n'y a que peu d'importance ; il n'a d'intérêt que pour le pronostic. La CIH est centrée sur la personne et ne prend pas en compte son environnement.

Dans les années 1990, des organisations de personnes handicapées reprennent les termes philosophico-juridiques des mouvements internationaux de défense des droits de l'homme pour initier un mouvement international de défense des droits des personnes handicapées.

En France, deux lois des années 1990 vont concerner le handicap : en 1990 celle *relative à la protection des personnes contre les discriminations en raison de leur état de santé ou de leur handicap*, et en 1991 celle *destinée à favoriser l'accessibilité aux personnes handicapées des locaux d'habitation, des lieux de travail et des installations recevant du public*.

Concernant les enfants et les adolescents, une circulaire de 1995 crée, au sein de certains collèges, des Unités pédagogiques d'intégration (UPI), destinées à regrouper des adolescents « présentant un handicap mental ». Une autre circulaire, de 1996, crée des Sections d'enseignement général et professionnel adapté (SEGPA) intégrées aux collèges, pour des « élèves présentant des difficultés scolaires graves et persistantes », qui présentent sur le plan de l'efficacité des difficultés et des perturbations

« sans relever du retard mental [qui] se traduisent par des incapacités et des désavantages [selon les critères de l'OMS]. [...] Les SEGPA n'ont pas à accueillir des élèves au seul titre des troubles du comportement, ou de difficultés directement liées à la compréhension de la langue française. ».

Une circulaire de 2002 reprend les différents dispositifs d'intégration scolaire, rappelant que « chaque école, chaque collège, chaque lycée a vocation à accueillir, sans discrimination, les enfants et adolescents handicapés ou malades dont la famille demande l'intégration scolaire ». Si « des difficultés importantes rendent objectivement cette intégration impossible » des solutions alternatives sont proposées : les Classes d'intégration scolaires (CLIS) en école élémentaire, et on garde les UPI pour le secondaire.

Nous voyons ainsi une évolution parallèle entre les dispositions législatives pour les adultes et pour les enfants ou adolescents, dans des champs cependant disjoints que sont le secteur du handicap et l'Éducation nationale ; un rapprochement ne s'opèrera d'un point de vue légal qu'en 2005.

1.2.4. La législation française du début du XXI^{ème} siècle

Nous allons maintenant regarder plus en détail les lois des années 2000, notamment celles de janvier 2002 sur l'action sociale et médico-sociale et de février 2005 sur le handicap, qui ont bouleversé les représentations et les pratiques dans le champ du handicap.

La loi de 2002 *renovant l'action sociale et médico-sociale*, réforme celle de 1975 sur les institutions sociales et médico-sociales. Elle affirme les droits des personnes accueillies dans les établissements et accompagnées dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS) et dans les lieux de vie et d'accueil (LVA).

Elle dresse d'abord la liste des *huit droits* reconnus à chaque personne : le respect de sa dignité, de son intégrité, de sa vie privée, de son intimité, de sa sécurité ; le libre choix entre les prestations adaptées ; un accompagnement individualisé de qualité ; la confidentialité des informations la concernant ; l'accès à tous les documents qui la concerne ; l'information sur ses droits fondamentaux ; la participation à la mise en œuvre de son projet ; le droit à ne pas être séparé de sa famille. Elle traite ensuite des *sept outils* nécessaires à leur concrétisation : la charte des droits et libertés ; le livret d'accueil ; le règlement de fonctionnement ; le contrat de séjour et le document individuel d'accompagnement ; le projet d'établissement ou de service ; le conseil de la vie sociale et les autres formes de participation des usagers ; les personnes qualifiées.

La *Charte des droits et libertés de la personne accueillie* s'inspire de l'ordonnance de 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée concernant la *Charte du patient hospitalisé* ; elle est fixée par un arrêté interministériel de 2003. Elle comprend douze articles : le principe de non-discrimination ; le droit à un accompagnement adapté ; le droit à l'information ; le principe du libre choix, du consentement éclairé et de la participation de la personne ; le droit à la renonciation ; le droit au respect des liens familiaux ; le droit à la

protection ; le droit à l'autonomie ; le principe de prévention et de soutien ; le droit à l'exercice des droits civiques ; le droit à la pratique religieuse ; le respect de la dignité de la personne et de son intimité.

Cette loi de 2002 introduit aussi, à côté des schémas départementaux d'organisation sociale et médico-sociale apparus lors des lois de décentralisation de 1983 et de 1986, des schémas régionaux et nationaux. Les schémas, qui doivent être élaborés en cohérence avec les schémas d'organisation sanitaire, ont pour objet : d'apprécier les besoins de la population, de dresser le bilan de l'offre sociale et médico-sociale, de déterminer les perspectives et objectifs de développement de l'offre, de préciser le cadre de la coopération et de la coordination entre les établissements et services, et de définir les critères d'évaluation des actions mises en œuvre. La loi instaure aussi l'obligation, pour les établissements et services sociaux et médico-sociaux, d'effectuer régulièrement des évaluations internes et externes, sous peine de perdre leur agrément.

La *Loi de modernisation sociale* de 2002 concerne le droit au travail, la santé et le logement. Le titre I « Santé, solidarité, sécurité sociale » comporte le chapitre III qui concerne les retraités, personnes âgées et personnes handicapées. L'article 53 fixe comme « obligation nationale » la prévention et le dépistage du handicap, la reconnaissance de l'accès de toute personne handicapée aux droits fondamentaux reconnus à tout citoyen, la garantie d'un minimum de ressources, l'accès à tous les domaines du travail, de la culture et des loisirs. La personne handicapée a un droit à la compensation de son handicap. Cette loi crée les Conseils départementaux consultatifs des personnes handicapées (CDCPH). Nous retrouvons ici une transposition des dispositions de *La Charte des droits fondamentaux* de l'Union Européenne de 2000 concernant la participation des personnes handicapées à la vie communautaire.

Nous avons constaté qu'au sein de CDCPH les personnes handicapées elles-mêmes sont sous-représentées : y siègent parfois des personnes handicapées physiques, rarement des personnes aveugles, sourdes, jamais des personnes déficientes intellectuelles ou psychiques.

La *Loi relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées*, de 2004, crée la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), chargée de contribuer au financement d'actions en faveur de l'autonomie des personnes handicapées et des personnes âgées dépendantes. La « journée de solidarité » (initialement le lundi de la Pentecôte), travaillée par chaque salarié, n'est pas rémunérée, mais l'équivalent du salaire est versé par les employeurs à la CNSA ; cette caisse finance la prestation de compensation personnalisée aux personnes handicapées (PCH), ainsi qu'une partie du coût de l'APA⁷.

C'est un rapprochement manifeste entre les dispositifs concernant les personnes handicapées et les personnes âgées, ce qui constitue historiquement ce qu'on appelle le « secteur médico-social », bien que depuis 1975 tous les textes ne fassent plus référence qu'au secteur « social et médico-social » beaucoup plus vaste (CASF, art. L 312-1, art. L 116-1).

En 2005, la *Loi pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées* donne à la France sa définition du handicap :

⁷ Allocation personnalisée à l'autonomie

« Constitue un handicap [...] 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 d'un trouble de santé invalidant. »

Cette loi apporte des évolutions fondamentales pour répondre aux attentes des personnes handicapées : le droit à la compensation du handicap, à la scolarité, à l'emploi, à l'accessibilité. Concernant les enfants, elle inscrit le principe de l'accueil de tout enfant dans l'école la plus proche de son domicile, et pour les élèves handicapés la mise en place d'un Plan personnalisé de scolarisation (PPS). Nous voyons ici que cette loi permet le rapprochement des dispositions concernant les enfants dans les champs du handicap et de l'école.

Cette loi de 2005 consacre le droit à la compensation des conséquences d'un handicap. Ce droit à la compensation est de conception large ; il intervient en complément du droit commun (principe de subsidiarité). La personne handicapée a en effet accès au droit commun de la population en perte d'autonomie ; puis, dès lors que c'est nécessaire, à l'adaptation du droit commun ; enfin, quand il n'est pas répondu aux besoins spécifiques, au développement de dispositifs singuliers adéquats.

Cette loi renforce les missions de la CNSA : établissement public, elle vient en appui technique aux réseaux départementaux, régionaux, nationaux ; c'est aussi une Caisse qui répartit les moyens financiers qu'elle perçoit (23,213 milliards d'euros au budget primitif de 2017). Elle est chargée de participer au financement de l'aide à l'autonomie des personnes handicapées et des personnes âgées dépendantes. Elle est censée garantir l'égalité de traitement sur tout le territoire national pour l'ensemble des personnes handicapées, en répartissant les ressources de manière équitable. Elle assure une mission d'expertise, d'information et d'animation concernant la qualité des services rendus. Elle est chargée de la recherche et d'encourager les innovations.

La loi française de 2005 sur le handicap ne reprend pas le concept d'interaction entre la personne et son environnement. Stiker (2009) se demande si le handicap ne serait qu'une catégorie administrative définissant une population fragile par des limites arbitraires. Le handicap pourrait n'être qu'une représentation, c'est-à-dire une image sociale partagée. Il élabore que peut-être le handicap n'existe pas, qu'il s'agit toujours de personnes avec leur singularité et leurs retentissements psychiques personnels. La notion de *situation de handicap*, apparue en 2002, n'est pas reprise dans cette loi de 2005.

1.2.5. La MDPH

Nous allons maintenant décrire et commenter une disposition de la loi 2005-102 : la Maison départementale des personnes handicapées (MDPH) et ses deux instances de fonctionnement (l'équipe pluridisciplinaire et la CDAPH⁸), ainsi que ses outils pour évaluer le handicap et les recours contre ses décisions.

La loi handicap met en place, dans chaque département français, une MDPH, guichet unique qui exerce une mission d'accueil, d'information, de conseil et d'accompagnement des personnes handicapées et de leurs proches. Elle est chargée, concernant le handicap, de l'information de la population, de l'accueil et de l'écoute des personnes handicapées, de l'évaluation des situations de handicap et de l'élaboration du plan de compensation, de la prise des décisions d'octroi de prestations ou d'orientation vers des établissements et services, du suivi de la compensation, de l'accompagnement et de la médiation.

La MDPH est administrée par une Commission exécutive (COMEX) présidée de droit par le président du Conseil départemental. Ses membres, désignés pour quatre ans, viennent pour moitié du Département, pour un quart de l'État et des organismes de protection sociale, pour un quart des associations représentatives des personnes handicapées ou de leurs familles.

Au sein de la MDPH, l'équipe pluridisciplinaire (EP) est constituée de médecins, d'ergothérapeutes, de psychologues, de spécialistes du travail social et de la scolarité ; à partir du projet de vie de la personne, l'EP évalue la situation de handicap, détermine le taux d'incapacité, vérifie les critères d'éligibilité aux prestations et évalue les besoins de compensation. L'EP est, la plupart du temps, généraliste : elle traite de tous les handicaps ; elle est composée essentiellement de professionnels de formation généraliste qui sont censés avoir une compétence pour chacun des handicaps.

Ainsi, nous avons pu constater qu'une absence de spécialisation concernant le *handicap psychique* peut conduire à des prises de décisions dramatiques pour certaines personnes particulièrement fragiles, par méconnaissance des particularités de ce handicap.

Toujours à la MDPH, la Commission des droits de l'autonomie des personnes handicapées est chargée de prendre les décisions relatives aux droits de la personne handicapée ; elle se base pour cela sur l'évaluation et les propositions de l'EP. Elle est en particulier compétente pour la Reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH), attribuer les prestations de compensation, notifier des orientations vers des établissements ou services sociaux et médico-sociaux. La Prestation de compensation du handicap (PCH) doit permettre à la personne en situation de handicap d'accéder à une meilleure autonomie dans les domaines de la mobilité, de l'entretien personnel, de la communication et des relations avec autrui. Il convient de permettre à la personne d'accéder à toute la vie citoyenne, comme le pourrait une personne du même âge, des mêmes conditions sociales qu'elle et qui ne serait pas handicapée. La personne handicapée est avertie de la date à laquelle son dossier sera examiné ; elle peut assister à la séance, et aussi se faire assister de la personne de son choix. La décision qui est prise est signifiée à la personne par écrit par le président de la CDAPH : sa validité va de un à cinq ans. Une non-réponse à sa demande dans le délai de quatre mois après le dépôt de son dossier vaut refus,

⁸ Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées

décision de rejet. La CDAPH est composée de vingt-trois membres : quatre représentants du département (conseiller départemental, directeur de l'autonomie, expert technique, etc.), quatre de l'État (DDCS⁹, DIRECCTE¹⁰, Direction académique, ARS¹¹, etc.), deux des organismes d'assurance maladie et de prestations familiales (CAF¹², CPAM¹³, MSA¹⁴, RSI¹⁵, etc.), deux des organisations syndicales (employeurs et/ou salariés), un représentant des associations de parents d'élèves, sept des associations de personnes handicapées et de leurs familles (parmi celles reconnues représentatives dans le département), un membre du CDCPH, deux d'organismes gestionnaires d'établissements pour personnes handicapées. Le nombre de suppléants n'est pas limité.

Nous avons pu constater qu'au sein des CDAPH la plupart des administrateurs ne sont pas des spécialistes du handicap (les représentants de l'état, des organismes sociaux et des syndicats) et que rares sont les représentants des personnes handicapées elles-mêmes (ce sont souvent les parents qui siègent) ; ainsi l'expertise de la CDAPH repose-t-elle sur les représentants des familles des personnes handicapées et peut-être aussi sur quelques professionnels d'associations gestionnaires d'établissements. Ainsi, cette commission qui prend des décisions extrêmement importantes pour les personnes handicapées, peut, en toute bonne foi, du fait de sa méconnaissance par exemple d'un handicap (psychique notamment), prendre des décisions qui vont à l'encontre des besoins de certaines personnes particulièrement vulnérables. Bien sûr, les MDPH assurent la formation des personnes qui siègent en CDAPH. Cependant ces formations, à raison d'une ou deux journées par année, si elles permettent de s'approprier le fonctionnement de l'institution, ne donnent qu'une vision très parcellaire de chacun des handicaps : ce n'est pas en une demi-journée qu'on peut comprendre, par exemple, ce qu'est le handicap psychique.

Nous avons aussi constaté que de nombreuses CDAPH se sont scindées en deux commissions, une pour les enfants et adolescents, et une autre pour les adultes, reproduisant le fonctionnement précédent des CCPE¹⁶, CCSD¹⁷ et des COTOREP¹⁸ ; certaines décisions sont ainsi difficiles à prendre pour les jeunes majeurs notamment, compte-tenu des limites d'âges différentes selon les institutions (15 ans, 16 ans, 18 ans, 20 ans, 21 ans, 26 ans, 30 ans). D'autres CDAPH se sont spécialisées par catégorie de handicap. Certaines ont constitué des commissions restreintes pour accélérer la procédure pour des situations qui, apparemment, ne semblaient pas poser de difficulté de décision ; nous avons pu voir, dans certaines de ces commissions, soit la demande d'un renvoi en commission plénière par un des membres de la commission restreinte pour une étude plus approfondie d'un cas dont la difficulté avait visiblement échappé à l'EP, soit, dans le cas d'un tirage au sort en commission plénière de dossiers passés en commission restreinte, la reprise complète de l'étude de dossiers dont la complexité avait été sous-estimée par l'EP, dans le cas du handicap psychique notamment.

⁹ Direction départementale de la cohésion sociale

¹⁰ Direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi

¹¹ Agence régionale de santé

¹² Caisse d'allocations familiales

¹³ Caisse primaire d'assurance maladie

¹⁴ Mutuelle sociale agricole

¹⁵ Régime social des indépendants

¹⁶ Commission consultative préscolaire et élémentaire

¹⁷ Commission consultative du second degré

¹⁸ Commission technique d'orientation et de reclassement professionnel

Le principal reproche que l'on peut faire à ce nouveau dispositif concerne le sort des enfants : jusqu'en 2005, lorsque les équipes enseignantes repéraient des enfants en difficulté d'apprentissage, les parents étaient reçus en CCPE, animées à la fois par du personnel de l'Éducation nationale et de la DDASS¹⁹ ; les parents pouvaient être informés des difficultés de leur enfant et des solutions pouvant être mises en place, notamment l'orientation vers un dispositif médicosocial. Aujourd'hui, il est demandé aux parents de s'adresser au guichet unique pour faire une demande d'étude du dossier de leur enfant, mais ce guichet s'appelle *Maison pour les handicapés* ; or de nombreux parents ne sont pas prêts à convenir que leur enfant est handicapé ! Leur représentation du handicap ne leur permet pas d'attribuer ce terme à leur enfant. Ainsi, de nombreux parents ne peuvent-ils pas effectuer la première démarche qui permettrait de trouver la meilleure solution pour leur enfant.

Certains départements ont saisi l'opportunité que leur offre la loi de rassembler au sein d'une même instance les dispositifs concernant les personnes handicapées et les personnes âgées en créant des Maisons départementales de l'autonomie (MDA) ; peut-être qu'avec cette appellation plus neutre certains parents seront-ils moins réticents pour franchir la porte de ce guichet unique.

a) Des outils pour mesurer le handicap

Le *Guide-barème*²⁰ est issu d'un décret de 1993. Il instaure huit grandes catégories de déficiences : les déficiences intellectuelles et difficultés du comportement, les déficiences du psychisme, les déficiences de l'audition, les déficiences du langage et de la parole, les déficiences de la vision, les déficiences viscérales et générales, les déficiences de l'appareil locomoteur et les déficiences esthétiques. Ce guide s'inspire de la CIH. En 2007, une mise à jour ajoutera les éléments suivants : les déficiences viscérales et générales (déficiences des fonctions cardiorespiratoires, de digestion, hépatiques, rénales et urinaires, d'origine endocrinienne, métabolique et enzymatiques, des fonctions immunohématologiques).

Dans les *déficiences du psychisme* sont regroupés les troubles de la volition, de la pensée, de la perception, de la communication, du comportement, de l'humeur, de la conscience et de la vigilance, les troubles intellectuels, de la vie émotionnelle et affective, et l'expression somatique des troubles psychiatriques.

Les *déficiences psychiques* de l'adulte sont développées. Ainsi, les *troubles de la volition* comprennent l'apragmatisme, le négativisme, les compulsions obsessionnelles, l'ambivalence et l'inhibition. Les *troubles de la pensée* (cours et contenu) comprennent les idées obsessionnelles, la fuite ou l'incohérence des idées, la lenteur de la pensée, le radotage, l'appauvrissement de la pensée et le délire. Les *troubles de la perception* comprennent les illusions, les hallucinations et les déréalisations. Les *troubles de la communication* se situent au niveau du langage, mais excluent l'aphasie traitée à part ; ils comprennent les troubles de la forme, du contenu du langage et de l'expression gestuelle : logorrhée, préciosité, coq-à-l'âne, néologismes, écholalie, discordance, parasitisme, mimique, stéréotypies gestuelles ou déficitaires, les troubles fonctionnels (bégaiement, mutisme) et le repli autistique. Les *troubles du comportement* comprennent l'agressivité, l'agitation, le théâtralisme, l'automutilation, les comportements phobiques, les rites obsessionnels, l'instabilité

¹⁹ Direction départementale des affaires sociales

²⁰ <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000517921&categorieLien=id>

et la timidité. Les *troubles de l'humeur* sont les troubles dépressifs, hypomaniaques, la psychose maniacodépressive, les états d'excitation ou de dépression, l'état maniaque, l'agitation psychomotrice, la fuite des idées, l'insomnie grave, l'état mélancolique (aboulie, douleur morale, autoaccusation, ralentissement psychomoteur). Les *troubles de la conscience et de la vigilance* ne sont pas détaillés ; ils se rapportent - dans les faits observés par nous - à la notion de mise en danger. Les *troubles intellectuels* comprennent les troubles séquellaires d'une affection mentale précoce (personnalité fruste, éventuellement illettrisme), retard mental mesuré par le Quotient Intellectuel (Q.I.), et les troubles d'acquisition tardive, à savoir les troubles de la vie émotionnelle et affective dont l'anxiété, l'angoisse, le doute, l'indifférence affective, la discordance affective, l'instabilité affective, les troubles du caractère, l'immaturation affective et la timidité. *L'expression somatique des troubles psychiatriques* consiste en une somatisation à type de plaintes subjectives perturbant la vie quotidienne et professionnelle pouvant aller jusqu'à l'altération grave et invalidante de l'état général.

Les *actes de la vie quotidienne* (AVQ), ou élémentaires, ou essentiels, portent sur les activités suivantes : se comporter de façon logique et sensée, se repérer dans le temps et les lieux, assurer son hygiène personnelle, s'habiller et se déshabiller de façon adaptée, manger des aliments préparés, assumer l'hygiène de l'élimination urinaire et fécale, effectuer les mouvements (se lever, s'asseoir, se coucher) et les déplacements.

Nous reviendrons plus loin sur ce *guide-barème*, puisque c'est cet outil qui est toujours utilisé pour qualifier le handicap - et donc le handicap psychique - et pour en mesurer sa gravité, ses conséquences pour la personne et pour déterminer les aides à lui apporter.

La loi 2002-2 institue, quant à elle, la grille AGGIR (Autonomie gérontologie groupes iso-ressources)²¹ comme outil de délivrance de l'Allocation personnalisée à l'autonomie pour les personnes âgées. Une équipe composée d'un personnel paramédical (infirmière) et social (assistante de service social) évalue à son domicile les difficultés de la personne. Composée d'un questionnaire simple, la grille se base sur les réponses de la personne pour mesurer ses difficultés à effectuer certains gestes de la vie quotidienne : se lever, manger, faire sa toilette, etc. Un logiciel transforme les réponses en un chiffre, de 1 à 6, de la dépendance la plus lourde à l'absence de toute difficulté.

Weber (2011) regrette qu'une même grille ne soit pas utilisée à la fois pour les personnes âgées et pour les personnes handicapées, celle utilisée pour le handicap étant plus compliquée et ressemblant davantage à un questionnaire biographique. Nous retrouverons plus tard cette idée d'une approche commune des deux situations dans la notion de « perte d'autonomie ».

Si le Guide-barème est utilisé par l'équipe pluridisciplinaire de la MDPH pour déterminer le taux d'incapacité de la personne adulte handicapée, un *Guide d'évaluation multidimensionnelle* (GEVA) lui permet de réaliser l'évaluation du handicap quel qu'il soit ; pour les enfants et adolescents scolarisés, il est décliné depuis 2015 dans un GÉVA-Sco. Le GEVA est utilisé pour l'attribution de la Prestation de compensation du handicap. Il est très différent du guide-barème puisqu'il n'a pas pour objet de définir un taux d'incapacité mais le degré

²¹ <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F1229>

d'autonomie de la personne handicapée. Avec cet outil, il s'agit de faire une évaluation multidimensionnelle, pluridisciplinaire et partenariale portant sur l'ensemble des dimensions de la vie de la personne.

Ce guide comprend huit volets : l'environnement familial et social : ressources, situation administrative ; l'environnement physique : logement, quartier, moyens de transport ; la scolarité, la formation, le travail ; le volet médical : déficiences du psychisme, traitement, prises en charge (consultations, hospitalisations, infirmier, psychologue) ; le volet psychologique : tests, analyse psychoclinique de la situation ; les activités : mobilité, entretien personnel, vie domestique, vie courante, relations avec autrui, apprentissage, application des connaissances (fixer son attention, mémoriser, prendre des décisions) ; les aides mises en œuvre : intervention de l'entourage, prise en charge sanitaire, prise en charge par un service (SAVS²², SAMSAH²³, aide-ménagère, etc.) ; la préparation du plan de compensation : besoins d'aide humaine relevant de la prestation de compensation, besoins d'aide humaine ne relevant pas de la prestation de compensation, répartition du temps d'aide humaine et tous les autres besoins. Après l'évaluation des besoins de la personne par l'équipe pluridisciplinaire, l'attribution de la prestation de compensation est du ressort de la CDAPH.

Le volet 6 du GÉVA mesure les activités et capacités fonctionnelles : activités du domaine « mobilité, manipulation » (se déplacer), du domaine « tâches et exigences générales, relations avec autrui » (s'orienter dans le temps, dans l'espace, avoir des relations conformes aux règles sociales), du domaine « communication » (mener une conversation, utiliser des appareils et techniques de communication), du domaine « application des connaissances, apprentissage » (acquérir un savoir-faire, application d'un savoir-faire). Il rappelle que les contraintes liées aux traitements peuvent aggraver les déficiences et limiter les activités, qu'il convient de tenir compte des potentialités et des savoir-faire adaptatifs des personnes, de l'évolutivité des troubles (perspectives d'amélioration ou d'aggravation), du caractère fluctuant de certaines déficiences ou incapacités.

Un des problèmes de l'utilisation de ce guide d'évaluation est qu'il se base sur les dires de la personne handicapée ; ainsi, une personne qui n'a pas conscience de ses difficultés, ou qui est dans le déni de ses incapacités, est incapable de donner à son interlocuteur les informations fiables dont il aurait besoin pour faire son évaluation ; ceci est particulièrement visible dans le cas du handicap psychique.

La personne adulte handicapée peut demander à la MDPH à pouvoir bénéficier d'un revenu minimal, qui, dans la loi, prend le nom d'Allocation pour adulte handicapé (AAH). Cette allocation revient de droit à toute personne dont le taux d'incapacité permanente est au moins égal à 80%. Elle est aussi attribuée à toute personne dont le taux d'incapacité permanente est au moins égal à 50% et inférieur à 80% et pour laquelle la CDAPH reconnaît, compte-tenu de son handicap, une Restriction substantielle et durable pour l'accès à l'emploi (RSDAE). Pour prendre sa décision, la CDAPH s'appuie sur l'évaluation réalisée par l'Équipe pluridisciplinaire de la MDPH, sur la base des références définies par le Code l'action sociale et des familles (CASF), notamment le GÉVA. Cette évaluation comporte notamment une analyse des conséquences des déficiences, des limitations d'activités et autres effets du handicap ainsi que des possibilités d'insertion professionnelle. Pour être recevable au titre de l'AAH, le handicap doit avoir une durée prévisionnelle d'au moins un an, mais une stabilisation de la situation

²² Service d'accompagnement à la vie sociale

²³ Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés

médicale n'est pas nécessaire. L'évolutivité des troubles et le caractère fluctuant de certaines déficiences ou incapacité doivent être prise en compte dans la détermination de la RSDAE. Les éléments d'appréciation de la RSDAE sont aussi bien des facteurs personnels que de ceux d'origine extérieure ; parmi les facteurs personnels, c'est l'impact des déficiences qui doit être mesuré, mais aussi les éventuels effets des traitements.

Cependant, l'EP peut effectuer une évaluation à un moment donné, alors que certaines pathologies sont particulièrement fluctuantes ; c'est le cas par exemple pour le handicap psychique. D'autre part, une grande partie de l'évaluation est basée sur un dialogue avec la personne handicapée, qui, dans certains cas, et notamment dans le handicap psychique, n'est pas consciente de ses difficultés. Certaines MDPH associent les proches en leur soumettant aussi un questionnaire.

b) Les recours contre les décisions de la CDAPH

Les décisions prises par la CDAPH sont susceptibles d'un recours gracieux auprès de la MDPH. Les recours ne sont pas fréquents ; en cas de recours, les CDAPH ne reviennent pas souvent sur leur décision initiale, sauf, ainsi que nous l'avons observé, lorsque les personnes viennent rencontrer la Commission et expliquent la particularité de leur cas, qui avait échappé aux membres. Cependant, certaines personnes souffrant d'un handicap très invalidant, ne pourront pas affronter la commission, même en configuration restreinte, même accompagnées, comme dans certains cas de handicap psychique par exemple.

Les décisions de la CDAPH peuvent aussi faire l'objet d'un recours auprès du Tribunal de contestation de l'incapacité (TCI). Le TCI a été créé en 1994, imposé à la France par l'Union européenne. Il existe un TCI par région ; ce dispositif judiciaire devrait être départementalisé en 2017. Il est composé d'un magistrat honoraire, de deux assesseurs (organisations patronale et salariés) et d'un médecin expert, présent à l'audience avec voix délibérative - médecin généraliste, mais qui peut demander l'avis d'un médecin spécialiste qui a deux mois pour faire son rapport -. Le TCI peut être saisi même si un recours gracieux n'a pas été fait. Une première étape dite de conciliation permet de convoquer les parties (le plaignant et la MDPH, par exemple) pour tenter de trouver un arrangement ; les MDPH se présentent rarement à cette audience. Dans la seconde étape, le jugement est prononcé concernant certaines décisions de la CDAPH (taux d'incapacité et RSDAE notamment). De fait, les décisions sont souvent prises le jour-même, à la fin des audiences. Les décisions concernant la RQTH et les cartes de stationnement sont du ressort du Tribunal administratif (TA). Le TCI juge aussi les recours contre certaines décisions de la sécurité sociale (inaptitudes, accidents du travail, invalidité).

Le jugement du TCI comporte certaines particularités. Il applique le principe contradictoire : le requérant doit être présent à l'audience, il vient souvent avec un dossier ; la MDPH est convoquée à l'audience ; c'est une procédure orale ; lors du recours, la demande peut changer et toutes autres demandes peuvent y être faites ; on peut se faire accompagner de toute personne de son choix, l'avocat n'est pas nécessaire ; l'audience est publique ; la procédure est gratuite ; les frais de déplacement sont pris en charge par le tribunal ; le traitement de la demande se fait uniquement sur pièces ; le médecin du TCI rencontre la personne dans un cabinet attenant à la salle d'audience et il transmet ses conclusions à l'audience en présence du requérant ; si besoin, le médecin peut se déplacer à domicile.

Le jugement est susceptible d'appel auprès de la Cour nationale de l'incapacité et de la tarification de l'assurance et des accidents du travail (CNITATT) qui siège à Amiens. Le jugement et le recours peuvent être cassés par la Chambre sociale de la Cour de cassation.

Nous pouvons noter que les recours au TCI sont relativement rares, mais que, dans de nombreux cas, les personnes obtiennent satisfaction en opposition aux décisions des CDAPH. Ainsi, par exemple, concernant le handicap psychique, nous avons pu voir qu'un des critères retenu par une CDAPH pour le refus d'une AAH, à savoir l'absence d'un suivi médical, était immédiatement contesté par le TCI et que l'allocation était attribuée à l'intéressé uniquement sur l'appréciation – par le médecin - de son incapacité à travailler. Cependant, nous devons remarquer que le TCI est composé d'un magistrat (ou avocat) en retraite et de deux représentants de syndicats auxquels il n'est nullement demandé d'avoir des compétences en matière de handicap, même si, dans leur mandat de trois ans, ils apprennent leur métier ; c'est pourquoi, la plupart du temps, les magistrats se reposent sur l'avis du médecin qui, lui-même, concernant certains handicaps - comme le handicap psychique -, peut parfois s'appuyer sur l'expertise d'un confrère spécialiste pour proposer une décision à la cour. Ainsi, un avis médical est-il souvent à l'origine d'un jugement du TCI. Nous avons ainsi remarqué que certains juges ne s'adressent pratiquement qu'au médecin, à la grande déception des personnes handicapées et/ou de leurs proches ; en effet, l'affaire étant jugée en vingt à trente minutes – consultation médicale incluse -, il convient de ne pas perdre de temps. De plus, il s'est parfois écoulé de un à deux ans entre le recours exercé par la personne concernée et l'audience. Même si le jugement est rendu dès la fin de la séance, il faut encore attendre au moins un mois avant de le recevoir par courrier. Nous avons aussi pu noter que, dans la plupart des cas, les deux assesseurs n'ont pas pris connaissance du dossier avant la séance et ne le consultent pas au cours de celle-ci ; seuls le magistrat et le médecin semblent le connaître.

Si, au bas des notifications de la CDAPH, il est bien indiqué que les décisions sont susceptibles de recours gracieux auprès de la MDPH et de contestation auprès du TCI, il faut savoir que le délai de recours est de deux mois ; au-delà, il est forclus. Il n'est pas rare que des personnes handicapées ne lisent pas le courrier jusqu'à la fin et ne sachent pas qu'elles peuvent faire un recours ; dans le cas du handicap psychique, il arrive que la personne qui envisage de faire un recours laisse passer le délai de forclusion de deux mois. Nous verrons aussi que, pour certaines personnes en situation de handicap d'origine psychique, qui n'ont pas une notion du temps bien assurée et qui ont des difficultés à initier une démarche, le recours au tribunal semble impossible. De plus, l'idée de devoir se présenter physiquement devant une juridiction pour attaquer la MDPH sur sa décision décourage plus d'une personne handicapée.

Face à l'augmentation des recours devant le tribunal, un département en difficulté financière a décidé qu'au cas où le TCI accorderait une PCH en désaccord avec la CDAPH, il contesterait systématiquement la décision auprès de la CNITATT : ainsi, si cette instance ne suit pas le TCI dans sa décision, le département pourra faire une économie ; mais sinon, compte tenu des délais (deux ans environ), il assurera sa trésorerie.

Nous verrons, dans la suite de cette recherche, que même une parfaite connaissance des rouages de la MDPH et des recours n'est pas suffisante pour que certaines personnes puissent se décider, compte-tenu de leurs incapacités, à entreprendre un recours gracieux, et encore moins une action en justice.

Nous nous posons aussi la question du respect du secret médical dans cette instance, notamment lorsqu'il est question du handicap psychique. En effet, le dossier médical est transmis par la MDPH au secrétariat du TCI, qui le fait parvenir non seulement au médecin mais aussi au magistrat. D'autre part, les séances étant

publiques, si les personnes ne demandent pas le huis clos, leur état de santé est exposé publiquement par le médecin qui expose les éléments principaux du dossier de la MDPH, des éventuels experts, et qui fait aussi le compte-rendu oral de sa propre consultation.

1.2.6. Les personnes vulnérables

Nous allons maintenant élargir notre champ de vision concernant le handicap, dans le contexte français, pour constater qu'il fait aussi partie d'un concept plus large qui est celui de la vulnérabilité.

La loi de 2007 *relative à la protection juridique des majeurs* recentre les efforts de la justice sur les personnes majeures rendues vulnérables par le handicap ou par la vieillesse.

« Les personnes majeures reçoivent la protection de leur personne et de leurs biens que leur état ou leur situation rend nécessaire [...]. Cette protection est instaurée et assurée dans le respect des libertés individuelles, des droits fondamentaux et de la dignité de la personne. Elle a pour finalité l'intérêt de la personne protégée. Elle favorise, dans la mesure du possible, l'autonomie de celle-ci. Elle est un devoir des familles et de la collectivité publique. »

(Code civil, art. 415)

La loi s'appuie sur trois principes : la *nécessité*, la *subsidiarité* et la *proportionnalité*. Une mesure de protection n'est mise en place uniquement qu'en cas d'altération des facultés mentales (nécessité) ; une mesure de protection de type curatelle ou tutelle n'est pas mise en place si une mesure plus légère peut suffire, comme une MASP²⁴ (subsidiarité) ; la mesure doit être proportionnée aux réelles difficultés de la personne et personnalisée (proportionnalité). La mesure est prononcée pour 5 ans au maximum. La personne handicapée peut choisir son curateur ou tuteur. La personne handicapée ne peut pas être représentée dans certains cas personnels - reconnaissance d'un enfant par exemple -. Le tuteur ne peut représenter la personne que dans les cas expressément indiqués dans le jugement. Pour les décisions portant gravement atteinte à l'intégrité corporelle de la personne, le juge doit être saisi. En cas de tutelle, le juge indique si la personne a le droit de vote. La loi instaure aussi le mandat de protection future : une personne peut désigner à l'avance la personne qui pourra la représenter en cas d'altération de ses facultés mentales.

Cette loi est un tournant majeur pour la reconnaissance du statut de citoyen à part entière de la personne handicapée. Il est surprenant de voir sur le terrain combien elle est passée inaperçue dans de nombreuses organisations privées au service de personnes handicapées et même comment il n'en est pas tenu compte dans certaines institutions publiques. Ainsi, en 2015, à la remarque faite à une directrice de MDPH qu'un dossier ne pouvait pas être étudié en CDAPH au motif que la demande n'émanait pas de la personne elle-même mais de son tuteur, il a été répondu que « le tuteur représente la personne handicapée dans tous les actes de la vie civile », ce qui n'est plus le cas depuis cette loi de 2007.

²⁴ Mesure d'accompagnement social personnalisé, mise en place par le Département pour les personnes bénéficiant de minima sociaux et qui le demandent

En 2010, le député Chossy, est chargé, par la secrétaire d'État chargée de la famille et de la solidarité, d'une mission parlementaire *visant à faire évoluer les mentalités et à changer le regard de la société sur les personnes handicapées*. Son rapport²⁵ nous appelle à passer du « handicap comme attribut » au « handicap comme situation », à le concevoir au regard d'un contexte « construit » et non pas d'un « donné ». Le handicap apparaît ainsi dans un environnement qu'il convient de modifier pour supprimer des obstacles et pour lequel il faut inventer des facilitateurs. Le rapport appelle à passer de la « prise en charge » à la « prise en compte », à ne pas réduire la personne à un rôle de « patient », à celui d'une charge, d'un fardeau, d'une lourdeur ; il préconise un « accompagnement » dans le sens de « cheminer aux côtés de la personne » et favorisant le plus possible son autonomie. Il demande que la marginalité soit bannie pour que chacun ait une place dans l'ensemble social, qu'on passe de la « destitution de la parole » à la reconnaissance de sa « valeur irremplaçable » : que les voix des personnes handicapées soient entendues et que leur expertise soit reconnue dans les décisions qui les concernent. Le rapport Chossy déplore l'utilisation, dans la loi de 2005, de l'appellation « personnes handicapées » et lui préfère « personnes en situation de handicap » :

« Il s'agit bien de définir l'état dans lequel se trouve la personne concernée, tout en précisant, comme le dit la loi (art. 2) que l'environnement de la personne est effectivement un facteur à considérer parmi d'autres.

On est en situation de handicap lorsque l'instant est passager, provisoire, face à son environnement. » (Chossy, 2010, p. 12).

Nous voyons dans ce rapport qu'il est retenu l'importance de l'environnement dans la situation de handicap, ce que nous retrouverons dans d'autres contextes.

Des recommandations concluent le rapport Chossy, concernant le vocabulaire employé : remplacer « handicap » par « restriction de capacité », « accessibilité » par « accès à tout pour tous », « déficient » par « autrement capable » (québécois), « incapable de s'investir dans la vie ordinaire » par « différent mais compétent », « personne différente » par « personne singulière », « bienveillant » par « tolérant », « bénéficiaire » par « contributeur », « projet de vie » par « parcours de vie », « prise en charge » par « prise en compte, accompagnement », « placement » par « accueil ». Concernant le terme de « handicap », le rapport Chossy est catégorique :

« Il faut définitivement bannir les termes « handicap », « handicapé » synonymes d'indignité ; ou « situation de handicap » qui sont stigmatisants, pour recentrer la réflexion, non plus uniquement sur la personne et son statut de handicapé, mais sur sa capacité de participation active et d'implication – même modeste – dans la société. » (Chossy, 2010, p. 17).

Nous notons, au sein même du texte de Chossy, une évolution, puisqu'il dit préférer à handicap « personne en situation de handicap », mais que, plus loin, il préconise de bannir cette expression « situation de handicap » qu'il trouve quand même stigmatisante. Nous n'avons, pour notre part, pas trouvé d'autre terme à employer pour remplacer « handicap ».

²⁵ <http://www.assemblee-nationale.fr/12/rapports/r2038.asp>

Nous allons à présent recentrer notre étude sur les personnes handicapées.

En 2014 est publié le rapport *Zéro sans solution : le devoir collectif de permettre un parcours de vie sans rupture, pour les personnes en situation de handicap et pour leurs proches*, aussi appelé « rapport Piveteau »²⁶, du nom de son auteur (Conseiller d'état et premier directeur de la CNSA). Il rappelle les devoirs de notre société envers les personnes les plus lourdement handicapées, « devoir collectif de permettre un parcours de vie sans rupture pour les personnes en situation de handicap et leurs proches ». *Zéro sans solutions*, cela veut dire que chaque personne handicapée doit pouvoir bénéficier des accompagnements dont elle a besoin ; il s'agit d'éviter les « ruptures de parcours », notamment lors des âges critiques de la vie (passage de l'enfance à l'âge adulte, de ce dernier à troisième âge, etc.) ou les absences d'accueil ou d'accompagnement, notamment quand il existe de graves troubles du comportement. Le rôle central des MDPH y est affirmé comme « élément pivot », « assembleurs » et « accompagnantes ». Il ne s'agit plus de financer « des places » mais des « réponses territoriales de qualité » (réponses modulaires). Pour passer d'une obligation de moyens à une obligation de résultats, les principales préconisations peuvent être résumées ainsi : analyse personnalisée des besoins et priorisation des réponses ; orientation de dispositif et mise en place d'un coordonnateur ; mise en place d'un dispositif d'urgence médico-social ; simplification administrative et pouvoirs dérogatoires donnés aux MDPH pour certaines mesures d'accompagnement complémentaires. Le rapport préconise de remplacer la décision « unique » de la CDAPH par une décision d'orientation « qui dit le souhaitable » et un Plan d'accompagnement global (PAG) « qui dit le possible, en le rendant effectivementposable ».

Depuis 2013, plusieurs départements ont décidé de regrouper les acteurs territoriaux concernés par les personnes âgées et par les personnes handicapées, reprenant ainsi la représentation d'un secteur « médico-social ». Ainsi, par exemple, en Sarthe, les schémas régionaux (personnes âgées, personnes handicapées, enfance-famille et insertion) ont-ils fusionné en 2015. D'autres départements ont choisi de créer des Maisons départementales de l'autonomie. Les attributions des MDPH sont alors incluses dans celles des MDA²⁷.

Cette évolution nous incite à nous interroger sur la notion de *dépendance*. D'origine médicale, le terme de dépendance désigne

« [...] l'état des personnes qui ne peuvent pas accomplir sans aide les actes essentiels de la vie quotidienne : handicapés, malades chroniques, vieillards infirmes ou déments. » (Weber, 2011).

La dépendance est un des aspects du handicap, au titre de difficultés sévères de la vie quotidienne, du fait de déficiences.

En 2016, dans 23 départements, se met en place une déclinaison du *Zéro sans solution* prôné par Piveteau, sous la forme d'une feuille de route nommée « Une réponse accompagnée pour tous ». Elle consiste à éviter que les personnes handicapées subissent des ruptures de parcours et restent sans solution d'accueil et de prise en charge faute de place disponible dans une structure médicosociale. La feuille de route, qui se veut innovante

²⁶ http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Zero_sans_solution.pdf

²⁷ MDA : à ne pas confondre avec les Maisons départementales des adolescents

et non pas expérimentale, consiste en une première vague, et elle se décline en quatre axes. Le premier axe, piloté par la CNSA, consiste en un dispositif d'orientation permanent, où la MDPH est un « assembleur » des solutions de proximité pour des cas complexes, pour proposer des réponses sur mesure ; des plateformes de services sont mises en place pour inventer des solutions d'accompagnement coordonnées ; des hébergements de transition sont créés pour des personnes handicapées qui nécessitent une distanciation d'avec leur environnement habituel. Un autre axe de la feuille de route, piloté par le Secrétariat général du comité interministériel du handicap, est consacré à l'accompagnement par les pairs ; les délégués du défenseur des droits s'y impliquent ; il s'agit de former des personnes handicapées pour qu'elles puissent intervenir dans la formation des professionnels. Sous le pilotage du Secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales, se met en place la construction d'une « réponse territorialisée », dans l'idée d'une complémentarité partenariale entre le Département et l'Éducation nationale. Le dernier axe est celui de l'accompagnement au changement, piloté par la Direction générale de la cohésion sociale (DGCS), pour « une simplification des tâches administratives à faible valeur ajoutée ».

Le gouvernement met aussi en place en 2016 des *Pôles de compétences et de prestations externalisées* (PCPE) : il s'agit de créer des dispositifs pour financer les interventions de professionnels libéraux au domicile des personnes handicapées (psychologues, éducateurs, etc.), dans le cadre d'un Plan personnalisé de compensation du handicap (PPCH), du Plan personnalisé de scolarisation et, le cas échéant, du Plan d'accompagnement global. Ces interventions directes apportent les prestations nécessaires et coordonnées de professionnels relevant de champs différents (sanitaire, médicosocial et social), conformes aux Recommandations des bonnes pratiques (RBP) de la Haute autorité de santé (HAS) et de l'Agence nationale de l'évaluation sociale et médico-sociale (ANESM).

1.2.7. Le processus de production du handicap

Nous allons, pour terminer ce chapitre sur le handicap, aborder un concept qui nous semble ne pas avoir été vraiment pris en compte dans le contexte français, celui du Processus de production du handicap (PPH) qui, dans l'évaluation du handicap, tient compte de l'environnement de la personne.

Tosquelles écrivait en 1964 :

« Si le débile profond, comme tout le monde, a vocation de devenir sujet, il est néanmoins vrai que lui, plus que quiconque, se trouve assujéti aussi bien au conditionnement de ce que l'on pourrait appeler les accidents de sa corporéité, qu'aux conditionnements de milieu inter-social. Ce milieu dont il est amené à accepter la dépendance, cela même au prix de l'abrasion de tous ses désirs. »

Le fait qu'on puisse prendre en compte les difficultés propres de la personne handicapée, mais aussi de son environnement, ne sera théorisé que bien plus tard au Québec.

Wood est un médecin britannique, rhumatologue et épidémiologiste. Il a été professeur de santé publique à l'Université de Manchester. L'OMS, qui veut définir les états de santé des personnes atteintes de maladies chroniques, fait appel à lui et à un groupe d'experts internationaux. S'appuyant sur les propositions de Grossiord, médecin de l'hôpital de Garches qui distingue les déficiences de leurs conséquences, les travaux débouchent sur une nouvelle vision du handicap : quelles que soient leurs causes (maladie), les *handicaps* résultent de *déficits* organiques ou anatomiques, qui entraînent des *incapacités* dans la réalisation d'actes de la vie sociale quotidienne, ce qui peut conduire à des *désavantages* sociaux, notamment en rendant inaccessibles la *participation* à certains rôles sociaux. C'est cette proposition qui est acceptée par l'OMS en 1980 et qui prend le nom d'*International classification of impairments, disabilities and handicaps* (vue plus haut).

Parallèlement vont se diffuser des travaux intitulés *Processus de production du handicap* qui vont faire apparaître, comme contexte d'une situation de handicap, les « habitudes de vie » des personnes, c'est-à-dire tous leurs montages personnels et culturels.

Fougeyrollas est un anthropologue québécois. Dans les années 1980, l'Office des personnes handicapées du Québec (OPHQ) le recrute pour l'aider à créer un programme d'intégration des personnes handicapées (Hamonet, 2010). Peu après la publication de la classification de Wood, ce programme est diffusé au sein d'un rapport intitulé *À part égale*. La question du handicap y est traitée à partir des différentes activités humaines, en s'appuyant notamment sur les « habitudes de vie » et sur l'environnement de la personne.

En 1986, Fougeyrollas et son groupe de travail proposent un modèle qu'ils appellent « processus de production des handicaps ». Parmi les facteurs environnementaux, il décrit ceux qui sont personnels et ceux qui sont contextuels. Le groupe estime que la référence à la « déficience » est gênante, car « elle stigmatise en évoquant l'infirmité ». Une définition du handicap est proposée :

« Les handicaps sont une perturbation pour une personne dans la réalisation d'habitudes de vie compte tenu de l'âge, du sexe, de l'identité socioculturelle, résultant, d'une part, de déficiences ou d'incapacités et, d'autre part, d'obstacles découlant de facteurs environnementaux. ».

Fougeyrollas et son équipe, au sein des sociétés canadiennes et québécoises de la Classification internationale des handicaps (CIDH), feront évoluer la classification des handicaps de l'Organisation mondiale de la santé et notamment feront introduire les facteurs environnementaux au sein de la Classification internationale de la fonctionnalité.

Le concept de *Processus de production du handicap* est né d'un mouvement de revendication de personnes souffrant d'une marginalisation du fait d'une différence physique ou mentale. Dans une tentative d'explication des causes de la « marginalisation des corps et des esprits », le PPH fait référence à trois concepts fondamentaux : la déficience, la limitation fonctionnelle et le handicap.

La déficience est objectivable ; elle résulte d'une singularité biologique, d'une anomalie au niveau d'un organe, d'une structure ou d'une fonction (anatomique, physiologique, mentale ou psychologique). *La limitation des capacités fonctionnelles* : par rapport à un rôle social normal d'une personne lambda dans son milieu socioculturel, on mesure la moindre capacité d'une personne à accomplir les actes de la vie quotidienne du fait d'une déficience physique ou mentale. *Le handicap* est un phénomène qui se situe dans l'interaction entre une personne et son environnement, cette personne ayant une déficience ou un déficit fonctionnel ou

comportemental ; le phénomène consiste en une production de situations de discrimination, de marginalisation, de stigmatisation sur la base des différences de la personne, voire de privilège et de pouvoir.

« [Le handicap est] l'effet de la matrice normative historique sur les conditions de la participation sociale des corps et esprits différents.

C'est là où jouent pleinement les discours et pratiques normatives dont font partie les politiques et les stratégies d'intervention de l'État, des groupes d'intérêt et de l'ensemble des agents sociaux.

[...]

Le défi de tout corps ou esprit différent est de situer sa lutte pour l'autonomie dans le cadre de ses propres normes. Et d'en faire un objectif collectif... »

(Fougeyrollas, 1986).

Des travaux de Fougeyrollas est issue, en septembre 1995, une *Classification québécoise du processus de production du handicap*. Le Comité de révision de la proposition québécoise de classification *Processus de production du handicap* va travailler de 1995 à 1998 pour proposer un document permettant de préciser de nombreux points du PPH, en donnant notamment quelques définitions, que nous reprenons ci-dessous.

Un *facteur environnemental* est « une dimension sociale ou physique qui détermine l'organisation et le contexte d'une société. » On retrouve les facteurs sociaux (politico-économiques et socioculturels) et les facteurs physiques (Nature et aménagements). Les facteurs environnementaux se mesurent sur une échelle variant de « facilitateur » (qui favorise la réalisation des habitudes de vie) à « obstacle » (qui entrave la réalisation des habitudes de vie), à entendre dans leur interaction avec les facteurs personnels d'une personne (les déficiences, les incapacités et les autres caractéristiques).

Une *habitude de vie* est « une activité courante ou un rôle social valorisé par la personne ou son contexte socioculturel selon ses caractéristiques (âge, sexe, identité socioculturelle, etc.). Elle assure la survie et l'épanouissement d'une personne dans sa société tout au long de son existence. L'échelle de mesure des habitudes de vie varie de « participation sociale » à « situation de handicap ». On retrouve treize grandes habitudes de vie : la nutrition, la condition corporelle, les soins personnels, la communication, l'habitation, les déplacements, les responsabilités, les relations interpersonnelles, la vie communautaire, l'éducation, le travail, les loisirs, et les autres habitudes. C'est à l'intérieur de ces habitudes de vie que vont se manifester les différentes situations de handicap, par modification de la participation sociale.

La *participation sociale* est une situation qui correspond à « la pleine réalisation des habitudes de vie, résultant de l'interaction entre les facteurs personnels (les déficiences, les incapacités et les autres caractéristiques) et les facteurs environnementaux (les facilitateurs et les obstacles) ». La participation sociale peut être modifiée par un facteur personnel ou un facteur environnemental.

Une *situation de handicap* correspond à « la réduction de la réalisation des habitudes de vie, résultant de l'interaction entre les facteurs personnels (les déficiences, les incapacités et les autres caractéristiques) et les facteurs environnementaux (les facilitateurs et les obstacles) ».

Un *facteur de risque* est « un élément appartenant à l'individu ou provenant de l'environnement susceptible de provoquer une maladie, un traumatisme ou toute autre atteinte à l'intégrité ou au développement de la personne ». Il y a quatre grandes catégories de facteurs de risque : biologiques, liés à l'environnement physique, liés à l'organisation sociale ou liés aux comportements individuels et sociaux.

Une *cause* est « un facteur de risque qui a effectivement entraîné une maladie, un traumatisme ou toute autre atteinte à l'intégrité ou au développement de la personne ». On qualifie les causes selon l'échelle suivante : prédisposante, déclenchante, persistante et aggravante.

Une *aptitude* est « la possibilité pour une personne d'accomplir une activité physique ou mentale ». On retrouve dix grandes catégories liées aux aptitudes reliées aux activités intellectuelles, au langage, aux comportements, aux sens et à la perception, aux activités motrices, à la respiration, à la digestion, à l'excrétion, à la reproduction, à la protection et à la résistance. On mesure les aptitudes sur une échelle variant de « capacité » (la capacité optimale correspond à une aptitude intacte) à « incapacité » (degré de réduction d'une aptitude).

Un *système organique* est « un ensemble de composantes corporelles visant une fonction commune. » On dénombre quatorze grandes catégories de systèmes organiques : nerveux, auriculaire, oculaire, digestif, respiratoire, cardiovasculaire, hématopoïétique et immunitaire, urinaire, endocrinien, reproducteur, cutané, musculaire, squelettique, morphologique. On mesure les systèmes organiques sur une échelle variant de « intégrité » (qualité d'un système inaltéré) à « déficience » (atteinte organique, histologique ou physiologique).

Conclusion de la section 1.2

L'évolution de la conception du handicap dans le monde ne peut être soustraite au contexte d'évolution des idées concernant les rapports de l'homme et de la société.

Ainsi Espring-Andersen (1990) montrait-il que trois modèles socio-économiques dominaient le monde : deux fondés sur un face-à-face entre le citoyen et l'état (le modèle libéral britannique, celui sociodémocrate nordique) et un continental européen, qu'il appelle « conservateur », fondé « sur l'équilibre variable entre les solidarités (nationales, familiales et professionnelles). Mais, plus récemment, une quatrième vision du monde est apparue, à une échelle d'emblée internationale et fondée sur la défense des droits de l'homme (Roman, 2012).

La manière actuelle de concevoir le handicap ne peut pas ne pas être influencée par cette nouvelle conception des rapports humains. Nous voyons ainsi apparaître des revendications des personnes handicapées qui se manifestent au niveau d'une exigence en matière d'égalisation des droits qui conduit à concevoir différemment ce qu'on nomme toujours – faute de mieux - le handicap.

Conclusion du chapitre 1

Dans ce chapitre consacré au handicap, nous avons abordé la notion de handicap, toutes déficiences confondues.

Nous avons vu apparaître, dans la *Classification internationale du handicap : déficiences, incapacités, désavantages* de 1988, plus précisément au chapitre 2, le terme de « psychisme », et nous avons aussi remarqué une distinction nette entre les « déficiences intellectuelles » (chapitre 1) et les « atteintes du psychisme » (chapitre 2). Cette distinction sera adoptée, à plusieurs reprises, notamment par les mouvements qui voudront promouvoir le « handicap psychique » en opposition au « handicap mental », bien que cette distinction puisse être sujette à débat (Lelièvre, 2005).

2. Le handicap psychique

Nous avons, dans le chapitre précédent, cherché à connaître l'émergence du concept de handicap. Nous allons avancer dans notre recherche en étudiant la notion récente de *handicap psychique*. Nous serons amenés à reprendre certains textes vus plus haut, mais à entrer dans les détails pour ce qui concerne ce handicap particulier.

Nous avons vu plus haut que la Loi de 2005 *Pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées* donne à la France une définition du handicap et que, pour la première fois, apparaît dans un document officiel la cause « psychique » possible d'un handicap.

L'adjectif « psychique », attesté dès 1557, prend en 1819 le sens de « qui se rapporte à l'âme », avant d'apparaître en 1837 chez Balzac dans son sens moderne de « qui concerne l'esprit mental » (Rey, 2016). Le substantif « psychisme » est produit en 1812 concernant une « théorie matérialiste supposant l'âme faite d'un fluide spécial », en prend en 1873 la valeur d'« ensemble de phénomènes psychiques ».

« Psychiquement » est inventé en 1822 par Maine de Biran (aliéniste). L'adjectif « intrapsychique » date de 1907 et qualifie « ce qui a lieu entre les éléments de la personnalité ». Le terme médical « somatopsychique », à distinguer de « psychosomatique », date de 1900 et « concerne à la fois les caractères physiques et les particularités psychiques » d'une personne.

Aujourd'hui, « psychique » signifie « qui concerne l'esprit, la pensée » (Rey et Rey-Debove, 2014).

Ce second chapitre de cette première partie comprend les sections suivantes :

2.1 Le handicap psychique en France : cette appellation très récente a émergé dans le milieu de la psychiatrie mais elle a été peu utilisée depuis, jusqu'en 2005 où un lobbying l'a conduite sur le devant de la scène française. Depuis elle s'est imposée dans les secteurs sanitaire, social et médicosocial. Cependant cette appellation renvoie à plusieurs acceptions sous-tendues par des conceptions théoriques différentes. Nous remonterons quelques années en amont pour étudier différentes approches conceptuelles. Nous étudierons les manières de diagnostiquer ce handicap.

2.2 Handicap psychique et maladie mentale : dans les champs connexes médicosocial et sanitaire, cette particularité française qu'est le handicap psychique n'est pas conçue de la même manière. La question centrale de notre travail est de savoir si tout handicap psychique est la conséquence d'une maladie mentale. Nous serons donc amenés à reprendre une petite recherche historique de la prise en charge des « malades mentaux » pour voir émerger des pratiques qui laisseront apparaître les « usagers de la santé mentale ».

Mais auparavant, nous allons revenir sur ce qui est entendu par « handicap psychique ».

Le handicap psychique

Weber (2016) nous indique qu'en anglais *behavioral* et *emotional impairment*, qui sont souvent employés, sont d'ordre descriptifs et du registre du comportement et de l'émotion. À l'inverse, le lexique français est empreint d'histoire politique et se soucie de l'origine du trouble observé. Ainsi, en français, *mental* souffre de l'ambiguïté d'être employé en association avec deux noms qui renvoient à deux registres différents, à savoir « maladie mentale » et « handicap mental », le premier étant du vocabulaire de la psychiatrie alors que le second est du domaine de la pédagogie ; nous rappelons ici la bataille entre les psychiatres et pédagogues du XIX^{ème} siècle sur l'éducabilité des enfants idiots (Fèvre, 2011). L'adjectif « cognitif » est, lui, très récent : « il renvoie à l'essor, scientifique et médiatique, des sciences cognitives ».

C'est en 1937, à l'Hôpital de jour pour adultes de Vincennes, qu'est attesté pour la première fois l'emploi de l'expression « handicap psychique » (Durand, communication personnelle, 23 septembre 2015). L'association Croix Bleu-Marine (par analogie avec la Croix-Rouge, devenue ensuite Fédération Santé Mentale Croix-Marine, puis Fédération d'Aide à la Santé Mentale Croix-Marine) substitue, à partir de 1952, « handicap psychique » à « handicap par maladie mentale » qu'elle utilisait jusqu'alors, mais qu'elle finit par trouver trop stigmatisant. Une des premières mesures d'assistance tutélaire, dans une perspective de psychiatrie sociale et communautaire pour les malades mentaux, peut être mise sur le compte, dans les années 1950, de Doussinet, médecin-chef à l'hôpital psychiatrique de Clermont-Ferrand et membre de Croix Bleu Marine (Boucherat-Hue et Peretti, 2012). Pour Jaeger (2003) il s'agit d'une notion de combat contre l'isolement et la ségrégation des malades mentaux ; mais on peut y voir aussi une tentative de rapprochement des politiques de soins de celles de l'action sociale : le but est, dès les années soixante, de procurer des soins dans la cité, en insistant sur la réadaptation des patients.

Ainsi nous constatons que l'appellation « handicap psychique » est corrélée, dans ses débuts, à celle de maladie mentale. Nous verrons qu'elle l'est toujours aujourd'hui dans la plupart des cas chez de nombreux auteurs, mais nous montrerons que nous pouvons l'élargir à toute une partie de la population qui se trouve, de fait, en situation de handicap d'origine psychique, sans souffrir de maladie mentale.

La notion de handicap psychique a été construite empiriquement, sans fondement médical ni psychopathologique (Zribi, 2009). Si la Loi 2005-102 énonce que l'origine d'un handicap peut être psychique, elle ne précise pas quelles sont les différences entre « handicap mental », « handicap psychique » et « handicap cognitif ». Elle ne dit pas non plus que le handicap psychique est une conséquence invalidante d'une pathologie mentale sur la qualité de vie des malades, comme il semble que cela soit communément admis. En fait, en énumérant les origines possibles d'un handicap, elle fait naître le handicap psychique à côté d'autres, mais une définition de celui-ci ne pourrait se déduire que par une soustraction de toutes les autres ; ainsi, serait un handicap psychique celui qui ne serait ni physique, ni mental, ni etc. Si cette manière de définir en disant ce que ne n'est pas pouvait être une habitude dans l'antiquité, ici cette méthode pourrait s'appliquer à chacun des handicaps, pour peu qu'on soit sûr qu'ils soient tous nommés et exclusifs les uns des autres. En tout cas, cette loi ne donne pas de définition du handicap psychique, et c'est pourquoi d'aucuns tentent d'imposer leur propre

définition ; et nous serons nous même amené à le faire. Car, outre l'intérêt de savoir ce dont nous allons parler, nous verrons que, selon l'acception retenue de l'expression « handicap psychique », les conséquences peuvent être très différentes pour le quotidien des personnes qui se trouvent dans cette situation sociale.

2.1. Le handicap psychique en France

Contrairement au premier chapitre, où nous nous sommes intéressé au contexte législatif mondial, puis européen et enfin national, nous allons, dans cette première section, partir du point de vue français, car il apparait d'emblée que la notion de « handicap psychique » est une particularité nationale.

Ceux que la Croix-Rouge Française appelait les « blessés de l'esprit », à savoir les malades mentaux et les déficients mentaux, ne sont pas concernés par la première loi sur le handicap du 23 novembre 1957 : celle-ci ne traite que des handicaps physiques. Ainsi, l'hôpital s'occupe de la maladie, puis les organismes de postcure et de reclassement assurent la réadaptation sociale. Bonnafé et les psychiatres de Saint Alban se sont opposés à cette « conception séparatiste reposant sur un dualisme doctrinal erroné » en prônant une approche globale de la personne dans son environnement.

La politique de secteur psychiatrique mise en place dans les années 1960 propose une diversité de soins adaptés au cas de chaque patient. Elle repose sur trois principes : l'aire de recrutement, la responsabilité vis-à-vis de la population du territoire et la complétude des soins prodigués (Hansson, 1996).

Le handicap psychique en France

Nous avons déjà abordé plus haut la loi d'orientation de 1975 *en faveur des personnes handicapées* ; elle apporte un statut et une garantie de ressources aux personnes handicapées. Celles qui le sont par des troubles psychiques sont donc aussi concernées, même si elles apparaissent alors dans la catégorie générale des « déficiences mentales ». Des professionnels de la santé mentale perçoivent cette loi comme « illégale », du fait qu'elle ne fait pas référence à la politique de secteur de la psychiatrie. S'appuyant sur la circulaire de 1960, des psychiatres accusent la « loi scélérate » de fixer la situation de handicap d'une personne, et, se référant à Michel Foucault, de « plomber » une population dans des espaces de relégation ; ils restent dans leur utopie, entrent en résistance et assument leur position soixante-huitarde « d'emmerdeurs » (Lieberman, 2011).

Dans le rapport Bloch-Lainé de 1967, il est indiqué que la déficience à l'origine d'un handicap peut être « physique à répercussion motrice, et éventuellement psychique » : il s'agit d'une intuition novatrice qui restera lettre morte jusque XXI^{ème} siècle (Boucherat-Hue et Peretti, 2012).

L'arrêté de 1988 qui reprend les travaux de la *Classification Internationale des Handicaps*, fait apparaître une nomenclature des handicaps, dont nous extrayons quelques passages qui concernent précisément ce que pourrons appeler - après la loi de février 2005 - le handicap psychique.

Concernant les *déficiences*, il est fait une distinction entre « Les déficiences intellectuelles » (1.) et les « Autres atteintes du psychisme (2.) » ; nous trouvons aussi plus loin les « Déficiences du langage et de la parole » (3.). Nous laisserons de côté les « Déficiences de l'appareil auditif » (4.), « Déficiences de l'appareil oculaire » (5.), « Déficiences viscérales, métaboliques, nutritionnelles » (6.), « Déficiences motrices » (7.), « Déficiences esthétiques » (8.) et « Déficiences liées à des causes générales » (9.).

Dans « Les déficiences intellectuelles », nous retenons les « déficiences du cours de la pensée » (18.2) et la « Déficiência intellectuelle (sans autre indication) » (19.). Dans les « Autres atteintes du psychisme », nous trouvons « Déficiência quantitative de la conscience et de la vigilance » (20.) , « Troubles de la perception ou de l'attention » (21.), « Troubles des pulsions ; conduites instinctuelles » (22.), « Troubles de l'émotion, de l'affect, de l'humeur ou de la volition » (23.), « Troubles des fonctions psychomotrices » (24.), « Troubles du comportement » (25.) et « Autre atteinte du psychisme (sans autre indication) » (29.) L'intervalle entre 25 et 29 est vide. Dans les « Déficiences du langage et de la parole », nous retenons « Autres déficiences du langage et de la parole » (38.) et « Déficiência du langage et de la parole (sans autre indication) » (39.).

Nous notons que les déficiences intellectuelles ont été isolées au sein des déficiences du psychisme, qu'elles sont les seules à l'avoir été, sans doute parce que les seules à avoir été repérables. Au sein de ces déficiences, nous remarquons quelques unes qui semblent être communes au handicap mental et au handicap psychique (18.2). Nous retenons quant à nous les déficiences du langage et de la parole du fait, que parmi elles, nous retrouvons des déficiences fréquentes dans le handicap psychique.

Le texte nous donne une description des déficiences, dont ici celles que nous avons retenues :

« [...]

18.2 Déficiência du cours de la pensée : Trouble affectant la rapidité et l'organisation de la pensée, la capacité de former des séquences logiques.

[...]

20. Déficiência quantitative de la conscience et de la vigilance : [...] (coma ; perte de connaissance [...], épilepsie par exemple).

21. Troubles de la perception ou de l'attention : « altération quantitative ou qualitative de l'attention (difficulté à soutenir son attention ou fausses perceptions par exemple) ».

22. Troubles des pulsions ; conduites instinctuelles : [...] (Anorexie, boulimie, utilisation de drogues...).

23. Troubles de l'émotion, de l'affect, de l'humeur ou de la volition : Perturbation de l'intensité et de la qualité des sentiments, de la durée, de la stabilité des états affectifs, de la capacité d'avoir des comportements intentionnels et de contrôler ses propres actions.

24. Troubles des fonctions psychomotrices : Comprennent les troubles [...] pour un appareil neurologique moteur intact.

25. Troubles du comportement : Comprennent les autres atteintes du psychisme qui n'ont pu être classées dans les rubriques précédentes.

29. [...].

Remarque. – à l'exception de la catégorie 20, les autres atteintes du psychisme correspondent à une pathologie neuropsychiatrique dont la répartition en sous-groupes est donnée ici à titre seulement indicatif ».

Si nous retenons ces différentes catégories, c'est parce que nous les retrouvons presque trente ans plus tard dans ce que nous appelons aujourd'hui le « handicap psychique ».

2.1.1. Le rapport Charzat

La ministre déléguée à la famille, à l'enfance et aux personnes handicapées, commande une étude « pour mieux identifier les difficultés des personnes en situation de handicap du fait de troubles psychiques et les moyens d'améliorer leur vie et celle de leurs proches » ; le *Rapport Charzat*²⁸ est publié en 2002. Il révèle que les handicaps « invisibles » restent très méconnus de la population française. En effet, une représentation figée du handicap (physique, sensoriel, mental) occulte les situations réelles des personnes handicapées et le rôle de l'environnement dans le handicap.

« [...] on se représente encore souvent le handicap comme un attribut fixe et matérialisé de la personne : le fauteuil roulant, la canne blanche, ou des traits particuliers du visage.

De ce fait les handicaps « invisibles » restent très méconnus ; on peut considérer d'ailleurs que cette représentation figée, qui occulte les situations réelles et le rôle de l'environnement, dessert également l'approche des handicaps « visibles ». » (Charzat, 2002).

Le rapport propose donc un changement des modes d'évaluation des handicaps et d'orientation des handicapés. Une première partie concerne le concept même de handicap, et très particulièrement les « troubles psychiques » à l'origine de handicaps. La deuxième partie du rapport traite de la question du « handicap psychique », à travers les difficultés rencontrées dans la vie quotidienne : la méconnaissance de ce handicap, la crainte de la maladie, la stigmatisation des personnes, leur souffrance et la lourde charge des proches. Les réponses proposées pour y remédier font l'objet de recommandations précises : faire l'inventaire de l'existant, le faire reconnaître, développer l'offre de soins (psychiatrique articulée avec l'offre sociale et médico-sociale), mettre en œuvre un plan d'action pour l'accueil et l'accompagnement des personnes concernées, informer le public, former les professionnels, aider les associations d'usagers et les associations de familles, développer des programmes d'études et de recherche, reconnaître et promouvoir le pouvoir des élus.

Nous notons l'apparition de l'expression « personnes en situation de handicap du fait de troubles psychiques », où il s'agit de ne plus parler de « handicapés » mais bien de personnes ; celles-ci ne sont pas « handicapées » mais en situation (sociale) de désavantage, cette dernière étant due non à une maladie, ni même une pathologie, mais à des « troubles », pas psychiatriques, ni psychologiques, mais psychiques. Nous notons aussi que ces *troubles psychiques* sont à l'origine de handicaps, dont nous pouvons supposer qu'ils peuvent être spécifiques, ce qu'indiquera la loi de février 2005.

Nous constatons aussi que ces handicaps peuvent être dits « invisibles », à comprendre aux yeux de la population commune ; nous préférons pour notre part employer l'adjectif « discrets » car ils peuvent être flagrants pour les personnes averties. Nous remarquons aussi que le rôle de l'environnement est reconnu

²⁸ http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/RAPPORT_CHARZAT_2002.pdf

comme une composante de la situation de handicap, ce que nous ne retrouvons pas souvent dans les textes ultérieurs.

Certains passages du rapport sont particulièrement documentés. Ainsi est-il indiqué que le *trouble psychique* touche la personnalité dans son ensemble, et pas seulement une partie de la personne. Les causes du handicap psychique sont repérées dans leur diversité : les troubles dépressifs graves, les états psychotiques, les états-limites, la détérioration mentale liée à l'âge, mais aussi liée à des intoxications ou à des affections neurologiques. Les déficiences psychiques qui en découlent sont multiples : les troubles de la pensée (délires), ceux de la perception, de la communication, du comportement, de l'humeur, de la conscience et de la vigilance, du sommeil, les troubles intellectuels (mémoire, attention, jugement, orientation temporelle et spatiale), les troubles de la vie émotionnelle et affective, et l'expression somatique des affections psychiatriques. Les incapacités qui en découlent sont nombreuses dans la vie quotidienne des personnes : la toilette, l'habillement, les problèmes alimentaires, les courses, la cuisine, l'entretien, les déplacements, les obligations administratives, financières, la santé ; elles se manifestent dans tous les domaines de la vie sociale, affective et intellectuelle.

Cette description du *handicap psychique* peut permettre de classer une partie des personnes qui souffrent de troubles psychiques. Cependant les critères restent imprécis et ils pourraient s'appliquer, en partie au moins, à d'autres handicaps, voire à d'autres vulnérabilités, sociales notamment.

Le rapport Charzat fait une observation : le malade souffre, mais il ne pense pas qu'il s'agit d'un problème psychique. Le rapport préconise que ce « déni » soit compensé par des soins. Quant à ceux-ci, il est suggéré un système ambulatoire qui fonctionne « 24 heures sur 24 au cœur de la cité », afin de répondre aux besoins des patients. De plus, il indique qu'il convient d'aider le patient à se soigner lui-même, qu'il soit informé de sa maladie et formé à sa gestion.

Nous tirons aussi de ce rapport la difficulté de la personne « à articuler son désir à la réalité du monde » qui l'environne et donc la nécessité que le soin s'appuie, certes sur des compétences cliniques, mais aussi sur une articulation entre le soin et la vie quotidienne, dans une relation de confiance et avec une visée formative.

Un autre aspect de la prise en charge concerne la Commune qui est désignée pour reconnaître comme citoyen la personne souffrant de troubles psychiques, notamment dans le droit au logement, au travail et aux loisirs.

Enfin dans le rapport Charzat, rien n'est dit, a priori, sur l'origine des déficiences psychiques dans le handicap psychique.

En France, il est fait une distinction entre le *handicap mental* et le *handicap psychique* ; nous remarquons même que certaines associations définissent le handicap psychique en comparaison, en opposition avec le handicap mental. Le terme de « handicap mental » correspond à un handicap du fait d'une déficience intellectuelle, sans que l'origine de cette déficience soit toujours interrogée. Depuis la publication de la loi de février 2005, le terme « handicap psychique » permet de distinguer une catégorie de personnes qui sont handicapées du fait de « déficiences des fonctions psychiques ». La défaillance des fonctions psychiques peut avoir de multiples causes. Elle peut résulter d'une anomalie génétique, d'une affection neurologique, d'un traumatisme cérébral, d'une intoxication chronique – alcool, drogue, médicaments - ou d'une maladie mentale. Elle peut compliquer d'autres déficiences – mentales, sensorielles, motrices -. Il est constaté que des affections mentales, communément appelées « maladies mentales », et plus récemment « maladies psychiques »,

peuvent avoir des répercussions importantes sur la vie quotidienne des patients ; il s'agit alors de « handicap psychique ».

Cependant, selon nous, le handicap psychique peut ne pas être réduit à ces cas. Ce sont les conséquences sociales d'une ou de plusieurs affections qui constituent le handicap psychique, lesdites origines pouvant être multiples : psychoses, troubles dépressifs graves, névroses graves, troubles anxieux, syndromes autistiques, syndromes frontaux, séquelles de lésions cérébrales, maladie d'Alzheimer, démences, etc. Si on s'en tient à une définition du handicap psychique uniquement centré sur les résultantes sociales d'une affection – même inconnue -, alors l'acception de l'expression peut être très large. Si on ne considère que les conséquences d'une maladie mentale, alors le spectre paraît beaucoup plus restreint. Ces deux points de vue font l'objet d'un vif débat dans les différents lieux de prise en compte du handicap psychique, avec parfois des points de vue tranchés entre le sanitaire public et le médico-social associatif entre autres ; mais aussi, au sein même de ce dernier, entre des accompagnateurs vers l'emploi et d'autres dans le logement par exemple. Au demeurant, les troubles psychiques peuvent avoir des origines très diverses. En fait, derrière l'expression « handicap psychique » se cache une grande variété de situations et de difficultés particulières d'intégration sociale des personnes (Canneva, 2004). Cependant, les proches et les professionnels s'accordent souvent pour dire qu'une personne est en situation de handicap psychique.

Nous constatons que les déficiences intellectuelles, les conséquences d'un trauma crânien (cérébro-lésions), l'épilepsie et l'autisme n'entrent pas – ou plus -, a priori, dans la catégorie du handicap psychique – du fait de financements spécifiques, semble-t-il -. Ainsi, dans le guide-barème, bien que l'épilepsie soit classée dans les « déficiences psychiques », cette catégorie n'est pas incluse dans le « handicap psychique » ; l'autisme ne l'est plus non plus. De même, les associations de familles de personnes cérébro-lésées emploient l'expression « déficiences des fonctions supérieures ».

Selon nous, d'après notre expérience, et en accord avec le discours de professionnels et de proches, trois signes cliniques voisins peuvent être mis en avant chez les personnes en situation de handicap d'origine psychique : la procrastination, l'apragmatisme et l'aboulie, ces trois affections pouvant entraîner l'inactivité et le confinement chez soi. Nous entendons par « procrastination » (du latin *pro*, pour et *crastinus*, demain) une forme d'indécision se manifestant par la tendance fréquente à temporiser, voire à ajourner. Nous désignerons par « apragmatisme » (du latin *a* privatif, *pragmaticus* relatif aux affaires publiques) l'incapacité à concevoir, à décider et à agir, ou l'impuissance à coordonner l'ensemble des actions partielles à la réalisation d'une tâche, ou l'incapacité d'adapter son comportement en fonction des besoins comme l'exécution de tâches quotidiennes élémentaires. Par « aboulie » (du grec *a* privatif et *boulê* volonté) nous nommerons la diminution ou la privation de la volonté, l'incapacité de vouloir ou d'agir, l'impuissance d'action ou du désir d'agir, qui se manifestent au quotidien par de l'inhibition.

De plus, il est aussi souvent décrit chez les personnes concernées un contraste entre leurs potentialités et leur activité réelle, leur fatigabilité et leur lenteur, qui déconcertent l'entourage. Il est aussi noté fréquemment des changements brusques d'attitude, des variations de rythme d'activité selon les moments de la journée et selon les jours, imprévisibles.

2.1.2. La CNSA

Conformément à la loi de février 2005, nous l'avons vu dans la première partie de ce chapitre, la CDAPH peut attribuer à la personne handicapée qui en fait la demande, quel que soit son handicap, une prestation de compensation du handicap, qui doit lui permettre d'accéder à une meilleure autonomie. Concernant les troubles psychiques, cette prestation peut être accordée dans trois domaines : l'aide effective d'une tierce personne pour les actes essentiels de l'existence, la surveillance régulière et/ou les frais supplémentaires liés à l'exercice d'une activité professionnelle ou d'une fonction élective (Casellas-Ménière, 2006).

Nous constatons que la PCH « Aide humaine » est, dans certains départements minoritaires, très restrictive pour les personnes handicapées psychiques ; même si elles souffrent d'apragmatisme et d'aboulie, et à supposer que l'Équipe pluriprofessionnelle le sache, il n'est pas possible de leur octroyer une aide pour les tâches ménagères par exemple qui ne sont pas considérés comme « actes essentiels de l'existence ».

De plus, l'instruction de la demande de la personne ne peut évidemment avoir lieu que si celle-ci dépose un dossier à la MDPH ; pour cela, il faut que la personne fasse cette première démarche vers elle. Pour les personnes souffrant de troubles psychiques, cet acte n'est pas évident. Le déni de leurs difficultés, l'apragmatisme ou l'aboulie, souvent décrits les concernant, peuvent être des obstacles de taille pour certaines personnes qui ne peuvent pas se résoudre à faire ce premier pas vers une demande d'aide. La MDPH étant un guichet unique, ce passage par elle est indispensable ; et rien n'a été prévu en amont pour accompagner certains à faire ce premier pas. Bien sûr certaines MDPH ont appris à accueillir ces personnes aux besoins et attentes spécifiques ; elles ont mis en place des protocoles pour atténuer les tensions qui naissent lorsque les conditions d'accueil ne sont pas bien pensées, elles ont accompagné le personnel d'accueil à la compréhension de ce public. Mais certains n'arrivent pas à la porte de la MDPH. Nous verrons plus loin qu'un très grand nombre de personnes en grande souffrance psychique sont inconnues des MDPH, alors qu'elles en relèveraient au titre du handicap psychique.

Par ailleurs, la constitution du dossier de demande à la MDPH commence par la fourniture d'un certificat médical : en l'absence de ce document, le dossier n'est pas ouvert. Nous nous interrogeons sur cette obligation qui place le handicap sous la coupe de la médecine. Sans doute s'agit-il d'un héritage de la conception historique de la notion de handicap, telle que nous l'avons abordé dans la première partie de ce chapitre, mais nous constatons, au quotidien, que chez la quasi-totalité des auteurs, le handicap est présenté comme la conséquence d'une affection que la médecine peut décrire, voire dont elle peut expliquer la provenance. Ainsi, la tétraplégie peut être expliquée par un accident, une fracture de la colonne vertébrale et une section de la moelle épinière. Une cécité peut être provoquée par un glaucome, une surdité par la congénitalité. Dans d'autres cas l'affection est constatée, sans qu'on puisse toujours en connaître l'origine, comme l'épilepsie, mais qui peut être traitée médicalement. Dans le cas de la déficience intellectuelle, hormis les cas de trisomie, de microcéphalie et autres, dans plus des trois-quarts des cas, le niveau intellectuel bas est constaté, voire mesuré, mais sans recherche d'une cause.

Concernant le handicap psychique, puisqu'il est communément admis qu'il est la conséquence durable d'une maladie mentale retentissant sur la capacité d'autonomie et d'adaptation à la vie sociale (Pivin, 2006), il semble légitime qu'il soit demandé un diagnostic médical de la maladie en cause. Nous rappelons par ailleurs que tout docteur en médecine peut établir un certificat médical, y compris de bonne santé mentale, ou encore de

diagnostic d'une maladie mentale. Nous voyons bien cependant sur le terrain combien les médecins généralistes sont en grande difficulté lorsque leur patient présente des troubles psychiques, avec quelle difficulté ils interviennent ne serait-ce que pour le renouvellement des ordonnances de psychotropes prescrits par des confrères psychiatres. Or c'est à eux qu'il est demandé de faire ce premier certificat médical. En effet, les MDPH ne peuvent pas exiger que le certificat initial soit établi par un médecin spécialiste, même si certaines, sans aucun fondement légal, le font. Et nous voyons bien poindre la difficulté majeure pour une personne en grande souffrance psychique, apragmatique ou aboulique, qui arrive à parler de ses difficultés à son médecin généraliste au point d'accepter de concevoir qu'elle pourrait relever de la « Maison des handicapés », s'il fallait qu'elle aille rencontrer un « médecin des fous ». Mais nous reconnaissons que les médecins de la MDPH, généralistes eux aussi, sans formation à la psychopathologie pour la plupart, sont bien en difficulté pour évaluer le handicap psychique d'une personne s'ils n'ont pas, dans le dossier, du patient, des éléments d'éclairage clinique.

Cependant, le diagnostic n'apporte rien quant aux conséquences singulières d'une pathologie sur la vie quotidienne du patient. Il est aussi parfois difficile de faire un diagnostic ferme dans le domaine psychiatrique, cela peut prendre plusieurs années ; cependant, même en l'absence de diagnostic, il est tout à fait possible de mesurer les déficiences, les incapacités et les limites réelles que la maladie engendre dans la vie quotidienne (Pivin, 2006). De plus, si la maladie mentale peut avoir des conséquences sociales qui constituent un handicap psychique, si elle entraîne une véritable atteinte - importante et durable - des capacités de la personne malade, il convient de ne pas négliger l'impact de son environnement et du regard social sur ses difficultés, ce qui va bien au-delà d'un diagnostic médical.

Pour notre part, nous irons encore plus loin, en affirmant que peu nous importe l'origine de la situation de handicap, qu'il y ait maladie ou non. Et nous montrerons dans la suite de cette recherche qu'il n'y a pas toujours de maladie à l'origine d'une situation de handicap d'origine psychique, et qu'il serait possible de se passer du diagnostic médical, exigé à l'entrée de la MDPH, si une équipe spécialisée établissait une évaluation de la situation de handicap.

Aujourd'hui, l'évaluation des besoins de la personne est faite par l'équipe pluridisciplinaire de la MDPH. Rappelons que l'attribution de la prestation de compensation est accordée par la CDAPH d'après le rapport de l'EP. Or cette évaluation des besoins se base sur la Classification Internationale des Maladies (CIM 10) de l'OMS qui « doit être considérée par l'expert comme un outil de base. Il s'y reportera pour la conformité de ses conclusions diagnostiques » indique la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA, 2013). Concernant les déficiences psychiques de l'adulte, le guide de la CNSA²⁹ à destination des MDPH précise que

« le diagnostic psychiatrique ne permet pas de mesurer les capacités d'une personne ou ses incapacités dans la vie familiale sociale ou professionnelle. Aussi l'expert s'attachera-t-il à compléter l'examen clinique qui le conduit au diagnostic par une évaluation psychosociale. ».

ce qui pose clairement l'intérêt d'un tel diagnostic médical. Mais il est demandé plus loin au « médecin expert » d'apprécier « globalement l'incapacité en fonction de l'ensemble des troubles psychiques présentés par le

²⁹ <http://www.cnsa.fr/documentation/CNSA-Technique-eligibilites-web-2.pdf>

sujet ». Ainsi, « l'évaluation psychosociale » - qui va permettre d'apprécier les difficultés de la personne et donc de préconiser des compensations - repose essentiellement sur un médecin. C'est en effet au médecin de l'EP de la MDPH, qualifié ici d' « expert », à partir d'un diagnostic posé par un confrère, qu'il est demandé de ne pas tenir compte uniquement dudit diagnostic, mais bien d'évaluer une incapacité, en fonction des « troubles psychiques », au moyen d'une « évaluation psychosociale ». La question se pose alors de savoir pourquoi cette tâche d'évaluation est confiée à un médecin : dans sa formation médicale, il n'a acquis aucune compétence psycho-sociale ; et il n'a aucune compétence particulière non plus pour manager une équipe pluriprofessionnelle dans une évaluation psychosociale. De plus, nous avons vu aussi plus haut, qu'en cas de recours auprès du TCI, ce sera encore à un médecin d'apprécier l'incapacité de la personne.

L'équipe pluridisciplinaire de la MDPH doit déterminer un taux d'incapacité des personnes qui lui adressent une demande, et donc, parmi elles, de celles qui présentent des troubles psychiques. Pour une personne dont les troubles psychiques constituent la pathologie principale qui justifie la demande, le taux d'incapacité ne peut être inférieur à 20 % : au-dessous de ce seuil, il s'agit de « troubles psychiatriques mineurs », de « variations de la normale ». Si la personne « présente des troubles psychiatriques » mais qui « restent compensés », qui « permettent une vie familiale et professionnelle assumée seule », alors le taux d'incapacité sera compris entre 20 et 45 %. Le taux attribué sera compris entre 50 et 75 % lorsque « l'affection psychiatrique nécessite un aménagement de la vie familiale et/ou professionnelle avec des sollicitations plus ou moins importantes de l'entourage ». Il sera de 80 à 95 % lorsque la personne « ne peut vivre en milieu ordinaire que grâce à une sollicitation importante de l'entourage » ou qu'une « faible et peu durable activité spontanée » est constatée.

Malgré ces recommandations de la CNSA, nous avons rencontré des personnes avec des taux d'incapacité de 49 % et de 79 % notamment, qui faisaient d'ailleurs réagir violemment les familles ou les personnes elles-mêmes, car ce taux les excluait de certains droits, à très peu de chose près, avec donc un sentiment d'injustice voire de persécution. Ces indications de la CNSA ont-elles pour objet d'éviter des réactions hostiles ? D'autre part, comment expliquer qu'il n'y ait pas de taux d'incapacité supérieurs à 95 % ? Il n'est nulle part indiqué de quels moyens l'EP doit disposer pour faire ces évaluations. Il est à noter aussi que, dans ce guide (indicatif, de la valeur juridique d'une circulaire, donc destiné aux fonctionnaires et non opposable en droit), il est toujours question de « troubles psychiatriques » ou d' « affection psychiatrique », alors que cette notion n'existe pas dans le guide barème (texte légal, lui). La CNSA influence ainsi l'interprétation des textes en donnant à la médecine une importance qui n'y apparaît pas légalement. Nous indiquons ici, qu'en cas de recours au Tribunal du contentieux de l'incapacité, seuls les textes législatifs seront pris en compte, ce qui peut expliquer certains rejets des décisions des MDPH. Ainsi, par exemple, des TCI octroient-ils des PCH « aide humaine » aux personnes handicapées psychiques, en désaccord avec la MDPH.

Le guide de la CNSA précise quelques éléments qui doivent être pris en compte pour l'évaluation du taux d'incapacité. Concernant le handicap psychique, de nombreux critères doivent être considérés ; le guide distingue des critères principaux - qui servent à déterminer un taux d'incapacité - et des critères secondaires - qui permettent une modulation des taux : le retentissement relationnel ; les hospitalisations (récentes, prolongées, répétées) ; l'âge du patient, l'ancienneté de la maladie ; le traitement -. Les déficiences sont à rechercher dans les actes élémentaires de la vie quotidienne de la personne, et énumérés : la toilette, l'habillement, les courses, la cuisine, les déplacements locaux ou sur un trajet connu ; nous comprenons donc pourquoi les PCH Aide humaine sont si restreintes concernant ce handicap.

Les principaux critères de déficience pris en compte sont les troubles de la volition, les troubles de la pensée, les troubles de la perception, les troubles de la communication, les troubles du comportement, les troubles de l'humeur, les troubles de la conscience et de la vigilance, les troubles intellectuels, les troubles de la vie émotionnelle et affective, et l'expression somatique des troubles psychiatriques. Ces troubles sont précisés plus loin. Ainsi, les *troubles de la volition* comprennent apragmatisme, négativisme, compulsions obsessionnelles, ambivalence, inhibition. Les *troubles de la pensée* (cours et contenu) comprennent idées obsessionnelles, fuite ou incohérence des idées, lenteur de la pensée, radotage, appauvrissement de la pensée et délire. Les troubles de la perception comprennent illusions, hallucinations et déréalisation. Les *troubles de la communication* (langage), outre l'aphasie traitée à part, comprennent les troubles de la forme, du contenu du langage et de l'expression gestuelle (logorrhée, préciosité, coq-à-l'âne, néologismes, écholalie, discordance, parasitisme, mimique, stéréotypies gestuelles ou déficitaires) et les troubles fonctionnels (bégaiement, mutisme, repli autistique). Les *troubles du comportement* comprennent agressivité, agitation, théâtralisme, automutilation, comportements phobiques, rites obsessionnels, instabilité, timidité. Les *troubles de l'humeur*, qui « ne doivent être pris en compte en matière d'incapacité que lorsqu'ils sont prolongés (durée supérieure à six mois) ou répétés (plus de trois accès par an) ». Les *troubles dépressifs* ou hypomaniaques légers ou équilibrés ou psychose maniaco-dépressive bien compensée compatible avec une vie quotidienne et socioprofessionnelle (taux : 20 à 45 %) ; les troubles de l'humeur : états d'excitation ou dépression franche sans signe mélancolique grave apportant cependant une perturbation notable de la vie professionnelle ; vie quotidienne conservée (taux : 50 à 75 %) ; l'état maniaque perturbant ou entravant la vie socioprofessionnelle : agitation psychomotrice, pouvant être dangereuse pour le sujet et son entourage, fuite des idées, insomnie grave ou état mélancolique : aboulie, douleur morale, auto-accusation, ralentissement psychomoteur, entravant la vie quotidienne (taux : 75 à 95 %). Les *troubles de la conscience et de la vigilance* hormis l'épilepsie traitée à part. Les troubles intellectuels séquellaires d'une affection mentale précoce : personnalité frustrée, éventuellement illettrisme, difficulté de conceptualisation et d'abstraction, cependant adaptation possible à la vie courante (taux : 20 à 45 %) ; l'insertion socioprofessionnelle possible en milieu ordinaire (emploi protégé ou aménagé) ; retard mental léger [QI entre 50 et 70] (taux : 50 à 75 %) ; retard mental moyen [QI entre 35 et 49] (taux : 80 à 90 %). Retard mental sévère ou profond, insertion socioprofessionnelle impossible, langage et autonomie nuls (taux : >95 %). Les *troubles intellectuels d'acquisition tardive* comprennent troubles de la mémoire, troubles de l'attention, troubles du jugement, du calcul mental, troubles de l'orientation temporelle et spatiale. Les *troubles de la vie émotionnelle et affective* comprennent anxiété, angoisse, indifférence affective, discordance affective, instabilité affective, troubles du caractère, immaturité affective, timidité. Les troubles modérés n'entravant pas la vie sociale et professionnelle (taux : 1 à 40 %) : anxiété permanente ou crises d'angoisse peu fréquentes, labilité émotionnelle, irritabilité, timidité, immaturité affective. Les troubles non compensés apportant une gêne importante à la vie socioprofessionnelle, maintien d'une vie quotidienne possible (taux : 50 à 75 %) : angoisse permanente ou crises de panique répétées ou importantes difficultés de contrôle émotionnel (notamment accès fréquents de colère inadaptes, éreutophobie invalidante), tendance à la discordance affective (rires immotivés), pauvreté des affects, doute permanent (folie du doute). Les troubles invalidants de l'affectivité ou entravant la vie quotidienne et socioprofessionnelle (taux : 80 à 90 %) ; les troubles affectifs majeurs ne permettant plus aucun contact avec la réalité (taux : 95 %). *L'expression somatique des troubles psychiatriques* : somatisation à type de plaintes subjectives sans retentissement

notable sur la vie quotidienne et professionnelle, somatisation systématisée importante perturbant la vie socioprofessionnelle et entraînant une demande répétée de soins. L'altération grave et invalidante de l'état général (par exemple amaigrissement très important) entravant la vie quotidienne (taux : 85 à 90 %) ; l'altération grave de l'état général mettant en jeu le pronostic vital (cachexie, escarres étendus, état grabataire) (taux : > 95 %).

Il doit aussi être tenu compte de critères secondaires qui permettent de moduler les taux à l'intérieur des fourchettes définies par les critères principaux. Sont pris en compte le retentissement relationnel sur la vie sociale et affective, les troubles pouvant être bien acceptés par l'entourage ou, à l'opposé, entraînant un isolement, une marginalisation ou une dépendance totale ; les relations avec le milieu professionnel, depuis la gêne au travail (mais le sujet est toléré par le milieu professionnel) à l'inaptitude à tout travail ; les hospitalisations, quand elles sont prolongées, fréquentes, répétées, peuvent constituer un indice de gravité. L'âge du patient et l'ancienneté de la maladie sont à apprécier selon les possibilités locales de prise en charge. Notons ces deux remarques :

*« Le retentissement des divers traitements et thérapies n'est pas toujours séparable de celui de la pathologie qui les justifient,
À prendre en compte lorsque cette thérapeutique entraîne une gêne à la vie quotidienne ou une régression ou des effets secondaires pour certains médicaments. ».*

Nous avons ainsi une nomenclature des *troubles psychiques* qui doivent être retenus pour l'appréciation du *handicap psychique*. Il n'est pas indiqué de quelle manière doit procéder l'évaluateur : nous constatons cependant sur le terrain que, lorsqu'une personne présente plusieurs troubles parmi ceux nommés ci-dessus, c'est le trouble le plus grave qui est retenu pour apprécier le taux d'incapacité, ce qui ne nous surprend pas. Encore que certains troubles puissent être plus visibles, plus bruyants que d'autres, et que l'évaluateur pourrait retenir celui qui est prépondérant et non celui qui est le plus incapacitant, soit en toute bonne foi par méconnaissance, soit par choix.

Si le taux d'incapacité de la personne handicapée est supérieur ou égal à 80 %, il lui ouvre le droit, sous conditions de ressources, à l'Allocation pour adulte handicapé. Si son taux d'incapacité déterminé par l'EP est situé entre 50 % et 80 %, la personne doit faire la preuve que son incapacité à accéder à un emploi résulte bien de ses déficiences : c'est ce qui est nommé la « Restriction substantielle et durable pour l'accès à l'emploi », déjà abordée plus haut. Les critères sont précisés : « [...] La restriction est substantielle lorsque le demandeur rencontre, du fait de son handicap même, des difficultés importantes d'accès à l'emploi. » Dans un contexte de travail très dégradé, comme celui dans lequel nous vivons ces dernières années, il est particulièrement difficile de montrer que l'impossibilité d'accès à l'emploi tient bien de la situation de handicap et non du contexte économique. L'EP prend en considération les éléments suivants : les déficiences à l'origine du handicap, les limitations d'activité résultant directement de ces déficiences, les contraintes liées au traitement et aux prises en charge thérapeutiques induits par le handicap, ainsi que les troubles qui peuvent aggraver ces déficiences et ces limitations d'activités. Par restriction durable, il faut entendre qu'elle est d'une durée prévisible d'au moins un an.

Nous rappelons que l'EP « mobilise les compétences nécessaires » pour faire « une évaluation globale de la personne » ; elle présente ensuite ses conclusions à la CDAPH qui, sauf pour le taux d'incapacité, prend les

décisions. Dans une annexe I du guide de la CNSA, qui concerne tous les handicaps, il est précisé les éléments d'appréciation de la RSDAE compte tenu du handicap. Les effets du handicap sur l'accès à l'emploi qui doivent être appréciés recouvrent à la fois des facteurs personnels et des facteurs d'origine extérieure à la personne. Parmi les facteurs personnels, il convient d'apprécier l'impact des déficiences et des limitations d'activité sur les possibilités d'accès à l'emploi. Dans ces limitations d'activité, outre celles en lien direct avec la pathologie, certaines peuvent avoir un impact particulier sur les possibilités d'accès à l'emploi : il s'agit des activités qui figurent dans le volet activités, capacités fonctionnelles (volet 6) du guide d'évaluation (GÉVA). Nous retrouvons les activités du domaine « mobilité, manipulation » : se déplacer ; celles du domaine « tâches et exigences générales, relation avec autrui » : s'orienter dans le temps, s'orienter dans l'espace, avoir des relations avec autrui conformes aux règles sociales ; celles du domaine « communication » : mener une conversation, utiliser des appareils et techniques de communication ; et celles du domaine « application des connaissances, apprentissage » : acquérir un savoir-faire, application d'un savoir-faire. Nous constatons cependant l'absence d'une « définition opérationnelle du handicap » (Hamonet, 2010). Nous rappelons qu'il n'est pas indiqué de quels moyens l'EP doit disposer pour faire cette évaluation globale, et que le guide donne une place centrale pour cette évaluation à un médecin dont, a priori, les compétences ne recouvrent pas ce champ d'expertise.

2.1.3. Les ESEHP

Six mois après la promulgation de la loi de février 2005, des associations qui œuvrent autour du handicap psychique, satisfaites de voir ce handicap reconnu, s'activent pour qu'une action de terrain puisse être effective. Le réseau GALAXIE (une association de 2003, dont l'objet est de regrouper dans un réseau les dix structures spécialisées dans le champ de l'insertion socioprofessionnelle de personnes souffrant de troubles psychiques) et l'UNAFAM (aujourd'hui Union nationale des familles et amis des malades et handicapés psychiques) éditent un guide intitulé *Équipe spécialisée d'évaluation du handicap psychique (E.S.E.H.P.), Cahier des charges*. Cet outil³⁰ doit permettre l'évaluation de la situation de handicap psychique. Il préconise la mise en place d'équipes spécialisées d'évaluation du handicap psychique (ESEHP) pour les cas les plus complexes, et il établit un cahier des charges pour ces équipes qui doivent apporter leur éclairage aux équipes pluridisciplinaires des MDPH. L'ESEHP est conçue pour venir en appui de l'EP de la MDPH. Le compte-rendu de son évaluation doit permettre, entre autres, à la MDPH de définir les droits de la personne en terme de reconnaissance et appréciation du handicap, d'appréciation du taux d'incapacité et de compensation proposée et d'un parcours ultérieur. Les prestations de l'ESEHP consistent en :

« 1. Une prestation de diagnostic psychosocial : expertise permettant l'objectivation des déficiences et des incapacités caractérisant la situation de désavantage social, permettant une orientation sociale et/ou professionnelle en terme d'aptitude ou d'inaptitude et déterminant l'orientation en milieu protégé ou milieu ordinaire ;

³⁰ http://www.unafam.org/IMG/pdf/2012_Etude_CReHPSy_Rapport_final_Galaxie_Decembre_2012.pdf

2. Une prestation d'évaluation des besoins au titre de la compensation du handicap : il s'agit de déterminer les aides techniques, les aides humaines individuelles ou collectives. [...] ».

Nous constatons, dans ce texte, que, concernant le handicap psychique, il n'est question que de personnes adultes. En témoigne la référence au point II (prestations) à une orientation sociale et/ou professionnelle en terme d'aptitude ou d'inaptitude, et déterminant l'orientation en milieu protégé ou milieu ordinaire, une référence à la loi du 10 juillet 1987 (sur l'obligation d'emploi de travailleurs handicapés dans les entreprises de plus de 20 salariés) et l'absence de référence aux parents des personnes handicapées psychiques. Cela ne nous étonne pas outre mesure, du fait que GALAXIE est un réseau national pour favoriser l'insertion socioprofessionnelle de personnes handicapées psychiques et que l'UNAFAM a été créée par des parents et amis d'adultes sortant d'hôpitaux psychiatriques (schizophrènes pour la plupart). Nous reviendrons plus loin sur la question du handicap psychique concernant les enfants et les adolescents. Dans une plaquette de présentation de son action, le Réseau Handicap Psychique de l'Isère (RÉHPI), créé en 2002, réseau santé financé par l'Agence régionale de santé de la région Rhône-Alpes, a mis en place une ESEHP ; il précise que le public concerné consiste en des « adultes en situation de handicap psychique ayant une demande d'insertion professionnelle (en milieu ordinaire ou protégé) ou de formation. ».

Nous aurons aussi noté que ce dispositif est réservé aux « cas complexes », sans qu'il soit mentionné quels sont les critères de détermination desdits cas. Nous notons encore que cette équipe spécialisée est chargée d'« apprécier » le taux d'incapacité. De plus, un rapide calcul nous permet de déterminer que trois personnes à temps plein font une centaine d'évaluation chaque année, soit $3 \times 152 \text{ heures} \times 10,5 \text{ mois} = 48 \text{ heures}$ par évaluation en moyenne, sur 2×5 semaines. Un tel investissement en heures ne pourrait pas actuellement être consacré au sein d'une EP d'une MDPH.

Concernant la composition de l'équipe spécialisée d'évaluation, le cahier des charges est très précis. Un « professionnel du champ sanitaire » est chargé de la détermination de l'expression de la maladie, l'évaluation de la perte d'autonomie, la faisabilité médicale et la validation des préconisations techniques. Un psychologue est chargé l'évaluation des incapacités et potentialités fonctionnelles, l'identification des atouts, contraintes et inadaptations du cadre de vie, la détermination des aides techniques nécessaires, la définition des agencements personnalisés et adaptés à la situation, l'élaboration d'un relevé des préconisations techniques et environnementales, et la faisabilité technique du projet. Un travailleur social est chargé de l'étude et l'analyse de la situation du demandeur dans sa globalité, l'évaluation des possibilités de maintien à domicile ou dans l'emploi, l'examen du projet de la personne handicapée et de ses besoins prioritaires (aide à l'expression du projet personnel, aide à la prise de décision) et de la faisabilité, et aussi de la concertation avec les différents intervenants familiaux et autres (s'ils existent). Un référent de l'ESEHP est garant de la pertinence du dispositif ; il coordonne les actions d'évaluation et d'expertise, il assure l'interface avec la CDCPH et les partenaires concernés. « Cette équipe représente, en moyenne, quatre équivalents temps plein pour la réalisation d'une centaine d'évaluations annuelle, sur un bassin de population de 400 000 personnes. »

Nous apprécions les détails de la composition de l'équipe, et les attributions de chacun de ses membres. Nous remarquons notamment la présence d'un psychologue, sans qu'il soit précisé cependant s'il s'agit d'un psychologue clinicien, d'un psychologue du travail ou d'un neuropsychologue. Ses outils ne sont pas non plus mentionnés.

Nous notons aussi la présence « nécessaire » d'un « professionnel du champ sanitaire », sans qu'il soit précisé s'il s'agit d'un psychiatre, d'un infirmier, d'un aide-soignant ou d'une auxiliaire de vie ; cependant la « faisabilité médicale » faisant partie de ses attributions, nous en déduisons qu'il doit s'agir d'un médecin. Ce professionnel étant chargé de « la détermination de l'expression de la maladie », nous ne pouvons que constater qu'il est ainsi supposé, à l'origine de ce handicap psychique, une « maladie ». Nous verrons que ces questions, qui émergent dans un texte très proche de la promulgation de la loi 2005-102, seront toujours présentes dans la plupart des documents de 2005 à 2016 que nous allons étudier dans la suite de cette recherche. Nous remarquons enfin dans ce petit document quelques caractéristiques du handicap psychique : « [...] ce handicap se caractérise par la variété de ses manifestations individuelles ainsi que par la variabilité de l'efficacité sociale et professionnelle dans la durée ».

À notre connaissance, une seule ESEHP continue à fonctionner en 2016, à savoir le réseau de santé RéHPSY, signalé plus haut, et aujourd'hui financé par l'ARS de Rhône-Alpes Auvergne et conventionné avec la Maison départementale de l'autonomie de l'Isère.

Nous serons conduits à reprendre cette idée d'ESEHP à la toute fin de notre recherche.

2.1.4. Le rapport Chossy

Nous avons déjà abordé précédemment ce rapport de 2011 sur le handicap. Ce rapport consacre un chapitre spécifique à l'autisme, au handicap psychique et au polyhandicap. Un point de ce chapitre, intitulé « *handicap ou maladie psychique* », indique que « La question peut encore se poser de savoir s'il s'agit d'un handicap ou d'une maladie et l'incompréhension du grand public est ainsi entretenue ».

Outre le fait que c'est la première fois que nous rencontrons l'appellation « maladie psychique », qui va faire florès - notamment à l'UNAFAM et à la Fondation de France -, il est question d'une « maladie envahissante et très lourdement handicapante » qui « appelle le soin », que la médecine va « prendre en charge » notamment par la médication ; cependant que la loi du 11 février 2005 reconnaît un handicap, lequel sera « pris en compte par le médico-social », et qui requiert « l'empathie, la compréhension, la patience ». Le rapport préconise de mieux communiquer pour « démystifier la maladie mentale » en sensibilisant le grand public, en informant les familles, l'entourage et la personne concernée, et en formant tous les intervenants. Il convient en effet de changer le regard de la société sur ce « handicap invisible, au premier coup d'œil » qui est entouré de crainte, de peur et de détresse.

Le rapport s'intéresse au « Plan psychique » demandé par l'UNAFAM. Ce plan rappellerait la nécessité d'un accompagnement spécifique de ce handicap du fait du déni de la pathologie par la personne et donc de son absence de demande. Il recommanderait un « espace » et un cadre juridique adaptés pour la psychiatrie. Il donnerait aussi une place importante aux tiers qui doivent se substituer aux personnes empêchées par la maladie, et demande une adaptation et une amélioration du cadre juridique existant, ainsi qu'une meilleure connaissance des textes légaux. Le rapport Chossy recommande, lui, une éducation du citoyen sur le handicap psychique, ainsi que les acteurs de première ligne (proches, médecins traitants, services publics), une meilleure gestion des urgences psychiatriques, un soutien des aidants, et des actions de prévention pour éviter le risque d'abandon des personnes handicapées psychiques. Il est précisé la nécessité de « logements accompagnés » pour ajuster les parcours médico-sociaux.

Le rapport Chossy fait aussi, en fin de rapport, des recommandations. Il convient de réactualiser ou de créer des plans d'actions spécifiques à chaque type de handicap, que ce soit l'autisme, le polyhandicap, le handicap psychique, le handicap sensoriel, cognitif, mental, etc. Concernant le chapitre *Autisme, handicap psychique et polyhandicap*, le rapport recommande une aide à la recherche dans le cadre de la prévention, du diagnostic, de la compensation, de l'accompagnement et des soins. Il recommande aussi « L'accès à tout pour tous ».

Concernant le logement, qui sera l'objet de la deuxième partie de cette thèse, une évolution des mentalités permet qu'il ne soit plus immédiatement envisagé de créer des structures spécialisées d'accueil et d'aide aux personnes handicapées, mais que celles-ci puissent bénéficier, dès que possible, de prestations dans un logement autonome. Nous voyons apparaître dans la cité des « logements accompagnés dans le diffus », c'est-à-dire des logements loués par des personnes handicapées accompagnées pour l'accès et le maintien dans lesdits logements. Une fois levée la vraie difficulté de la multiplicité des paramètres à intégrer pour satisfaire au logement d'une personne handicapée, selon la nature du handicap, son type et son degré, son rythme et son évolution prévisible, le bailleur n'a aucune raison de craindre de la loger ; il a au contraire la certitude qu'un accompagnement à domicile préviendra toutes les difficultés majeures. Cette intégration des personnes handicapées doit conduire à un changement des mentalités et à faire que les futurs bâtiments qui seront bâtis soient conçus comme pratiques, sûrs, confortables et utilisables par tous, y compris les personnes en situation de handicap, quel qu'il soit.

Pour Stiker (2009), le *trouble psychique* a pu entrer dans le domaine du handicap du fait de la réduction des symptômes, grâce aux médicaments psychotropes : une « réintégration sociale et professionnelle » est devenue possible. Parallèlement, les personnes peuvent avoir recours au *self-care* ; au sein de la médecine traditionnelle, il peut consister en un besoin d'un recours aux soins de très haute technicité, ou en de l'auto-soin ; il peut aussi revêtir la forme d'une adresse aux médecines douces, à des chercheurs marginaux ; il peut s'agir de recourir aux médecines parallèles, aux traitements administrés par des non-professionnels, qui peuvent relever de la religion, de l'irrationnel, de la superstition. Le « malade psychique » peut avoir un rapport particulier au temps, avec un rythme propre qu'il convient de respecter, une incapacité à anticiper, à vivre dans le présent immédiat.

Conclusion de la section 2.1

La situation de handicap d'origine psychique n'a reçu que récemment une reconnaissance, tout du moins en France, en 2005. Cette notion permet de sortir du modèle médical de la loi du 30 juin 1975, qui parle de *maladie psychique* mais pas de handicap.

Nous avons vu dans certains textes quelques caractérisations du handicap psychique que nous reprendrons dans la suite de cette recherche, notamment le *Rapport Charzat*. Nous avons aussi abordé l'évaluation de ce handicap spécifique, plus particulièrement avec les ESEHP, que nous retrouverons aussi.

Pour compléter notre approche, c'est par le biais du handicap psychique vu comme les conséquences d'une maladie mentale invalidante que nous allons aborder le handicap psychique.

2.2. Handicap psychique et maladie mentale

Nous avons pu aborder le handicap psychique qui semble être une particularité française.

« La notion de handicap psychique, quoique présente dans la terminologie des modèles internationaux de l'OMS, n'est qu'inégalement reprise dans la littérature internationale. Elle est ainsi absente de la littérature psychiatrique anglophone, c'est-à-dire essentiellement anglo-saxonne. » (Prouteau et coll., 2016, p. 126).

Pour compléter l'étude de cette notion de handicap psychique, nous allons étudier, dans cette section, ce qui est décrit comme des conséquences sociales de graves affections mentales invalidantes. Pour cela, nous reprendrons une étude historique des conceptions de la maladie mentale et de son traitement.

2.2.1. Sanitaire et médicosocial

Certains auteurs, pour décrire les caractéristiques et les besoins de la part de la population générale concernée par le handicap psychique, prennent appui sur l'enquête nationale française *Handicap-Santé-Ménages* de 2008-2009. Ils se heurtent immédiatement à une première difficulté : « l'absence de consensus sur la définition même du handicap psychique » (Roussel, Giordano et Cuenot, 2014).

Les catégories des limitations d'activités, de déficiences et de maladies ne se recouvrent que partiellement, pas seulement du fait d'un manque de fiabilité des données recueillies, mais d'abord parce que le vécu de la nature même du handicap et la dimension qualitative des déficiences ou limitations d'activité donnent des réponses discontinues. Les données relatives à la santé mentale ne correspondent pas exactement aux attentes relatives au handicap psychique.

Dans la loi de 1995, le législateur introduit trois entités qu'il semble distinguer : les fonctions mentales, cognitives et psychiques. Le rapport de 2014, d'une part se réfère au guide-barème - issu de la CIF -, où les troubles sont formulés en termes de déficiences ; d'autre part il utilise le champ de la maladie, plus précisément la CIM 10, en identifiant les « psychoses et notamment la schizophrénie », « les troubles dépressifs graves et notamment les troubles manico-dépressifs », « les troubles obsessionnels et compulsifs graves », en les considérant comme « les troubles à l'origine de handicap ». Le rapport inclut dans un premier temps aussi « l'autisme et les syndromes autistiques », « les syndromes frontaux, séquelles de traumatismes crâniens et de lésions cérébrales », « la maladie d'Alzheimer et les autres démences », qu'il finit par écarter car ils « font l'objet d'actions publiques spécifiques ».

Nous y voyons un triple mouvement : la mise à l'écart déjà constatée de l'autisme, des traumatismes crâniens et de l'épilepsie, non pas parce qu'il ne s'agirait pas de handicap psychique, mais du fait de financements et d'accompagnements plus spécifiques ; une référence à la CIF en référence aux limitations d'activité et restrictions de participation à la vie sociale et une autre à la CIM pour délimiter le groupe de population. Cette restriction du champ du handicap psychique correspond au point de vue de l'UNAFAM. Cette dualité de références – champs du handicap et de la maladie - a l'intérêt d'homogénéiser la population concernée. C'est

ainsi que les points de vue de l'UNAFAM et de la FNAPSY³¹ peuvent se rejoindre tant au niveau des caractéristiques individuelles que des besoins de la population ciblée.

Pour nous, cette limitation du champ du handicap psychique est artificielle, conjoncturelle. Le groupe concerné fait partie d'un ensemble plus vaste de la population en *situation de handicap d'origine psychique* (Shop)³². C'est la situation sociale de handicap qui nous préoccupe, quelle que soit son origine, qu'il y ait notamment maladie ou pas.

Le rapport de l'enquête nationale *handicap-santé-ménages* fait état de « environ 11,9 millions de personnes (dont environ 10,1 millions d'adultes de 20 ans et plus) » qui ont déclaré « connaître un trouble ou une difficulté susceptible d'être impliqué dans le handicap psychique ». Il ajoute que « la déclaration simultanée d'une déficience du domaine psychique et d'une des cinq pathologies évoquées (schizophrénie, autisme, anxiété chronique, dépression chronique, autre trouble psychique ou mental) » concerne environ un quart de ces personnes, quelles que soient les tranches d'âge étudiées.

Nous voyons ainsi que le fait de faire référence à la fois à la CIF et à la CIM divise par quatre la population a priori concernée par le handicap psychique. C'est pourquoi nous faisons le choix de ne pas prendre en compte l'origine de la situation de handicap d'origine psychique, mais de rechercher les signes manifestes du handicap dans une population qui n'est a priori pas concernée par la maladie mentale. Cependant, nous devons aussi nous appuyer sur les travaux concernant la frange de la population relevant à la fois de la CIF et de la CIM, car, dans les faits, à notre connaissance, ce sont les seuls.

La loi de 2005, qui a permis de mettre sur le devant de la scène le handicap psychique, a révélé des besoins en matière de logement et de l'autonomie de toute une frange de la population. Par ailleurs, il a été révélé, dans le champ sanitaire, 13 000 personnes hospitalisées en psychiatrie par défaut d'une solution d'accueil et d'accompagnement ; d'autre part, ce sont 26 000 enfants et 11 800 adultes présentant une déficience du psychisme qui ont été répertoriés dans les établissements et services médico-sociaux.

Le Plan psychiatrie et santé mentale (PPSM) 2005-2008 a tenté d'assurer la continuité des soins et de l'accompagnement des personnes souffrant de troubles psychiques, qu'ils relèvent du champ sanitaire ou de celui du médico-social. Ce plan national s'est traduit par le développement des dispositifs pour les enfants et adolescents, notamment des centres médico-psychopédagogiques (CMPP), des services d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD) et des instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques (ITEP). Il a aussi renforcé la montée en charge des services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH), le développement soutenu des places en foyers d'accueil médicalisé (FAM) et en maisons d'accueil spécialisées (MAS) pour adultes sévèrement handicapés psychiques. Ce plan a aussi mis en place des Consultations régionales consultatives de santé mentale (CRCSM).

Nous pouvons constater ici une certaine continuité entre les structures pour une prise en compte des personnes handicapées de l'enfance à l'âge adulte, des structures légères à des dispositifs médico-sociaux pour des publics plus déficients. Nous ne retrouvons cependant pas, aujourd'hui, sur le terrain, le sentiment d'une continuité des

³¹ Fédération nationale des patients et anciens patients de la psychiatrie

³² Le sigle est de nous

structures pour un accompagnement médicosocial des personnes handicapées psychiques : il persiste une frontière entre les établissements et services pour enfants et adolescents d'une part, et ceux pour adultes d'autre part. Cependant, nous pouvons penser que la juxtaposition de ses accompagnements a pu favoriser l'idée d'une certaine perméabilité entre les domaines sanitaires et médicosociaux.

Nous l'avons déjà indiqué, ce qui est appelé « le secteur médico-social » n'a pas d'existence juridique. Le Code de l'action sociale et des familles, depuis 1975, n'indique que « Le secteur social et médicosocial » ; il parle aussi de « l'action sociale ». Le secteur médicosocial désigne, depuis 1945, pour les personnes qui y travaillent, le secteur des personnes âgées et des personnes handicapées. Il n'est donc ni médical, ni social. Nous voyons fréquemment des collaborations entre les ITEP et les équipes de pédopsychiatrie ; nous connaissons aussi des MAS et des FAM qui accueillent des patients qui sortent d'hospitalisation psychiatriques. Si des patients de la psychiatrie deviennent des usagers d'établissements médico-sociaux, cela veut-il dire que tous les usagers des structures médico-sociales accueillant des personnes souffrant de troubles psychiques sont des malades mentaux ? Il semble que certains, avec un point de vue hospitalocentré, le pensent. La maladie mentale et le handicap psychique seraient superposables. Or, non seulement tous les handicapés psychiques ne sont pas des malades mentaux, mais tous les malades mentaux ne sont pas handicapés psychiques. Les champs sont connexes, mais ils ne se superposent pas. Cependant, nous ne saurions ignorer les liens étroits qui lient la maladie mentale et le handicap psychique, avec la réserve que le diagnostic (médical) ne présage pas du pronostic (d'inclusion sociale), et qu'ainsi la maladie mentale n'est pas superposable au handicap.

Pour Boulon et Gayton (2009), concernant les personnes en situation de handicap d'origine psychique avec des antécédents psychiatriques, compte tenu de la non-linéarité des évolutions de la pathologie mentale, la consolidation du handicap qui en découle est une notion relative. Le processus d'évolution est une caractéristique que doit prendre en compte tout processus d'évaluation du handicap. Toute évaluation du handicap psychique doit intégrer systématiquement les facteurs médicaux et sociaux. Handicap de situation, le handicap psychique s'exprime dans un environnement ; le processus d'évaluation doit donc être contextualisé. Ce qui semble valable pour les personnes handicapées par suite d'une maladie mentale pourrait-il aussi l'être pour toute personne handicapée en situation de handicap d'origine psychique, y compris sans maladie mentale avérée ?

2.2.2. Les troubles psychiques

Nous ne pouvons pas passer à côté de l'appellation « troubles psychiques » que nous rencontrons parfois dans certains écrits. Quel est le rapport entre ces troubles, la maladie et le handicap ?

Sarfaty (2009) affirme que « le handicap psychique ne se confond pas avec l'ensemble des troubles psychiques : il n'en est que l'une des catégories identifiées socialement ». Il indique que ce qui caractérise les troubles psychiques du handicap psychique ce sont « la grande dispersion dans le niveau de gravité des troubles » et aussi « une variabilité ou une intermittence », la « discontinuité » des troubles, les « ruptures fréquentes ».

Nous pouvons ainsi comprendre que les *troubles du comportement*, que nous entendons comme des manifestations plus intenses que les variations de la normale, lorsqu'ils ont les caractéristiques ci-dessus énumérées, se traduisent socialement par un handicap psychique.

2.2.3. Le traitement de la maladie mentale

Pour aborder le handicap psychique vu comme conséquence d'une pathologie mentale médicale, nous allons faire un détour par le traitement de la maladie mentale en France.

Nous allons avoir une première approche législative et historique du traitement de la maladie mentale en France, puis nous aborderons différentes appréhension des soins actuels.

a) La loi de 1838

La Loi de 1838, dite « Loi des aliénés », promulguée sous le règne de Louis-Philippe, organise en France, pour la première fois, l'enfermement des malades mentaux dangereux pour eux ou pour les autres ; elle précise le rôle des pouvoirs publics dans ce domaine. Elle a pour principal objectif de protéger le corps social contre les effets sociaux de la folie. Elle va régler durant plus de 150 ans le sort des malades mentaux. Elle est basée sur l'isolement du malade et sur un traitement imposé ; l'asile est supposé protéger la personne malade des dangers et des persécutions de son milieu. La loi de 1838 distingue les différents types d'internement (placements d'office, à la demande de tiers) et rend obligatoire le certificat médical. Elle prévoit les recours pour éviter les internements arbitraires. Elle donne aux aliénés un statut juridique et améliore les conditions d'internement des malades mentaux.

Elle n'a cependant pour objectif que de retirer de la vie publique les malades mentaux dangereux ; cette loi sur l'enfermement ne prévoit pas le retour de ces personnes dans la cité.

b) Saint-Alban

L'hôpital psychiatrique de Saint-Alban reste de nos jours une référence sur la conception du traitement psychiatrique, notamment pour certains praticiens de la FASM Croix-Marine.

Le château féodal de Saint-Alban sur Limagnole est transformé en hôpital psychiatrique pour femmes. En 1936, il compte 500 malades ; son directeur, Balvet, réforme l'établissement pour l'humaniser. Pendant l'occupation nazie, l'hôpital accueille les maquisards et les clandestins intellectuels, médecins et poètes. En janvier 1940, l'infirmier en psychiatrie espagnol Tosquelles, fuyant le régime franquiste, y est accueilli ; durant la deuxième guerre mondiale, sous son influence et celle du psychiatre communiste Bonnafé, naît à Saint-Alban l'idée d'une psychiatrie humaine issue de la rencontre de personnes qui finissent par oublier que l'une est un soignant et l'autre un patient. Face à l'horreur de la guerre, face à la mort, les masques tombent ; reste l'idée de cette rencontre entre deux humains, qui n'est pas sans nous rappeler l'engagement des aliénistes du XIX^{ème} siècle qui partageaient la vie des aliénés au sein même de l'asile. Au sein de l'hôpital psychiatrique, une nouvelle communauté peut vivre selon d'autres codes que la société de l'autre côté des murs. En 1942, au congrès de psychiatrie de Montpellier, Balvet et Tosquelles reprennent l'idée de Simon, psychiatre allemand de l'hôpital de Wartein – asile de Guttersloch - selon laquelle c'est la collectivité qui est malade, et donc l'institution psychiatrique qui en fait partie. L'asile a ainsi une fonction de protection de la personne qui a été

victime de la société qui l'a rendue malade mentale. En cette même année, Bonnafé évoque l'idée d'un « secteur de psychiatrie » ; la psychiatrie sortira des murs de l'hôpital. En 1945-1946 l'idée fait son chemin d'une psychiatrie « dans la cité » selon l'expression de Bonnafé, mais « nulle part » c'est-à-dire sans lieu dédié, aux formes évolutives pour répondre aux besoins actualisés de personnes en souffrance.

Cette utopie va se concrétiser dans ce qu'on appellera « le secteur ». La psychiatrie va prendre en compte la personne dans son environnement social, c'est-à-dire hors de l'hôpital.

c) La sectorisation psychiatrique

Au sortir de la Seconde guerre mondiale, la psychiatrie s'occupe non seulement de la maladie mentale, mais aussi des conséquences sociales de celle-ci. Une *réadaptation* se met en place ; elle débute au sein des hôpitaux, puis, dans les années 1950, dans la cité (Henckes, 2009). Petit à petit, des psychiatres ont élaboré le projet de sectorisation de la psychiatrie (Castel, 1981). Il allie un « mouvement idéologique de déshospitalisation des patients au renforcement de la prise en charge globale par la psychiatrie » (Giordano, 2016).

La circulaire gouvernementale du 15 mars 1960 reconnaît et promeut « la psychiatrie de secteur ». Elle reprend une pratique mise en œuvre depuis plusieurs années à Saint-Alban qui consiste à intervenir au domicile des patients de la psychiatrie, à la demande de la famille ou du médecin traitant. Cette circulaire indique que « [...] le principe essentiel de l'organisation de la lutte contre les maladies mentales doit être de maintenir les malades au plus près de leur milieu ordinaire de vie. » Chaque département est découpé en secteurs de psychiatrie adultes et en intersecteurs de psychiatrie infanto-juvénile. Des Centres médico-psychologiques (CMP) sont créés pour une psychiatrie ambulatoire de proximité. Le secteur a été voulu par les psychiatres comme un nouveau mode d'exercice de la psychiatrie en France, au plus près de la population pour une réponse rapide et adaptée aux besoins ; exemplaire dans sa proximité et sa réactivité, elle préfigure ce que sera l'ambulatoire pour le reste de la médecine. Aussi cette circulaire repose-t-elle sur deux principes :

- « 1. Tout malade mental a droit selon ses aptitudes à une vie familiale dans la cité, et sa prise en charge thérapeutique doit reposer sur la compétence des soignants et la collaboration active de l'entourage familial mais aussi administratif ;
2. Toutes les activités de prévention, dépistage et traitement à toutes les phases de déroulement de la maladie mentale doivent être le fait d'une même équipe soignante assurant la continuité des soins. À cet effet sont mises en place sur tout le territoire national des structures de sectorisation psychiatrique [...]. ».

Les structures extrahospitalières - les CMP - soignent les patients dans la cité et assurent aussi des actions de prévention et de postcure.

Notons en passant que dans cette circulaire, le terme de « santé mentale » est préféré à celui de « psychiatrie ». Nous reviendrons plus loin sur cette appellation.

Remarquons aussi que ce texte n'est qu'une circulaire ; en droit français elle n'a pas le caractère contraignant d'une loi, d'un décret ou d'un arrêté, c'est un texte destiné aux fonctionnaires, qui, habituellement, permet de préciser comment ils doivent mettre en œuvre ce que prévoit un texte législatif. Une circulaire n'est donc pas

opposable à qui que ce soit. Et pourtant, c'est en se référant à ce texte que de nombreux psychiatres lutteront durant des décennies pour tenter d'améliorer l'institution psychiatrique.

Nous constatons que cette psychiatrie de secteur a une vocation thérapeutique et non préventionniste. Si le constat est fait de l'apparition de maladies mentales au sein d'une communauté, et qu'il faille soigner les malades dans leur environnement, voire en associant les proches, il ne semble pas que le processus d'entrée dans la maladie mentale soit remis en question, que la société soit vue comme responsable de l'apparition de la pathologie mentale.

Weber (sociologue et anthropologue) affirme bien plus tard :

« C'est [avec les lois de 1975] que les personnes [handicapées] ont acquis des droits dans l'espace public. [...] Au contraire, les malades confinés au lit et les personnes souffrant de troubles psychiques restent largement invisibles socialement jusqu'à aujourd'hui. Les premiers sont maintenus dans cet état d'invisibilité par un défaut de technologies de compensation ou d'aides adaptées ; l'invisibilité des troubles psychiques, au contraire, est intrinsèquement liée à la nature des troubles, mais aussi à la crainte de la stigmatisation qui conduit les personnes concernées à ne pas dévoiler leur situation. » (Weber, 2011).

Nous constatons avec Weber, avec le recul de quelques décennies, que la psychiatrie de secteur ne semble pas avoir atteint ses objectifs. En effet, si les personnes malades mentales peuvent être prises en charge dans leur environnement social, ce dernier ne semble pas être devenu plus tolérant à leur égard.

d) L'antipsychiatrie

Une critique de l'hôpital psychiatrique va apparaître sous l'appellation « antipsychiatrie » dans plusieurs pays d'Europe, avec comme figures emblématiques Cooper et Laing en Angleterre, et Basaglia en Italie. Elle dénonce la violence de la psychiatrie comme outil de répression sociale de la folie. Elle s'appuie sur les travaux de la philosophie existentielle. En 1970, Cooper et Laing³³ considèrent la maladie mentale comme la réaction d'une personne à un environnement oppressif - intériorisation d'une situation familiale par exemple. Basaglia fait l'expérience radicale de la disparition de l'asile de Gorizia à Trieste et de la prise en charge des malades dans la cité (Loi 180)³⁴. Dans cette conception, la société non seulement semble être vue comme à l'origine des maladies mentales, mais elle est regardée comme une réaction de défense de la personne à une oppression sociale, comme révélateur de cette oppression, voire comme symptôme d'une maladie originaire de la société, le malade en étant perçu non seulement comme une conséquence mais comme une victime.

e) Les lois de 1975

Une partie des psychiatres a dénoncé sans relâche une certaine « démedicalisation des maladies mentales », vécue comme une façon de normaliser les troubles psychiques (Béliard et Eideliman, 2009). Ils se sont ainsi opposés à la politique de la loi de 1975 sur le handicap, pour diverses raisons : « sentiment d'être mis sous

³³ <http://colimasson.over-blog.com/article-psychiatrie-et-antipsychiatrie-1970-de-david-cooper-111732321.html>

³⁴ <http://www.arkhe-editions.com/le-texte-de-la-loi-180-en-italie-basaglia/>

tutelle des commissions d'orientation ; crainte de la dilution du secret professionnel ; conviction que l'assistance n'a de sens qu'au service du soin et à l'initiative des médecins ; place des familles, considérées comme pathogènes, trop importante dans le texte de loi » (Henckes, 2011).

Certains psychiatres allaient même jusqu'à craindre pour leurs patients « l'enfermement dans une catégorie non évolutive, le handicap étant souvent perçu comme un statut à vie » (Moreau, 2010). À leurs yeux, la loi en faveur des personnes handicapées faisait courir à leurs malades un risque d'enfermement dans un statut social d'exception, rappelant les « incurables » des asiles d'aliénés (Henckes, 2009). Au sein de la Fédération d'aide à la santé mentale Croix-Marine, certains psychiatres étaient, eux, favorables à la reconnaissance du handicap psychique ; il en était de même de la plupart des présidents des Commissions médicales d'établissements (CME) des Centres Hospitaliers Spécialisés (CHS) (Giordano, 2016).

Des psychiatres se sont aussi opposés à l'autre loi de 1975 sur les institutions sociales et médico-sociales. Celle-ci consacrait une rupture entre le sanitaire d'une part, et le social et médico-social d'autre part. Cela allait, pour eux, à l'encontre de l'esprit de la sectorisation psychiatrique, les déposédait du destin social de leurs patients au sein de la cité (Henckes, 2009).

f) La CIF

La CIH avait rompu la causalité maladie-handicap. L'aspect inéluctable du handicap a été, lui, grandement atténué par la CIF qui introduit des facteurs sociaux et environnementaux. De plus, le handicap est approché par l'OMS avec des valeurs humanistes auxquelles il est difficile de s'opposer ; c'est ainsi que l'affrontement théorique entre la psychiatrie et le secteur médico-social s'est en fin de compte affaibli (Roussel et Velche, 2011).

g) L'ordonnance Juppé

L'ordonnance Juppé de 1996 autorise à nouveau les hôpitaux à gérer des services médico-sociaux, ce qu'ils n'avaient plus le droit de faire depuis la loi de 1975 sur les institutions sociales et médico-sociales. « Certains psychiatres y ont vu une régression vers de nouveaux asiles, des lieux d'hébergement sans soin, pour des patients qui auraient dû, selon eux, bénéficier d'un soin sans limite de durée à l'hôpital. » (Giordano, 2016).

On le voit, quel que soit le sens que prend la législation, un litige subsiste entre l'hôpital psychiatrique et le secteur du handicap.

h) La charte de l'utilisateur en santé mentale

Il faut attendre le XXI^{ème} siècle pour qu'un texte vienne proclamer le droit d'une personne malade mentale à une réintégration dans la société civile après hospitalisation. En effet, c'est en décembre 2000 qu'en France la *Charte de l'utilisateur en santé mentale* est signée par la secrétaire d'état à la santé et aux handicapés, la présidente de la FNAPSY et le président de la Conférence des CME des CHS. Cette charte garantit les droits fondamentaux de l'utilisateur de la psychiatrie : respect de son intimité, de son courrier, du secret médical, etc. Une information adaptée, claire et loyale doit lui être apportée par les soignants auxquels il doit le respect. Elle liste les instances que le patient peut saisir en cas de dysfonctionnements ou pour faire des propositions d'amélioration des dispositifs de soins. « L'utilisateur en santé mentale est une personne qui ne se réduit pas à une maladie, mais souffre d'une maladie. ».

Nous notons qu'il y est clairement indiqué que les malades mentaux doivent bénéficier d'une intégration sociale, et si possible d'une réinsertion socioprofessionnelle par paliers qui respecte le rythme et l'adhésion du patient. Nous constatons l'apparition dans ce texte de l'idée d'un retour de la personne malade au sein de la société, sans qu'il soit évoqué la notion de guérison, ni même de consolidation, comme il est d'usage dans toutes les autres spécialités médicales.

Nous remarquons dans ce texte une confusion entre la santé et la maladie. Pour notre part, nous entendons par « santé mentale » l'état dans lequel se trouve une personne ordinaire non affectée par une maladie mentale, avec l'idée que la santé mentale, comme la santé physique, est à préserver et doit donc faire l'objet de prévention. Nous faisons référence à la médecine traditionnelle chinoise selon laquelle une personne va consulter le médecin afin qu'il la maintienne en bonne santé ; si elle est malade, alors le médecin fait une visite à domicile. Un médecin qui va souvent à domicile est donc considéré comme un mauvais médecin, car il n'arrive pas à maintenir ses patients en bonne santé, et il perd sa clientèle. Nous pouvons voir ici un des premiers modèles d'évaluation.

i) Le rapport Piel et Roelandt

En juillet 2001, le rapport Piel et Roelandt³⁵ est rendu public. Les auteurs, psychiatres, défendent une position ferme quant au désir d'en finir avec les concentrations hospitalières en psychiatrie.

S'appuyant sur l'expérience de l'hôpital d'Armentières (Nord), ils proposent une organisation territoriale afin de réaliser une articulation entre la psychiatrie et la communauté. Les auteurs parlent de la situation de personnes malades mentales qu'ils prennent en charge, du déclenchement de la maladie à la réinsertion sociale du malade, dans des dispositifs de droit commun. Ce rapport montre aussi que les psychiatres refusent qu'on enferme le malade mental dans un statut d'handicapé. Il y est aussi clairement indiqué la méconnaissance par la population de cet « handicap invisible ». Un grand rôle est préconisé aux usagers d'une part, aux élus locaux d'autre part - notamment aux Maires -. Le Plan de Santé Mental (PSM) de 2001 *L'usager au centre d'un dispositif à rénover*, s'inspire directement du rapport Piel et Roelandt.

Nous remarquons que ce rapport ne concerne que des personnes dont la maladie mentale est avérée. Les dispositifs mis en place consistent à redonner une place à la personne dans la société, malgré ses difficultés psychiques.

j) Le médicosocial

Pour désigner les modalités d'accueil des personnes malades stabilisées et qui quittent l'hôpital, de très nombreux praticiens de la psychiatrie souvent parlent du « social », qu'ils soient praticiens du secteur des enfants ou des adultes ; nous avons pu le constater à de nombreuses reprises sur le terrain, constamment depuis 2008. Ils semblent ainsi ignorer l'appellation « médico-social », qu'ils entendent comme « du médical et du social », par exemple pour un service la collaboration d'un médecin et d'une assistante sociale ; cependant les acteurs du médicosocial (handicap et personnes âgées) peuvent dire que le médico-social ce n'est « ni du médical, ni du social ».

³⁵ http://psydoc-fr.broca.inserm.fr/Professi/Rapports/Piel_Roelandt/default.html

Et cependant, il existe, depuis l'ordonnance Juppé d'avril 1996, un secteur médico-social à l'hôpital, créé à partir de la fermeture de lits d'hospitalisation : c'est ainsi que, pour la psychiatrie, des Foyers d'accueil médicalisés et des Maisons d'accueil spécialisées ont été ouverts, qui accueillent des patients sans grande autonomie, les MAS recevant des personnes plus dépendantes que celles des FAM. Les orientations vers les FAM et les MAS sont du ressort de la CDAPH : ainsi, pour quitter l'hôpital psychiatrique et intégrer un FAM ou une MAS, même si l'établissement est issu et dirigé par un centre hospitalier, la personne concernée, outre son statut de patient, obtient celui de « personne handicapée » ; comme ses déficiences sont d'ordre psychique, la personne est donc « handicapée psychique ».

Nous pouvons penser que cette vision hospitalocentrée du handicap psychique peut conduire à une méconnaissance d'autres personnes handicapées psychiques moins déficientes. Certains hôpitaux psychiatriques ont cependant ouvert aussi des établissements et services d'aide par le travail (ESAT) – nouvelle appellation des C.A.T. depuis 2005 - pour personnes handicapées psychiques, qui font travailler des personnes plus autonomes que celles accueillies en FAM ou MAS.

D'autres hôpitaux psychiatriques orientent leurs patients vers des structures sociales d'hébergement, soit autonomes, soit semi-autonomes, ou encore accompagné, du type des Appartements de coordination thérapeutiques (ACT) par exemple, avec une poursuite des soins. Le degré d'autonomie des personnes est considéré en dehors de leurs pathologies : alors que les patients peuvent continuer à bénéficier, lorsqu'ils existent, des soins en Centre médico-psychologique - qui est une modalité de psychiatrie de secteur -, concernant leur autonomie pour vivre dans leur logement, c'est la CDAPH qui est compétente, et elle peut accorder des suivis médico-sociaux comme l'intervention d'un SAVS ou d'un SAMSAH ; ces services sont financés sur le budget du Département (et aussi de l'assurance maladie pour le second).

k) La psychiatrie générale

Un référentiel de psychiatrie, paru en 2014, intègre la notion de *handicap psychique* (CNUP ; AESP ; CUNEA, 2014). Dans ce gros ouvrage coécrit par le Collège des universitaires en psychiatrie, le chapitre sur le handicap psychique commence, sous l'appellation « Définition OMS du handicap », par donner la définition française du « handicap » selon la loi 2005-102, ce qui nous paraît étrange. Dans l'énumération des fonctions altérées, « physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques », les deux derniers termes sont colorés : alors que l'énumération peut laisser penser qu'il s'agit de fonctions différentes, le fait d'en colorer deux les met en exergue, comme si elles étaient apparentées, mais les sépare de la précédente : nous avons vu précédemment que l'adjectif « psychique » a été volontairement ajouté justement pour distinguer un handicap spécifique, ce que semble ignorer le référentiel. Sur le terrain, nous constatons souvent que, dans le secteur sanitaire, s'il y a bien séparation du « handicap mental » et du « handicap psychique », les altérations du psychisme sont souvent réduites à celles des troubles cognitifs. Il s'agit, selon nous, d'une contestable soumission du psychisme aux fonctions cérébrales.

De fait, dès le point suivant, le référentiel différencie le handicap mental du handicap psychique, dans une conception déficitaire traditionnelle du handicap mental résultant d'un « déficit cognitif global entraînant une efficacité intellectuelle diminuée », et dans une description d'une « situation de handicap d'origine psychique » reliée à un « déficit cognitif spécifique » perturbant les activités et les relations sociales ; pour le handicap

psychique, il s'agit d'une « déficience dans la possibilité d'utiliser ses capacités cognitives ». Nous constatons que le psychisme est ici dissous dans le cognitif.

Plus loin, nous trouvons que « les déficiences correspondent au dysfonctionnement des structures anatomiques, elles incluent notamment les altérations cognitives ». Ces dernières s'évaluent donc par « des tests neuropsychologiques ». Exit la psychopathologie.

La « limitation d'activité » est définie comme « les difficultés qu'une personne peut rencontrer pour mener une activité, c'est-à-dire ce que la personne est capable de faire ou non de faire ». Dans la « restriction de participation », « il ne s'agit pas de ce que la personne est capable de faire ou pas, mais surtout de ce qu'elle fait réellement ou effectivement ». La « restriction de participation » désigne « les problèmes que la personne peut rencontrer pour participer à une situation de la vie réelle ». Elle ne peut s'évaluer que « de manière écologique, avec le sujet dans sa vie quotidienne ». Nous constatons que cet ouvrage médical a intégré l'évolution de la conception du handicap de l'OMS.

La « prise en charge des déficiences » ressort de la « remédiation cognitive », qui « s'apparente aux techniques de rééducation » et a pour objectifs de « diminuer les altérations cognitives » par un « entraînement des processus altérés » ou un « renforcement des processus préservés » afin de « compenser les altérations ». La remédiation nécessite en amont une « évaluation complète neuropsychologique ».

Le vocabulaire « prise en charge » reste employé dans le secteur sanitaire alors qu'il a été remplacé depuis la loi 2002-2 par « accompagnement » dans le secteur médicosocial. Il est toujours employé ici, notamment au moment où il s'agit de mettre en œuvre une thérapeutique qui, dans cet ouvrage, est du type d'une rééducation, c'est-à-dire selon une conception médicale traditionnelle du terme, à savoir une diminution des altérations. Ainsi, même si l'appellation « situation de handicap » est employée en amont, il est patent qu'il n'en est pas tenu compte dans l'approche du handicap, celui-ci restant centré sur les déficiences de la personne, alors qu'il est paradoxalement précisé que son évaluation doit être « écologique ». La prise en charge des restrictions de participation repose sur des « techniques de réadaptation » qui participent à la « réhabilitation psychosociale ». Ce passage confirme qu'il s'agit bien d'une prise en charge rééducative.

Les références bibliographiques en fin de chapitre sont uniquement composées d'un ouvrage de remédiation cognitive de la schizophrénie et d'un renvoi au site de l'UNAFAM. Cet ouvrage ne fait donc référence qu'à un courant de pensée, majoritaire dans le secteur sanitaire, d'une conception traditionnelle du handicap, conçu comme une conséquence d'altérations physiologiques ; il est cependant tenu compte des retentissements de ces altérations dans la vie quotidienne de la personne, celles-ci faisant alors l'objet d'une rééducation, selon le modèle médical de l'OMS.

Dans d'autres lieux, des références différentes au handicap psychique sont abordées par la psychiatrie ; elles concernent l'intégration professionnelle des personnes malades mentales. Dans ce domaine le « job coaching » a le vent en poupe. Il s'agit d'une méthode d'accompagnement des personnes handicapées psychiques au sein des entreprises. L'action consiste à désigner un accompagnement qui va faire le lien entre la personne concernée et l'entreprise pour permettre l'accès et le maintien dans l'emploi de la personne handicapée psychique.

l) La réadaptation

En psychiatrie, la *réadaptation* consiste à mettre en place des actions médicales, sociales et éducatives pour favoriser le retour des malades mentaux stabilisés dans leur environnement habituel, avec un niveau d'adaptation le meilleur possible. Cette réadaptation peut débuter durant les soins en hôpital de jour, en Centre thérapeutique à temps partiel (CATTP), en foyer de postcure, et se poursuivre en appartements thérapeutiques, placements familiaux, et tout lieu ordinaire de socialisation.

Des psychiatres comme Veil et Pélicier ont été des précurseurs de la réadaptation psychiatrique, suivis par Chapiro et Durand, en tant que démarche d'hygiène sociale ou de psychiatrie sociale, visant l'intégration sociale des malades mentaux par des actions de santé, la mise en place des secteurs psychiatriques, l'utilisation de l'ergothérapie, « favorisant une approche handicapologique », même si la notion de handicap rencontre encore aujourd'hui beaucoup de méfiance de la part leurs confrères (Hamonet, 2010).

En anglais, réadaptation se dit *rehabilitation*.

m) La réhabilitation psychiatrique

La *réhabilitation* est « un service parmi d'autres services dans un système d'organisation des soins et de la réadaptation en psychiatrie. » Le processus de réhabilitation psychiatrique aide la personne à progresser par « un ensemble de phases et d'activités » ; il vise la « réinsertion » du malade stabilisé « dans sa communauté ». Il s'adresse à des personnes « avec une incapacité psychiatrique sévère et persistante » ; leur « handicap psychique » fait référence « aux limitations et aux restrictions de la participation » à la vie socioprofessionnelle » (Deleu, 2012).

L'argumentaire du congrès *Reh@b 2016*³⁶ indique que « La réhabilitation, c'est un ensemble d'outils, de techniques, de démarches, de parcours organisés. Une organisation, une offre de ressources, proposée par des professionnels, à l'écoute respectueuse des usagers. Mais c'est aussi, pourquoi ne pas le dire, autant qu'un soin, un militantisme ».

n) La réhabilitation psychosociale

La *Réhabilitation psychosociale* est née aux États unis d'Amérique (USA) après la seconde guerre mondiale. Elle consiste en une alternative sociale au modèle médical dominant dans le traitement des pathologies psychiatriques. Elle mise sur les forces de la personne plutôt que sur l'évolution de sa maladie pour faciliter son autonomie au sein de la société. Ce mouvement international prend son essor dans les années 1980, suite au mouvement de désinstitutionalisation qui, fermant brutalement les lits de la psychiatrie, laisse à l'abandon, dans leur famille ou à la rue, un grand nombre de personnes souffrant de pathologies psychiatriques lourdes. L'Association mondiale de réhabilitation psychosociale (AMPR) énonce les principaux objectifs et les grands axes de la réhabilitation : la réduction des symptômes de la maladie mentale et des éventuels effets secondaires des traitements médicamenteux ; le développement des compétences sociales ; le travail d'information et de lutte contre la

³⁶ <http://www.rehabilite.fr/p/congres-paris-2016.html>

discrimination dont sont victimes les personnes souffrant de troubles mentaux ; l'organisation des actions autour de la place centrale de l'usager ; et l'accompagnement des familles et des proches.³⁷

La réhabilitation psychosociale peut se définir comme l'ensemble des actions mises en œuvre pour promouvoir l'autonomie et l'indépendance des personnes souffrant de troubles psychiques, au sein de la communauté. Il s'agit d'offrir des services à la personne, à la carte, dans son environnement, en associant les soins médicaux et l'accompagnement social, de manière coordonnée. Les personnes ne sont pas considérées comme « malades », mais comme des « citoyens à part entière ». Il convient de leur donner une place pleine et entière au sein de l'espace social, de promouvoir le plein exercice de leurs droits, de faire valoir ces droits et de proposer des espaces de mise en œuvre effective de ceux-ci au quotidien. La réhabilitation psychosociale constitue aujourd'hui un des lieux de réflexion en matière de politique de santé mentale. Elle propose des techniques spécifiques d'accompagnement de personnes souffrant de pathologies mentales sévères. Le Comité français pour la réhabilitation psychosociale (C.F.R.P.) a été créé en juin 1996.

Pour Giraud-Baro (2016), la réhabilitation psychosociale complète les soins psychiatriques. Elle doit intervenir le plus tôt possible dans le parcours de soins afin de limiter la constitution du handicap psychique. Elle consiste en une évaluation des capacités fonctionnelles, la mise en œuvre d'un plan de traitement et d'intervention, une éducation thérapeutique de la personne et de son entourage et de remédiation cognitive.

« Les interventions de remédiation cognitive prennent une place pivot dans la pratique de la réhabilitation : la plupart de ces interventions impliquent les processus cognitifs nécessaires, par exemple, à l'apprentissage, à la résolution de problèmes, à la conscience de soi et d'autrui. Les interventions de remédiation cognitive visent les cognitions « froides » : attention, concentration, mémoire et fonctions exécutives, mais également la cognition sociale. » (p. 252).

Pour favoriser une bonne adaptation du patient à la vie sociale, celui-ci est aidé, au sein de l'hôpital, dans la résolution de problèmes par un entraînement aux habiletés sociales. Les outils utilisés doivent permettre une transposition dans la vie réelle. Pour une aide à la gestion des symptômes, du stress, pour le renforcement de l'estime de soi, des thérapies cognitivocomportementales sont mises en place ; elles permettent aussi le renforcement de l'estime de soi, l'affirmation de soi, la métacognition et le soutien de la dynamique de projet.

Le parcours de réhabilitation se décline dans des programmes tels que le *Housing first* (inclusion sociale par le logement), *Place and Train* (inclusion sociale par la mise au travail). La référence de parcours, ou gestion de cas, ou *case management*, en coordonnant les différents acteurs du plan d'aide, permet une amélioration du fonctionnement social et donc une limitation du handicap psychique.

o) Le rétablissement

En anglais, le terme *recovery* pourrait être traduit par guérison, rétablissement ou recouvrement de la santé. Le mouvement *Recovery* a vu le jour aux États-Unis dans les années 1990. Il dénonce l'idée qu'une personne malade mentale est condamnée à le rester toute sa vie ; il revendique au contraire la possibilité de se rétablir des maladies psychiques.

³⁷ <http://www.wapr.org/>

Le rétablissement laisse à penser que les personnes malades mentales ont un « devenir favorable ». Il y a une possibilité de « dépassement de la maladie et du handicap, par le réengagement dans une vie active et sociale, la restauration d'un sentiment de contrôle ou de reprise en main de leur existence, sans pour cela attendre une rémission clinique complète de la maladie. » (Pachoud et Plagnol, 2016). Le handicap est une « situation provisoire », elle peut être transformée, il est possible de s'en dégager.

Plus, l'objectif prioritaire n'est pas le soin, mais les pratiques de soutien et le rétablissement. Le but premier n'est pas la réduction des troubles, mais le soutien à la démarche de progression vers le rétablissement.

Le rétablissement s'est inspiré des mouvements de lutte pour les droits civiques, mais aussi de l'exemple de groupes d'entraide pour sortir de l'addiction (Shepherd et coll., 2008). Les personnes concernées ne veulent plus n'être que des malades ; elles veulent être reconnues comme des personnes avec un devenir ; finies la chronicité, la présumée incurabilité et la stigmatisation.

Concernant le rétablissement, dans la plupart des études, il s'agit de schizophrénie (Pachoud et Plagnol, 2016). Cependant on trouve aussi des textes qui indiquent un rétablissement du handicap : il s'agit de se dégager des conséquences désastreuses de la maladie mentale et donc, en fin de compte, du handicap.

Le rétablissement fait appel à l'*empowerment*, la prise en main de sa propre vie. Il permet la reprise d'activités et le rétablissement de liens avec les autres. Le rétablissement doit permettre à la personne de gérer elle-même ses troubles psychiques. Le rétablissement permet à la personne un engagement dans des rôles sociaux valorisés selon son désir (Slade, 2013).

Il s'agit d'une approche globale – holistique - du bien-être, construite à partir des forces de l'individu (Davidson et coll., 2008). Le rétablissement et le handicap psychique apparaissent comme deux pôles opposés : le premier évite le second (Lieberman, 2008). Ce sont deux processus qui s'affrontent.

2.2.4. La santé mentale

Nous avons été amenés, dans le cours de cette recherche, à faire référence aux Plans de santé mentale. Nous allons donc revenir sur la notion de santé mentale.

Dans le *Plan psychiatrie et santé mentale 2001-2015*, le Ministère de la santé et le Ministère chargé des solidarités indiquent que la *santé mentale* comporte trois dimensions : la santé mentale positive, la détresse psychologique réactionnelle et les troubles psychiatriques. La *santé mentale positive* vise à améliorer l'épanouissement de la personne, c'est une discipline qui vise donc les déterminants de santé. La *détresse psychologique réactionnelle* renvoie aux difficultés existentielles et aux situations éprouvantes. Les *troubles psychiatriques* correspondent à des troubles de durée variable, plus ou moins sévères et handicapants ; ils demandent des thérapeutiques ciblées répondant à des critères déterminés par les classifications diagnostiques. Cependant, avec l'OMS, nous pouvons avoir une vision beaucoup plus large de la santé mentale. En effet, la Constitution de l'OMS définit la santé comme suit : « La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ». Ainsi la santé n'est pas qu'une absence de maladie.

Nous pouvons aussi considérer que la santé mentale est une des composantes de la santé. La santé mentale n'est alors pas seulement l'absence de maladie mentale. C'est, pour l'OMS, « un état de bien-être dans lequel

une personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et contribuer à la vie de sa communauté »³⁸.

Pour la sociologue Demailly (2012), il existe aussi deux acceptions habituelles du terme santé mentale. Tout d'abord, l'expression renvoie à « être en bonne santé sur le plan mental ». Puis c'est aussi le domaine des « soins apportés à la personne », soins psychiatriques ou non.

Elle indique aussi l'apparition récente de *souffrance psychique* : avec lui, la santé mentale n'est plus référencée seulement aux maladies mentales, mais elle s'ouvre aux troubles psychiques au sens large, y compris à la dépression.

Conclusion de la section 2.2

Les maladies mentales graves et invalidantes conduisent certains patients à se trouver en situation de handicap psychique. Le traitement de la maladie mentale a considérablement évolué depuis deux siècles. Parallèlement, la notion de handicap s'est développée. L'accompagnement des personnes en situation de handicap a permis qu'elles puissent être considérées comme des usagers de services sociaux et médicosociaux. Ainsi, nous avons vu apparaître la notion d'usager de la santé mentale, avec une participation de plus en plus importante de la personne dans son parcours de soins. Le champ de la santé mentale s'est ouvert aux troubles psychiques, et même à la souffrance psychique. Dans le champ du travail, on peut se demander si elle inclut cependant aussi les Risques psycho-sociaux (RPS) en entreprise.

³⁸ <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/fr/>

Conclusion du chapitre 2

La réhabilitation psycho-sociale semble bien avancée en Suisse : il existe de nombreux lieux d'accueil et de rencontre impliquant les habitants de quartier, comme la fondation Trajet à Genève, ou l'Institut maïeutique de Lausanne, ou encore le Groupe d'accueil et d'action psychiatrique (GRAP) dont les congrès attirent de nombreux professionnels.

La recherche concernant le handicap psychique, comme conséquence d'une maladie mentale, notamment la schizophrénie, se développe, aussi bien en psychiatrie qu'en sociologie, mais bien peu en psychologie. Ces travaux sont majoritairement anglosaxons et, dans la plupart du temps, ne recourent pas au concept de handicap (et donc de handicap psychique), ni même ne le mentionnent. C'est le cas des recherches portant sur les conséquences fonctionnelles des troubles mentaux sévères, dont celles sur le plan de la vie sociale (*social outcome* ; Smith, 2000 ; Ridway, 2001 ; Addington et coll., 2003).

En France, c'est en sociologie que l'intégration professionnelle de malades psychiatriques est aussi largement traitée. Ainsi, par exemple, la chaire « Handicap psychique et décision pour autrui » de l'EHESP³⁹ est dirigée par Weber (anthropologue et sociologue) et son équipe comporte de nombreux sociologues mais aucun psychologue⁴⁰.

³⁹ École des hautes études en santé publique, à Rennes

⁴⁰ <http://www.ehesp.fr/recherche/organisation-de-la-recherche/les-chaire/chaire-handicap-psychique-et-decision-pour-autrui/>;

Conclusion de la première partie

Cette première partie nous a permis de défricher le champ du handicap psychique.

Nous sommes partis du concept de handicap en général, puis nous avons cherché les différentes manières d'aborder le handicap, avant de passer à la notion de handicap psychique en particulier, et de terminer par un abord plus traditionnel du handicap psychique par le biais de la maladie mentale.

Dans le premier chapitre, nous avons d'abord parcouru le champ du handicap en général, d'abord en allant chercher l'origine et l'historique de cette notion, puis en développant quelques aspects concernant la prise en compte du handicap. Nous nous sommes attardés davantage sur le concept de handicap à partir des écrits d'instances internationales, européennes et françaises. Nous garderons en mémoire les nomenclatures de la CIH et de la CIF que nous retrouverons dans la troisième partie.

Nous nous sommes attardés sur quelques instances mises en place par la loi 2005-102, et notamment la MDPH, en décrivant son fonctionnement et ses outils. Nous avons élargi notre champ aux personnes vulnérables qui inclut les personnes handicapées. Enfin nous avons étudié le PPH.

Le second chapitre a permis un recentrage de notre recherche sur le handicap psychique. Le handicap psychique étant une particularité nationale, nous avons débuté son abord par la France. Nous avons repris certains des textes de la partie précédente, pour reprendre les aspects singuliers de ce handicap ; nous retiendrons, dans le guide-barème qui sert à évaluer le taux d'incapacité et le Géva qui permet l'attribution de la PCH, la description des déficiences particulières du handicap psychique. Pour notre part, nous avons noté trois composantes du handicap psychique : la procrastination, l'apragmatisme et l'aboulie.

Nous sommes revenus sur le fonctionnement de la MDPH et nous avons montré que, dans tous les moments de l'évaluation du handicap et des besoins de compensation, un médecin était en place déterminante, bien que ses compétences n'incluent pas, a priori, une connaissance du handicap psychique.

Nous avons rappelé l'étude concernant les ESEHP. Pour terminer, nous avons évoqué le handicap psychique hors de France, et constaté que cette notion n'était pas partagée par les autres pays. Nous avons voulu ensuite explorer les travaux, généralement anglosaxons, qui abordent le handicap psychique par la maladie mentale, notamment la schizophrénie.

Nous avons établi un bref historique de la prise en charge de la maladie mentale en France, puis nous avons repris les orientations et les outils qui sont encore utilisés aujourd'hui dans l'insertion sociale des malades mentaux, et retenu la réadaptation, la réhabilitation et le rétablissement. Puis nous avons ouvert le sujet à la notion de santé mentale. Enfin, nous avons abordé la recherche en sciences humaines.

À l'issue de cette première partie, nous pouvons savoir de quoi il est question quand on aborde le handicap psychique : son inclusion dans le concept de handicap en général, dans celui de la vulnérabilité aussi, ses connexions avec la maladie mentale (ou maladie psychique, cette nouvelle appellation semblant s'imposer petit à petit). Nous avons une première description de ce que recouvre ce handicap singulier, tout du moins dans ses aspects officiels, et de la manière dont il peut être abordé par la psychiatrie.

Nous avons remarqué l'omniprésence de la médecine dans la détermination du handicap, dans son évaluation et dans les soins, ce qui nous interroge.

Nous constatons, en effet, que la situation de handicap d'origine psychique (Shop) est une situation sociale singulière d'une personne souffrant psychologiquement, et dont les caractéristiques peuvent être déterminées par une équipe pluriprofessionnelle spécialisée (ESEHP) sans qu'il soit nécessaire de faire appel à la médecine.

La maladie mentale peut être considérée comme une situation dégradée d'une Shop ; le déclenchement de la maladie a des causes multiples, dont l'environnement de la personne.

Enfin, nous regrettons le désintérêt global des psychologues pour le handicap psychique.

Deuxième partie

Dans la première partie de cette recherche, nous avons cerné ce qu'est la situation de handicap d'origine psychique (Shop). Nous avons montré que, la plupart du temps, le handicap psychique est décrit comme la conséquence d'une maladie mentale.

Ce n'est pas le point de vue de l'association ADGESTI⁴¹. Cette association, créée en 1982, gère des établissements et services pour le soutien social et médico-social de personnes en souffrance psychique. Parmi ces dernières, la plupart sont des personnes en situation de handicap d'origine psychique ; en leur sein, certaines ne semblent souffrir d'aucune pathologie mentale.

Dans cette deuxième partie, nous allons étudier le travail à domicile de psychologues cliniciens de l'ADGESTI, auprès de personnes en grande difficulté sociale, notamment dans leurs rapports avec leur bailleur. Nous montrerons qu'en-deçà de leur vulnérabilité sociale apparaît une fragilité psychologique, et qu'elles sont dans une situation de handicap d'origine psychique mais sans pathologie mentale avérée.

Cette partie comprend les quatre chapitres suivants :

- 1. Des personnes en difficulté dans leur logement** : nous allons connaître le contexte des expulsions locatives, risque majeur pour des personnes vulnérables.
- 2. Des personnes en situation de handicap d'origine psychique** : nous allons aller à la rencontre de personnes en difficulté dans leur logement et qui échappent aux dispositifs de droit commun du fait d'une problématique psychique particulière ; nous retiendrons six vignettes cliniques.
- 3. Les psychologues** : nous étudierons le travail des psychologues cliniciennes auprès des personnes en difficulté au sein de leur logement.
- 4. La Médiation logement** : nous allons étudier un dispositif innovant qui permet d'éviter l'expulsion de personnes en situation de handicap d'origine psychique.

⁴¹ Association de gestion de structures intermédiaires, www.adgesti.fr

1. Des personnes en difficulté dans leur logement

Dans ce premier chapitre de cette deuxième partie, nous allons nous pencher sur les expulsions locatives, car c'est le risque que rencontrent les personnes que nous allons suivre au moment où elles sont aidées.

Les expulsions sont un phénomène social relativement récent. La plupart du temps ce sont des moments dramatiques pour les ménages qui sont déjà dans une grande détresse sociale. Nous verrons ensuite les mesures qui ont été mises en place par les autorités publiques pour prévenir les expulsions locatives. En effet, dans le cadre de la protection de la population, les autorités étatiques et départementales ont mis en place des mesures pour éviter cette mesure extrême.

Cependant, ces mesures ont leurs limites, certaines personnes les plus fragiles ne bénéficient pas des soutiens et aux aides auxquels elles pourraient prétendre, « passent à travers les mailles du filet ».

Le contexte

Les bailleurs sociaux sont aux premières loges pour constater que certaines personnes ne vont pas bien.

C'est au gardien d'immeuble, en premier lieu, que les locataires vont se plaindre de troubles du voisinage (bruits, odeurs), de comportements étranges d'un voisin (non politesse, incivilités), voire de signes cliniques psychopathologiques (un voisin parle seul, menace, crie la nuit, etc.). Les responsables de site, lorsqu'ils animent une réunion avec les gardiens, entendent ces remarques, plaintes, récriminations et les font remonter à leur hiérarchie. Toute plainte des voisins est notée dans le dossier du locataire concerné, et gardé de nombreuses années. Des mises en garde, des mises en demeure sont adressées aux locataires dérangeants et récidivistes ; lorsque les troubles sont importants, le locataire fautif peut être expulsé.

Souvent les gardiens d'immeuble tentent de venir en aide aux locataires. Ils calment les plaignants et tentent d'apporter une aide à ceux qui semblent en souffrance. Ils apprennent à distinguer ceux qui gênent de par leurs troubles psychiques de ceux qui ne tiennent pas compte de leur voisinage pour mener leur vie égoïste. Le comportement de repli de certains locataires peut aussi attirer l'attention du gardien d'immeuble. Il peut alors avoir une propension à lui venir en aide ; certains peuvent s'impliquer personnellement assez loin dans une tentative d'atténuer les souffrances d'un locataire.

Les gardiens découvrent parfois des locataires qui vivent dans le repli sur soi, qui semblent beaucoup souffrir, et qui ne se plaignent pas. Ils ne semblent pas avoir conscience de leurs difficultés ; ils paraissent ne pas se rendre compte de l'anormalité de ce qu'ils vivent. Et de ce fait, ils ne demandent aucune aide. C'est l'empathie d'un gardien ou d'un voisin attentif qui va leur être salutaire. Dans les groupes d'Analyse de la pratique, les gardiens rapportent au psychologue de nombreux cas de ce type. Il s'agit de personnes qui sortent peu de leur logement, n'ont que peu de vie sociale, n'ont jamais de visites, ne fréquentent pas leurs voisins, ne créent pas de liens dans leur quartier, ne fréquentent aucun lieu de socialisation, ne sont pas connus des travailleurs sociaux. Ils ne formulent aucune demande. Et cependant quelques proches ont le sentiment qu'ils ne vont pas bien ; encore que souvent ces personnes en souffrance psychique passent complètement inaperçues.

Il faut qu'un évènement intervienne pour que quelqu'un se pose des questions : ces personnes peuvent ne plus ouvrir leur courrier - et ainsi perdre leurs droits -, ne plus avoir de revenus, se faire couper l'électricité, l'eau et survivre sans manifester quoi que ce soit.

Parfois l'évènement qui va déclencher une intervention de la part de la société est une menace d'expulsion du fait de l'interruption du paiement du loyer. Lorsque le bailleur ne perçoit plus de loyer et ne parvient pas à entrer en contact avec le locataire, il peut lancer une procédure d'expulsion pour le motif de « ne pas avoir exécuté ses obligations de locataire ». Si la procédure va jusqu'à son terme, le ménage – au sens large, personne seule ou famille - se retrouve à la rue.

Les organismes du secteur de l'action sociale qui s'occupent des personnes à la rue citent de nombreuses personnes qui ont une vie sociale « normale » et qui, pour des raisons diverses, ont été expulsées et vivent à la rue, sans forcément se plaindre de leur sort, racontant leur aventure sans affects et ne demandant rien d'autre que de pouvoir manger et avoir chaud. On apprend que ces personnes peuvent avoir eu un travail, une vie familiale, un logement, un pouvoir d'achat et qu'elles ont tout perdu du fait d'un évènement : une perte d'emploi, l'éloignement du conjoint, le décès d'un parent, une maladie physique chronique, un emprisonnement, etc. Certains restent à la rue, d'autres sollicitent le 115⁴² pour obtenir un abri, voire un hébergement. Certains se clochardisent rapidement ; on voit leur état physique se détériorer à très grande vitesse, et leur espérance de vie diminue considérablement.

L'ADGESTI est une association départementale qui gère des établissements et services à destination de personnes adultes en situation de handicap d'origine psychique.

Le SAMSAH de l'ADGESTI a obtenu du Conseil général de la Sarthe, dans le cadre du schéma départemental des personnes handicapées 2008-2012, d'intervenir auprès de personnes en amont de la reconnaissance d'un handicap par la MDPH. Cette démarche dite « d'anticipation », s'appuie sur la réalité de la difficulté pour certaines personnes de formuler une demande et sur le rapport Couty⁴³ selon lequel « dans de nombreux cas, les malades mentaux n'ont pas [...] conscience de leur maladie », même s'ils perçoivent leur souffrance. Il ajoute qu'une « forme spontanée de compensation des dysfonctionnements » chez les personnes concernées conduit à une invisibilité de ce public, alors que cette compensation d'un état de santé dégradé reste très fragile et peut s'effondrer à tout moment. La plupart du temps, la problématique sous-jacente ne se révèle que dans des « manifestations les plus périphériques », dans des difficultés de prise d'initiative par exemple, des difficultés relationnelles. La démarche d'approche du personnel du SAMSAH est qualifiée d' « approvisionnement mutuel », et il est indiqué qu'elle nécessite du temps : il convient de repérer et de respecter les « rythmes de la disponibilité de la personne ». Le travail face à une personne dans la non-demande consiste en une démarche d'accompagnement qui fasse émerger des besoins et qui favorise l'expression de demandes. Les conditions de vie de l'intéressé sont modifiées très progressivement par « une approche clinique et soignante » à travers des entretiens, ainsi que par des « actions sociales et médico-sociales » de proximité.

L'incapacité d'une Personne en situation de handicap d'origine psychique (Peshop)⁴⁴ n'est pas toujours visible, mais elle est éprouvée par elle. Une expérience d'une durée suffisante partagée avec le bénéficiaire permet une

⁴² Numéro de téléphone national du Service d'information, d'accueil et d'orientation des personnes sans abri

⁴³ http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Pacte_de_confiance_-_rapport_de_synthese.pdf

⁴⁴ Le sigle est de nous

juste appréciation des incapacités et une approche des besoins. L'évaluation se doit d'être « longitudinale, dynamique et participative ». Les personnes suivies en anticipation d'une démarche vers la MDPH sont ainsi décrites dans les rapports d'activité de l'ADGESTI :

« [...] personnes inscrites dans la pathologie, mais d'une manière tellement silencieuse qu'il a fallu attendre qu'un avatar social révèle cette situation. Ce sont des personnes qui ont souvent entre 40 et 60 ans quand nous les rencontrons et qui n'ont jamais reçu de soins auparavant. Elles ont plutôt tendance à vivre d'une manière plus ou moins « clochardisée », mais à leur domicile, dont éventuellement elles sont propriétaires. Ce sont des pathologies totalement silencieuses. [...] ».

Nous allons voir les risques encourus par ces personnes dans leur logement.

Ce premier chapitre comprend les deux sections suivantes :

1.1 Les expulsions locatives : pour bien saisir ce dont il est question quand une personne vulnérable est confrontée au risque d'une expulsion locative, et notamment lorsqu'il s'agit d'une personne en situation de handicap d'origine psychique, nous allons prendre le soin de décrire pas à pas la mise en œuvre d'une procédure d'expulsion, notamment depuis 2014.

1.2 La protection des locataires : nous regarderons aussi de près ce que les autorités ont mis en place sur le territoire français pour venir en aide aux personnes menacées d'expulsion. Ce détour nous permettra de constater que certaines personnes à la vulnérabilité singulière – le handicap psychique – ne bénéficient pas de ces dispositions et qu'il est nécessaire de mettre en place un autre dispositif pour éviter leur mise au ban de la société.

1.1. Les expulsions locatives

Si nous sommes amenés à aborder ici les risques locatifs, c'est que l'expulsion est un risque réel auquel sont confrontées des personnes en situation de handicap d'origine psychique, ainsi que nous avons pu le constater dans les services de l'ADGESTI.

Nous avons vu dans la première partie que les personnes handicapées étaient incluses dans le groupe des personnes vulnérables. Nous allons décrire le mécanisme des expulsions locatives et aussi les différents dispositifs qui existent pour aider les personnes vulnérables à se maintenir dans leur logement. Nous montrerons les limites de ces dispositifs pour ce qui concerne le handicap psychique.

Les expulsions locatives

L'expulsion, c'est la « libération forcée d'un local des personnes et des meubles qui l'occupent ».

Durant des siècles, la gestion locative a été calquée sur le droit romain. Le propriétaire pouvait user de nombreux moyens légaux pour obliger le locataire à régler son loyer, mais pas du moyen de l'expulsion. Ce terme apparaît dans le Code civil de 1804 et ne figure que dans un seul article jusqu'à la loi de 1991 ; il

s'applique uniquement dans le cas où le bailleur vend le logement. Il n'apparaît pas dans le Code de procédure civile.

Du Moyen-âge au XIX^{ème} siècle, on ne trouve que très peu de traces d'expulsions de logements. Il existait cependant le bannissement, manière d'expulsion radicale de la ville des vagabonds ou des indésirables. Le propriétaire-créancier, pour recouvrer ses loyers, pouvait user de la contrainte par corps, c'est-à-dire se saisir physiquement d'une personne et la faire travailler pour payer sa dette. Jusqu'en 1867, le créancier pouvait faire saisir un débiteur par un huissier et le faire maintenir en prison jusqu'au règlement de sa dette. Certains locataires en dette de loyer, redoutant la contrainte par corps, quittaient les lieux. Le guet avait pour mission de veiller sur le sommeil des habitants, mais aussi d'empêcher les locataires de quitter leur maison en cachette sans avoir payé le loyer. Aux XVIII^{ème} et XIX^{ème} siècles, le « déguerpiement à la cloche de bois » était très courant, pour éviter la saisie des objets du locataire défaillant.

En 1954 apparaît la première disposition légale concernant expressément l'expulsion, instaurant le « sursis à exécution des expulsions » durant la « trêve hivernale pour tous » (Laussinotte, 1994).

La loi ALUR

De nos jours, lorsqu'un bailleur social constate qu'un ménage ne paie plus ses loyers depuis au moins deux mois, lorsque le salarié chargé de recouvrer les impayés n'arrive pas à se faire recevoir, et lorsque le correspondant de site – salarié représentant de proximité du bailleur – n'a plus aucun contact, il déclenche une procédure d'expulsion du ménage.

La loi de 2014 *pour l'Accès au logement et un urbanisme rénové* - dite loi ALUR - règle, entre autres, toute la procédure d'expulsion d'un locataire. En cas de non-paiement du loyer, le bailleur doit tout d'abord faire délivrer par un huissier un « commandement à payer » pour non-respect des clauses résolutoires du bail à location. Parallèlement, la loi lui commande de signaler le cas de son locataire à la Commission de coordination des actions et de prévention des expulsions locatives (CCAPEX) du département où est situé le bien loué. Enfin il doit aussi prévenir, le cas échéant, les organismes payeurs des aides au logement (CAF, MSA, FSL⁴⁵, etc.).

La clause de résolution de plein droit du bail n'est applicable qu'après deux mois infructueux du commandement à payer. Le locataire est alors déchu de tout titre d'occupation. Le bailleur doit alors assigner le locataire en référé devant le juge d'instance pour faire constater la résiliation du bail et demander sa condamnation au paiement des arriérés de loyer. Tout cela prend au moins quatre mois. La date d'audience est fixée par le Tribunal et dépend de l'encombrement des tribunaux. Le locataire peut demander, à plusieurs reprises, pour des raisons justifiées, le renvoi de l'audience. C'est le cas s'il reprend, même partiellement, le paiement du loyer. Le juge peut accorder au locataire de nouveaux délais de paiement du loyer, s'il estime que celui-ci pourra régler sa dette ; il peut ainsi suspendre les effets de la clause résolutoire durant trois ans. Le juge ne se prononce pas lors de l'audience ; le délibéré est renvoyé à un à deux mois plus tard. Une fois l'ordonnance d'expulsion rendue, il faut la notifier au locataire. Dans les deux mois, le propriétaire fait délivrer par huissier un commandement à devoir quitter les lieux. Il notifie aussi le commandement, par lettre recommandée avec

⁴⁵ Fonds solidarité logement

accusé de réception, au Préfet. C'est ce dernier qui pourra requérir la police pour l'expulsion. Le propriétaire doit encore attendre deux mois s'il s'agit d'un local destiné à l'habitation principale. Le locataire a encore la possibilité de demander des délais soit au juge des référés, soit au juge de l'exécution du Tribunal de grande instance (TGI) ; celui-ci peut accorder des délais renouvelables lorsque le relogement du ménage ne peut avoir lieu dans des conditions normales. Ces délais courent de trois mois à trois ans, selon que l'occupant manifeste au juge une bonne ou mauvaise volonté. Ces délais sont cumulatifs et se combinent avec la trêve hivernale, du 1er novembre au 31 mars, pendant laquelle toute expulsion est suspendue.

À ce stade, le bailleur a tout intérêt à faire procéder par huissier à une saisie conservatoire de créance sur le compte en banque du locataire, pour éviter que celui-ci n'organise son insolvabilité ; encore faut-il connaître ce compte et que celui-ci soit approvisionné. En l'absence d'exécution de la décision d'expulsion, le locataire, le plus souvent, se maintient dans les lieux. Si le préfet refuse de faire intervenir la police, il doit motiver sa décision ; sinon, il devra indemniser le propriétaire. Pour cela ce dernier doit adresser une demande d'indemnisation à la préfecture ; si elle ne répond pas dans les quatre mois, le bailleur peut saisir le Tribunal administratif (TA) dans les deux mois. Le propriétaire doit demander parallèlement à son huissier de faire sommation au commissaire de police compétent d'exécuter la décision d'expulsion. Si le commissaire refuse de procéder à l'expulsion, le propriétaire doit saisir le TA.

Le bailleur ne doit pas perdre patience et ne pas tenter de faire fuir son locataire : le fait de forcer une personne à quitter les lieux sans avoir obtenu le concours de la force publique est puni de trois ans d'emprisonnement et de 30 000 € d'amende (Loi ALUR).

La procédure d'expulsion est longue, elle dure en moyenne deux ans. Pour le bailleur c'est autant de mois de loyers impayés. Dans une situation sociale dégradée, lorsque le nombre d'impayés augmente, c'est la solidité financière du bailleur qui peut être rapidement compromise. Lorsque la situation personnelle de quelqu'un est critique, lorsqu'il peut montrer sa bonne foi, un tribunal peut mettre en place une Procédure de rétablissement personnel (PRP), et alors les paiements des loyers peuvent être plafonnés, voire suspendus. Le tribunal peut aussi prononcer une « faillite personnelle » et alors toutes les dettes du ménage sont effacées, et ainsi le bailleur perd tous les loyers non réglés.

Cependant, lorsqu'il s'agit d'un bailleur social qui est contraint de demander l'expulsion d'un locataire, c'est pour lui un échec dans sa mission de loger des personnes en difficulté sociale.

Parallèlement, pour l'État, une expulsion c'est le relogement en catastrophe en hôtel (parfois insalubre) ou l'admission en Centre d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS). Pour le ménage, c'est la perte du logement, au mieux l'hébergement d'urgence, et bien sur le risque de se retrouver à la rue, la déscolarisation des enfants, la dégradation de la santé, le risque d'agression, etc.

Cette longue et complexe procédure peut être très couteuse pour le bailleur. C'est pourquoi de plus en plus de bailleurs privés souscrivent une assurance contre la perte de loyer : l'assurance verse les loyers et se charge de les récupérer auprès des locataires ; en sus de la prime versée par le bailleur, elle se rémunère sur le remboursement de ses frais auprès du locataire. Les bailleurs sociaux ont, eux, des services de contentieux qui prennent rapidement contact avec les mauvais payeurs, tentent une conciliation, mais, compte tenu des délais décrits plus haut, lancent le plus rapidement possible la procédure judiciaire.

Conclusion de la section 1.1

Nous avons rapidement étudié le contexte légal des expulsions locatives. Il s'agit d'une machine lourde mais redoutable si la personne ne réagit pas correctement à chacune des différentes étapes de son avancée. Cependant des dispositifs nationaux et locaux sont mis en place pour aider les personnes menacées d'expulsion. Nous allons les découvrir maintenant. Nous verrons que certaines personnes n'en bénéficient cependant pas.

1.2. La protection des locataires

La Loi ALUR décrite ci-dessus est une loi récente (2014). Elle est l'aboutissement, provisoire, d'un long processus de protection des bailleurs contre les mauvais payeurs. La presse relate chaque automne des cas dramatiques de ménages expulsés qui se retrouvent à la rue.

1.2.1. La politique de la ville

Dans la décennie des années 1970–1980 une approche globale des problèmes spécifiques aux villes modernes apparaît nécessaire, à la fois sociale, économique et urbanistique. Elle mène à la création d'un Ministère de la ville en 1990. La Politique de la ville consiste en un large ensemble d'actions menées par plusieurs ministères différents : en faveur du logement, de l'emploi, du développement économique, de la sécurité, de la prévention de la délinquance, de l'enseignement et de l'égalité des chances.

La loi de 1991 *d'orientation pour la ville*, outre les objectifs de diversité de l'habitat et de mixité sociale, a pour but de lutter contre les phénomènes d'exclusion et de favoriser l'insertion professionnelle, sociale et culturelle des habitants des grands ensembles et des quartiers d'habitat dégradé. Une loi de novembre 1996 précise que ce sont l'état et les collectivités territoriales qui conduisent la politique de la ville, en concertation et dans le respect de leurs attributions respectives issues des lois de décentralisation et dans le cadre de la politique d'aménagement du territoire. Ainsi, outre une collaboration entre les différents départements ministériels, la politique de la ville oblige un partenariat entre l'État et les Collectivités territoriales concernées. L'État intervient alors dans le cadre de contrats conclus avec les Communes et les autres acteurs locaux. Les quartiers qui vont faire l'objet d'aides sont répertoriés et appelés Zones urbaines sensibles (ZUS) ; elles formalisent la notion de « quartier en difficulté ». Il s'agit de revaloriser ces quartiers et d'y réduire les inégalités sociales. Les partenaires sollicités sont les collectivités territoriales, les bailleurs sociaux, les milieux économiques, les associations, etc. Leur collaboration repose sur une base contractuelle. L'approche est caractérisée par une approche globale des difficultés (urbaine, économique et sociale).

Lorsque les Contrats de ville 2001-2006 arrivent à échéance fin 2006, le gouvernement français décide de mettre en place un nouveau cadre contractuel de la politique de la ville. De nouveaux contrats, les Contrats urbains de cohésion sociale (CUCS), sont proposés par l'État aux villes et aux établissements publics de coopération intercommunale ; ils entrent en vigueur au début de l'année 2007. Le CUCS est un contrat passé

entre l'État et les collectivités territoriales. Il engage chacun des partenaires à mettre en œuvre des actions concertées. Il vise à améliorer la vie quotidienne des habitants des quartiers en difficulté. Conformément au cadre général et aux orientations définies par le Comité interministériel à la ville (CIV) de 2006, il est élaboré à l'initiative conjointe du maire et du préfet du département ; les Conseils généraux ou régionaux peuvent y être associés. Des partenaires privilégiés peuvent être sollicités : la Caisse des dépôts et consignations (CDC), les Caisses d'allocations familiales, les bailleurs sociaux, les rectorats, les Centres communaux d'action sociale (CCAS), etc. Le contrat est signé pour une durée de trois ans, reconductible. Il doit assurer la cohérence des dispositifs existant sur le territoire.

C'est dans ce cadre qu'a été signé, dans l'agglomération du Mans (Sarthe), le CUCS Le Mans/Coulaines/Allonnes/Arnage, dont il sera question dans un autre chapitre. Nous verrons que, dans ce cadre, en 2006, l'association ADGESTI a été associée à la mise en place d'un dispositif appelé *Médiation expulsion* qui est le contexte de notre étude.

Un programme américain *Pathways to housing* s'est mis en place dans les années 1990 aux USA pour permettre le logement de personnes souffrant de troubles psychiques ou d'addictions. Il a pris ensuite le nom de *Housing first* ; nous en avons déjà parlé dans la première partie. Dans d'autres pays, plusieurs expériences s'en sont inspiré, notamment en Europe dans les années 2000 : en Finlande, au Royaume-Uni, en Norvège et en Irlande.

En France, il était admis jusque-là que le logement était l'aboutissement, la finalité d'un parcours d'insertion, selon l'idée que le travail social doit permettre à la personne en difficulté d'accéder à un logement adapté, si besoin en passant par des dispositifs d'hébergement temporaires. Le logement étant l'aboutissement du parcours d'insertion, la personne devait avoir fait au préalable la preuve de sa capacité à accéder au logement autonome. Fin 2009, le Secrétaire d'état chargé du logement s'inspire du mouvement *Housing first* pour une « refondation de la politique d'hébergement et d'accès au logement » qu'il intitule *Logement d'abord*. Il remet en question l'idée du logement comme l'aboutissement du processus d'insertion : tout au contraire, il fait du logement la condition préalable et nécessaire à l'insertion. La stabilisation de la personne dans un logement est un prérequis à l'action d'insertion.

Les personnes en difficulté d'insertion doivent accéder à un logement qu'elles ont choisi, dans les dispositifs de droit commun, avec un bail à durée indéterminée, à leur nom, et dans lequel elles doivent être autonomes, ce qui veut aussi dire qu'il ne doit pas être conditionné à un quelconque engagement d'un suivi social ou autre, quel qu'il soit.

1.2.2. Le rapport Régnier

Le rapport Régnier sur le logement des personnes vulnérables de mai 2012 affirme rapidement que « l'absence de chez soi est une violation grave des droits fondamentaux de la personne humaine » (Butel, 2012). Le rapport insiste pour qu'une politique de développement des solutions d'hébergement et de logement soit couplée à une offre proportionnelle d'accompagnements à domicile pour les personnes « qui en ont besoin » et « le souhaitent », condition nécessaire pour que chacun puisse accéder, le plus rapidement possible, à un « logement ordinaire autonome » et s'y maintenir. Le « logement accompagné » associe un logement et des

services (gestion locative adaptée, accompagnement, médiation, etc.). Le logement doit être adapté aux besoins de l'occupant, sinon il risque de renforcer l'isolement. Il est indiqué dans ce rapport que, pour éviter les situations de rupture, il convient de prévenir les expulsions.

Un moratoire sur les expulsions est donc mis en place pour 2013. Il s'agit ensuite de développer « l'intervention du champ social » pour faire cesser les expulsions sans solutions. Il est aussi recommandé dans ce rapport de mettre en place, à titre d'expérimentation, des « équipes d'intervention sociale rapides », mobilisable par le préfet, pour rechercher toutes les solutions de maintien dans le logement ou de relogement. Il est aussi préconisé des « permanences pluridisciplinaires » (social, juridique, logement) pour améliorer l'information des personnes et des acteurs.

Il s'agit de mettre la personne au centre des politiques d'hébergement : « aller vers, écouter, protéger ». La priorité d'un dispositif d'hébergement est de faire de l'insertion et de permettre l'accès au logement ; les accueils de jour sont développés pour faciliter les premiers contacts et pour développer du lien social ; une approche intégrée permet d'aller au-devant des personnes qui cumulent des vulnérabilités. Dans un contexte partenarial et pluriprofessionnel, les objectifs poursuivis sont, par une approche globale de la personne, de mettre en place un accompagnement social gradué et correspondant à ses besoins ; on quitte une pratique de mise à disposition de moyens pour une intervention sociale à la rencontre des personnes, pour une pratique de l'« aller vers ». Parallèlement à une solution d'hébergement ou de logement, un des préalables à la mise en place d'un accompagnement est de faire bénéficier la personne d'un « diagnostic concluant sur sa nécessité, son type et sa durée », ce diagnostic devant être « périodiquement remis en question ».

De plus, le rapport Régnier préconise de faire évoluer la formation et les pratiques de l'intervention sociale, en organisant des journées d'échange du travail social, en mettant en place des modules de formations initiales et continues pour changer les postures des travailleurs sociaux et favoriser « l'aller vers ».

Suite à ce rapport, la ministre de la santé demande au préfet Régnier de lancer un programme expérimental sur trois années, lié à une recherche médicale, sur les quatre villes de Paris, Marseille, Lille et Toulouse. Ce programme s'adresse à des « personnes isolées, sans chez soi » et « manifestant des troubles psychiques sévères » tels que « la schizophrénie ou les troubles bipolaires » avec ou sans addiction. Il consiste à « loger tout de suite » des patients, en tant que sous-locataires, et à les faire suivre par une équipe pluriprofessionnelle (psychiatre, médecin addictologue, infirmiers, travailleurs sociaux et « médiateurs santé pairs »), dans une « dynamique d'aller vers » : « l'accompagnement psycho social » se fait à domicile, à raison de deux ou trois visites hebdomadaires. Les personnes sont accompagnées pour leurs démarches administratives, des consultations spécialisées, des médiations spécifiques, l'ameublement du logement, etc. Deux ans après, les résultats sont probants :

« 90% des personnes vivent toujours dans leur logement et s'acquittent de leur loyer, 70% ont été accompagnées vers les soins, 75% ont acquis des habiletés sociales leur permettant d'être autonomes dans leur logement et ont des comportements adaptés vis-à-vis du voisinage, 12 % ont été accompagnées vers un emploi ou une formation professionnelle. Celles qui étaient éloignées de leurs familles renouent progressivement avec elles... ».

Nous constatons que le dispositif mis en place ressemble trait pour trait à celui d'un Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés. Nous voyons ainsi que l'intervention à domicile d'une équipe

pluriprofessionnelle spécialisée compétente peut avoir les mêmes bénéficiaires selon qu'elle s'adresse à un public handicapé (comme au SAMSAH) ou en difficulté sociale avec des troubles psychopathologiques avérés. Cependant, dans le premier cas, pour que les personnes puissent bénéficier des prestations d'un SAMSAH, il leur faut y être orientées par la CDAPH, avoir donc le statut reconnu de personne handicapée. Une équipe pluridisciplinaire étudie le dossier de la personne et fait une proposition adaptée à l'évaluation de la situation de désavantage social. Cependant la porte d'entrée doit être, réglementairement, nous l'avons vu, un diagnostic médical. Dans le second cas, expérimental, le dispositif mis en place se propose aux personnes en difficulté, dans une conception « d'aller vers » ceux qui en ont besoin.

La question se pose de savoir quel dispositif pourrait d'abord repérer des personnes en difficulté quant à leur habitat, puis aller vers ces personnes, déterminer ensuite leurs besoins et enfin leur faire bénéficier de prestations ; la question se pose aussi de la qualification des intervenants et de leur rémunération. Nous serons amenés à reprendre cette question au troisième chapitre.

L'association ADGESTI gère depuis 2006 un SAMSAH destiné uniquement à des personnes handicapées psychiques.

1.2.3. Le PDALPD

Le Plan départemental d'action pour le logement des personnes défavorisées - ou P.D.A.L.P.D. - a été créé par une loi de 1990 *Visant à la mise en œuvre du droit au logement*⁴⁶. Ce plan départemental est obligatoire, ainsi que la mise en place du Fonds solidarité logement (FSL) qui en constitue le principal levier financier. Le PDALPD s'organise autour de trois axes : le repérage des ménages en difficulté (connaissance des besoins), le développement d'une offre de logements qui soit adaptée et diversifiée, et l'accompagnement social des ménages et leur solvabilisation. Depuis l'acte II de la décentralisation, le FSL est placé sous la responsabilité du département, alors que le PDALPD demeure copiloté avec l'État. Le plan vise à faciliter l'accès de tous au logement décent et indépendant. Il réunit, autour de l'État et du Département, les acteurs locaux impliqués dans les questions de logement : les communes, les communautés de communes et leurs établissements ; les caisses d'allocation familiale ; les associations intervenant dans le domaine de l'insertion par le logement ou de défense de personnes en situation d'exclusion ; les bailleurs, sociaux et privés ; les distributeurs d'eau et d'énergie, les fournisseurs de services téléphoniques ; les collecteurs de la participation des employeurs à l'effort de construction.

L'association ADGESTI siège au PDALPD de la Sarthe.

1.2.4. Le FSL

Outil principal du PDALPD, le Fonds solidarité logement a pour but d'aider les ménages en difficulté : pour les locataires, l'aide se situe dans l'accès ou le maintien dans un logement ; s'ils sont propriétaires, à condition qu'ils habitent en Zone urbaine sensible, elle consiste à faire face aux charges collectives, au remboursement des emprunts contractés par la copropriété. Depuis la loi ALUR, le champ d'application du FSL s'est ouvert aux

⁴⁶ <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000006075926&dateTexte=vig>

aides au paiement des charges (eau, électricité, téléphone) et à la sécurisation locative (allocation temporaire de logement, aide à la gestion locative adaptée).

L'association ADGESTI met aussi en œuvre des accompagnements dans ce cadre depuis de nombreuses années, notamment pour des personnes ayant une fragilité psychique.

1.2.5. La loi DALO

Avec la loi du Droit au logement opposable (dite loi DALO), l'État garantit que chacun aura un hébergement ou un logement décent ; la loi s'adresse aux publics défavorisés, qui deviennent prioritaires. Depuis 2018 une Commission de médiation est en place dans chaque département français. Chaque Commission départementale statue sur les demandes qui lui sont adressées par des personnes ou des ménages sans toit. Le demandeur doit séjourner légalement sur le territoire français, ne pas être en capacité d'accéder par ses propres moyens à un logement décent, satisfaire aux conditions d'accès à un logement social (revenus modestes notamment). Il doit de plus être dépourvu de logement, ou menacé d'expulsion, ou logé temporairement, ou logé dans des locaux insalubres, ou dans un local suroccupé, ou avoir fait une demande de logement social depuis plus d'un an sans avoir eu de proposition. Lorsqu'elle est saisie à bon escient, la Commission déclare le demandeur « Prioritaire et urgent » (PU) ; lors de la commission d'attribution des logements sociaux suivante, un bailleur social est désigné et doit trouver une solution pour le ménage dans un délai restreint de quelques semaines. Les résultats sont très différents d'un département à un autre : dans certains départements, en raison de la pénurie de logements sociaux, la qualification PU reste lettre morte (en région parisienne notamment). La Commission peut aussi considérer que le demandeur n'a pas les capacités à occuper un logement autonome et l'orienter vers des structures d'hébergement.

L'association ADGESTI siège à la Commission de médiation de la Sarthe.

1.2.6. Les associations agréées

Des associations sont agréées par la Préfecture pour des actions dans le logement. Chaque association peut ainsi obtenir un agrément « d'intermédiation locative et de gestion locative sociale » qui l'habilite à signer la convention d'Aide personnalisée au logement (APL). Elle peut aussi obtenir l'agrément d' « ingénierie sociale, financière et technique » qui lui permet « l'accueil, le conseil, l'assistance des personnes défavorisées, handicapées ou âgées », en vue de l'amélioration ou de l'adaptation de leur habitat ; l'accompagnement social pour l'accès ou le maintien dans le logement ; l'assistance des requérants devant la Commission de médiation ; la recherche de logements en vue de la location pour des personnes défavorisées ; enfin la participation aux réunions des commissions d'attribution des logements HLM⁴⁷. L'agrément permet aussi à l'association d'être sollicitée par l'État au titre d'association professionnelle dans le champ du logement, et de siéger par exemple à la Commission de médiation. Il permet aussi, par exemple, de gérer une Résidence accueil, établissement destiné à accueillir, de manière durable, en appartements autonomes, des personnes handicapées psychique ou

⁴⁷ Habitations à loyer modéré

des personnes âgées. L'agrément d'intermédiation locative et celui de gestion locative sociale sont délivrés pour cinq ans.

L'association ADGESTI détient les deux agréments d'intermédiation locative et de gestion locative sociale. Elle gère, depuis 2011, une Résidence accueil pour personnes en situation de handicap d'origine psychique.

1.2.7. L'AVDL

Une circulaire de 2009 relative à l'hébergement comporte diverses mesures dont la mise en place de l'Accompagnement vers et dans le logement (AVDL) qui consiste à accompagner, par un suivi adapté, plus de 6 000 ménages sans domicile en France, hébergés ou logés temporairement, pour garantir l'accès au logement dans de bonnes conditions et le maintien dans les lieux. Cette circulaire précise que cette action de l'État vient en complémentarité et non en substitution aux missions du Conseil général (FSL notamment). Les mesures sont mises en œuvre par les Directions départementales de la cohésion sociale.

L'AVDL est une aide humaine, fournie sur une période déterminée, à un ménage qui rencontre des difficultés de maintien dans un logement ou d'accès à un logement, en raison de problèmes liés à un désordre financier, de difficultés d'intégration sociale, voire des deux. Les objectifs du dispositif sont de favoriser les sorties réussies des structures d'hébergement et de logement temporaire vers le logement, de proposer un accompagnement adapté pour le logement des personnes à la rue, de prévenir les risques d'expulsion des ménages en difficulté, et aussi de reloger les ménages reconnus PU par la Commission de médiation. Les trois missions de l'AVDL sont d'accompagner le ménage vers le logement adapté à ses besoins et ressources, ou lors du relogement (installation, environnement), ou dans le logement (incidents, paiement des loyers, troubles du voisinage). Un Fonds national d'accompagnement vers et dans le logement (FNAVDL) a été créé en juillet 2011. Au départ, il ne finançait que les relogements des ménages prioritaires (Loi DALO) ; il a été étendu à tous les ménages en difficulté. Les fonds sont répartis et affectés aux régions en fonction des besoins.

L'ADGESTI assure des accompagnements dans le cadre de l'AVDL, notamment pour des personnes en souffrance psychique.

1.2.8. La nouvelle politique de la ville

Succédant aux CUCS, la nouvelle politique de la ville 2014-2020 cherche à fédérer l'ensemble de ses partenaires (L'État et ses établissements publics, l'intercommunalité, les communes, le département et la région, les associations et les habitants des quartiers prioritaires) afin d'inscrire dans un document unique leurs intentions au bénéfice de quartiers en situation de décrochage. Elle est mise en œuvre localement dans le cadre des Contrats de ville, qui ont été signés avant le 30 juin 2015 ; ceux-ci reposent sur quatre piliers : le développement de l'activité économique et de l'emploi, la cohésion sociale, la cadre de vie et le renouvellement urbain, les valeurs de la république et la citoyenneté.

1.2.9. Dix mille logements accompagnés

En juillet 2013, l'État et l'Union sociale pour l'habitat (USH) signent un pacte de collaboration. Dans ce cadre, au cours de l'année 2014 un projet commun intitulé « 10 000 logements HLM accompagnés » est initié. En juin

2014, la Direction générale de la cohésion sociale (DGCS) et la direction de l'habitat et de l'urbanisme (DHUP) lancent un appel à projet commun intitulé « innovation sociale dans le champ de l'hébergement et de l'accès au logement ».

L'association ADGESTI a pu voir, dans ce cadre, son action Médiation expulsion évoluer, ainsi que nous le verrons plus loin.

Conclusion de la section 1.2

Nous avons fait le tour de tous les dispositifs sociaux mis en place pour venir en aide aux ménages en difficulté dans leur logement. Il s'agit de dispositions de droit commun ; s'ajoutent tous les accompagnements médico-sociaux ou sanitaires qui ne font pas l'objet de notre recherche, même si nous serons parfois amenés à les citer pour des comparaisons entre les mesures de droit commun et celles spécialisées pour le handicap (comme les SAMSAH par exemple), notamment dans la troisième partie de cette recherche.

Malgré tous ces dispositifs, de nombreux ménages en difficulté ne font pas d'appel à l'aide et ne sont pas connus des services sociaux. C'est le cas notamment de personnes en situation de handicap d'origine psychique.

Conclusion du chapitre 1

De nombreux dispositifs ont été mis progressivement en place pour tenter d'éviter les situations dramatiques des expulsions locatives. Cependant, des expulsions se produisent en France tout au long de l'année.

Parmi les ménages expulsés se trouvent certains qui n'ont pas bénéficié des dispositifs de droit commun du fait d'une vulnérabilité particulière. Nous montrerons que nous y trouvons des personnes en situation de handicap psychique pour lesquelles aucune pathologie mentale n'a été diagnostiquée.

Pour aller à leur rencontre, nous étudierons plus loin l'action qui est mise en œuvre par l'ADGESTI, à notre connaissance unique, d'interventions à domicile en première intention de psychologues cliniciens.

Découvrons cependant dès maintenant qui sont ces personnes.

2. Des personnes en situation de handicap psychique

Dans le premier chapitre de cette deuxième partie, nous avons abordé le contexte global des expulsions locatives. Dans ce deuxième chapitre, nous allons chercher à comprendre les problématiques des personnes vulnérables en difficulté et qui échappent aux dispositifs de droit commun qui auraient dû les aider. Nous verrons que ces personnes sont dans des situations de handicap d'origine psychique, en dehors de tout diagnostic et de toute maladie. Nous retiendrons alors six vignettes cliniques exemplaires, qui seront reprises dans la troisième partie de cette recherche.

Le chapitre 2 comprend les sections suivantes :

2.1 La méthodologie

2.2 Les statistiques

2.3 Les vignettes cliniques

2.1. La méthodologie

Pour cerner les problématiques des personnes que des psychologues rencontrent à leur domicile dans le cadre de la *Médiation logement* qui sera décrit plus loin, et afin de mesurer les effets de ce dispositif sur le devenir de ces personnes, nous avons voulu mettre en place une enquête. Un questionnaire a commencé à être élaboré avec des psychologues du service. Nous nous sommes cependant rapidement rendu compte qu'il allait être extrêmement difficile de mener cette enquête.

En effet, pour respecter les critères d'une étude scientifique, nous aurions dû faire passer le questionnaire à plusieurs personnes avant l'intervention de la psychologue, puis après celle-ci. Compte-tenu du contexte et du mode d'intervention des psychologues, à savoir une intervention auprès de personnes ayant rompu tout lien social et au-devant desquelles il faut aller avec tact et prudence, il est apparu d'emblée qu'une rencontre en amont n'aurait été non seulement pas souhaitable, mais tout simplement impossible par un chercheur extérieur, et impensable par le psychologue elle-même.

Renonçant à une étude comparative de deux questionnaires, nous aurions voulu au moins obtenir l'avis des personnes ayant bénéficié du dispositif. Prenant un par un avec une psychologue les différents dossiers fermés, nous avons écartés ceux qui étaient trop récents et pour lesquels il y avait une crainte d'une incompréhension de la démarche. Nous avons aussi constaté qu'un certain nombre de personnes n'étaient plus joignables, par suite de déménagement, de changement de numéro de téléphone, d'hospitalisation, de décès, etc. Plusieurs personnes contactées par la psychologue ont refusé d'être rencontrées. Quelques-unes ont accepté le rendez-vous, et ne l'ont pas honoré. Nous avons alors compris qu'il allait falloir procéder autrement. Le choix a donc été fait, en accord avec le Directeur de thèse, de décrire quelques vignettes cliniques.

La méthodologie

Les quatre psychologues qui interviennent dans les différentes plateformes ont été sollicitées. Il leur a été demandé de fournir des éléments concernant les personnes qu'elles ont accompagnées ou celles en cours d'accompagnement, suivant la grille suivante :

- Nom de la psychologue, commune d'intervention, nom et prénom de la personne, sexe, date de naissance et date de début du suivi.
- Les motifs premiers de l'intervention, de l'entrée dans le dispositif.
- Anamnèse, enfance et adolescence.
- Anamnèse, antécédents à l'âge adulte.
- Éléments de psychopathologie rapportés par l'entourage.
- Intervention précédentes des services sociaux, médicosociaux, sanitaires.
- Contexte de l'intervention, difficultés mises en avant par le bailleur.
- Premières actions mises en place par la psychologue clinicienne.
- Premiers élément de psychopathologie observés.
- Action mise en place par la psychologue.
- Résultats de l'action entreprise.

Une fois les renseignements pris, ceux-ci ont été précisés ou augmentés lors d'entretiens avec la psychologue. Parmi les plus de 200 personnes suivies depuis 2007, nous avons choisi 26 situations. Parmi celles-ci, nous en avons gardé 6 pour lesquelles nous avons suffisamment d'éléments. Nous avons gardé un équilibre entre les sexes, les âges et les durées de suivi.

Un des intérêts de ce choix a été de pouvoir obtenir des éléments de personnes en cours de suivi. En effet, la psychologue qui intervient depuis le début n'a gardé que peu d'éléments cliniques des entretiens passés ; les comptes-rendus annuels qu'elle a écrit sont aseptisés car destinés à n'être diffusés qu'aux partenaires et à des fins statistiques.

Nous avons assisté aux réunions logement de l'ADGESTI et recueilli des éléments complémentaires concernant les six personnes retenues dont certaines continuaient à être accompagnées par une psychologue et parfois aussi une travailleuse sociale.

Les éléments recueillis ont été retranscrits dans l'ordre de la grille proposée. Il est arrivé que certaines rubriques ne soient pas remplies (antécédents de l'enfance, par exemple). Nous avons mis en forme les informations pour en permettre une lecture aisée.

2.2. Statistiques

Nous indiquons qu'entre quinze et vingt expulsions ont été évitées chaque année rien que sur le quartier sensible sur lequel a été montée la première plateforme Médiation expulsion en 2007 à Allonnes. Ce sont

plusieurs dizaines de personnes qui ont bénéficié d'un accompagnement d'une psychologue de l'ADGESTI depuis dix ans dans les différentes plateformes. Il semblait donc possible de reprendre de nombreux dossiers pour étayer notre thèse. Ça n'a pas été le cas, du fait que les psychologues ne faisaient pas de travail clinique jusqu'à ces récentes dernières années, et de par l'extrême difficulté à pouvoir rencontrer ces personnes en très grande vulnérabilité en dehors du suivi psychologique proprement dit.

Les statistiques

Depuis 2007, sur Allonnes, en moyenne 20 personnes sont entrées chaque année dans le dispositif Médiation logement de l'ADGESTI. Depuis 2013, sur Coulaines, 10. Pour 2015 et 2016, ce sont 8 personnes sur Sablé, 2 sur La Flèche et 23 sur Le Mans.

Parmi ces personnes, on compte 62 % hommes pour 38 % femmes.

La tranche d'âge se situe de 40 ans à 60 ans, avec une moyenne à 54 ans et 66 % entre 50 ans et 60 ans.

La durée d'un suivi va de 8 semaines à 3 ans, avec une moyenne de 20 mois, et 63 % entre 18 mois et 24 mois.

La quasi-totalité des personnes vivent seules (72 %).

Nous n'avons pas constaté de caractéristiques propres aux différentes communes.

Le choix des personnes présentées constitue un groupe représentatif des suivis.

2.3. Les vignettes cliniques

Les vignettes cliniques :

Nous avons choisi de présenter les six vignettes cliniques suivantes⁴⁸ :

- Monsieur A., 45 ans, suivi durant 22 mois.
- Monsieur B., 50 ans, suivi durant 12 mois.
- Madame C., 52 ans, suivie durant 20 mois.
- Madame D., 57 ans, suivie durant 21 mois.
- Monsieur E., 62 ans, suivi durant 24 mois.
- Madame F., 62 ans, suivie durant 6 mois.

⁴⁸ La nomination par lettres suivant l'ordre alphabétique est destiné à garantir l'anonymat

2.3.1. Vignette clinique N° 1 : Monsieur A

Homme, 45 ans ; suivi de 22 mois

Monsieur A vit aujourd'hui seul. Cependant, il a déjà vécu en couple plusieurs fois. Une de ses compagnes est décédée. Il bénéficie de l'AAH pour des problèmes physiques.

Il a bénéficié d'un suivi FSL par l'ADGESTI, ce qui lui a permis de trouver le logement qu'il occupe aujourd'hui.

Un signalement a été fait par l'assistante sociale de son secteur à la cellule des informations préoccupantes du département ; un juge des tutelles a été saisi, qui a nommé un médecin expert qui a conclu qu'il n'y avait pas de raisons médicalement objectives pour le mettre sous protection judiciaire.

Son dossier est étudié à la Médiation logement du fait d'incurie, de problèmes d'hygiène. Il est aussi rapporté un comportement de type alcoolique, une désorientation, qu'il ne tient pas debout. Le représentant du bailleur craint qu'il ne se suicide.

Monsieur A a eu de nombreux accidents de la route. De ce fait, ses membres inférieurs sont abimés ; il a des plaques métalliques et il a bénéficié de greffes osseuses. Il a dû suivre un long traitement en centre de rééducation. Sa marche est difficile. Il souffre physiquement. Il prend beaucoup de médicaments antalgiques. Il souffre aussi de diabète, d'un excès de cholestérol et ferait des crises d'épilepsie.

Il y a eu de nombreux décès dans sa famille, dont sa mère il y a environ deux ans. Depuis il est fâché avec ses sœurs qui ne l'avaient pas informé de la gravité de la maladie de leur mère. Il a aussi appris récemment le décès de son père par le notaire : sa famille ne l'avait pas joint.

Il est dit de Monsieur A qu'il est désorienté et incohérent.

Ses problèmes d'alcool sont importants : il est souvent conduit à l'hôpital par les pompiers pour comportement inapproprié dans la rue (en pyjama par exemple), sous l'emprise de l'alcool. Il est allé dans un centre de postcure à visée professionnelle, mais il n'a pas pu y rester plus de 3 semaines, ne pouvant pas renoncer à l'alcool.

Lorsque le bailleur a voulu faire constater l'incurie, Monsieur A s'est empressé de nettoyer son logement.

Monsieur A dit qu'il boit beaucoup de café, quelques bières et de la vodka. Lorsqu'il est hospitalisé par les pompiers, il reste 48 heures à l'hôpital, puis il sort en signant une décharge. Il a fait plusieurs cures de désintoxication, sans résultat.

Il ne gère pas ses ressources, il se fait abuser financièrement.

Un médecin généraliste lui prescrit tous les médicaments qu'il lui demande. Il prend alors les traitements pour un mois en une semaine.

Monsieur A a accepté des rendez-vous avec la psychologue de l'ADGESTI dans le cimetière, près de la tombe de sa mère. Il ne vient pas alcoolisé aux entretiens. Il dit boire pour trouver le sommeil. Son médecin généraliste lui prescrit des médicaments pour un mois, mais qu'il consomme en dix jours.

Il a de gros problèmes de repère dans le temps et l'espace. Il confond les noms de famille (de la psychologue et de l'assistante sociale par exemple).

Son électricité a été coupée. L'assistante de service social l'a informé du passage d'un agent pour rétablir le courant. Lors de la venue de l'employé, il était cependant chez la voisine du rez-de-chaussée à boire un café. Le courant n'a donc pas été rétabli : il reconnaît qu'il aurait dû être au domicile.

Il a acheté un scooter pour se déplacer. Le véhicule a été acheté en liquide et il n'a aucun papier le concernant. Il a acheté ce scooter pour aller plus facilement tous les jours sur la tombe de sa mère. Il reconnaît cependant qu'avec ses jambes il ne pourra jamais le conduire.

Monsieur A est capable de raisonner après coup, d'être dans l'autocritique.

Il a perdu sa mère il y a deux ans. Depuis, il a le sentiment de ne servir à rien ; il n'a plus de projet. Il voudrait changer de logement pour se rapprocher de la tombe de sa mère, pour pouvoir y aller tous les jours. Cependant, il n'a pas encore fait de demande de mutation au bailleur.

Récemment, il dit avoir reçu un courrier de sa sœur qui lui annonce que leur mère est malade ; il dit avoir peur qu'elle ne décède.

Il dit ne pas vouloir renouveler l'AAH : il veut travailler.

Il dit qu'il refusera une mise sous tutelle, qu'il « [fera] tout » pour cela.

Janvier 2016

Il est toujours désorienté dans le temps. La psychologue qui le suit depuis février 2015 lui donne rendez-vous toujours le même jour à la même heure.

Il vient de faire une demande de mutation de logement : « il faut que je prouve [au bailleur] que je suis capable ».

Il a accepté de faire une demande de protection juridique, une sauvegarde de justice durant un an. Parallèlement, il a fait à la MDPH une demande de renouvellement de l'AAH et de suivi SAMSAH.

Au rez-de-chaussée de son immeuble, une femme fait office d'épicière, droguiste, café et propose peut-être aussi de la prostitution. Lorsqu'il n'a plus d'argent, Monsieur A fait du troc avec elle. Cependant, le lendemain il s'aperçoit que l'échange n'était pas équitable, et il va réclamer de l'argent, ce qui cause des altercations parfois vives⁴⁹.

⁴⁹ Nous nous rappelons l'origine du mot *handicap*, la main dans le chapeau contenant la somme d'argent pour équilibrer l'échange de deux objets et qui doit être acceptée par les deux parties pour que le troc ait lieu.

Juin 2016

Monsieur A est racketté à domicile. Cependant il est incapable de refuser une quelconque visite. Il est par contre capable de dire à la psychologue que ses copains exagèrent de venir avec de l'alcool alors qu'ils ne le devraient pas.

Monsieur A fait de nombreuses chutes. Sont-elles dues à des séquelles de ses accidents ? À son épilepsie traitée ? À l'alcool ? Aux médicaments ?

Suite à une chute sur la voie publique, il a été hospitalisé par les pompiers. Compte-tenu de la fréquence de ses passages aux urgences, il a été conduit au service d'admission et d'orientation de l'hôpital psychiatrique. Il en est sorti au bout de trois jours sans diagnostic, sans traitement, sans proposition de suivi.

La psychologue lui a proposé un rendez-vous au CMP ; il l'a refusé. Il conteste tout traitement psychiatrique, ne veut plus voir ni psychiatre, ni infirmier.

La psychologue avait assisté Monsieur A pour qu'il fasse une démarche auprès de la MDPH ; il a obtenu une orientation vers un SAMSAH. Dans le cadre de la lutte contre les ruptures de parcours, l'ADGESTI a inscrit dans son projet institutionnel le principe de ne pas abandonner une personne qui est suivie ou a été suivie dans un de ses dispositifs, et de la considérer comme prioritaire ; ainsi Monsieur A. n'a pas été inscrit sur la liste d'attente du SAMSAH de l'ADGESTI, il a été immédiatement accompagné par un infirmier, la psychologue continuant cependant à le suivre.

Septembre 2016

Monsieur A a vu son médecin. Celui-ci a constaté sur sa carte Vitale qu'il consultait un autre médecin de la commune, réputé pour prescrire sans discernement ce que demande le patient. En effet, M. A triple les doses prescrites par son médecin traitant, et il se trouve donc au bout de dix jours sans médicament, d'où son recours à un autre praticien. Parallèlement, la pharmacie a décidé de ne lui donner ses médicaments que par doses d'une semaine et non d'un mois, comme la loi le lui permet dans le cadre de la protection de la population, mais elle ne lui a pas fait la proposition de lui fournir un pilulier comme cela se pratique couramment avec les patients qui en ont besoin. Il n'est pas possible que Monsieur A bénéficie du passage d'un infirmier deux fois par jour à son domicile, car il n'ouvre pas sa porte quand on sonne et parce qu'il n'a plus de boîte aux lettres qui ferme à clé.

Les voisins ont interpellé le procureur de la République pour l'insalubrité de son logement, qui a saisi l'ARS, qui s'est retournée vers la mairie. Le bailleur a été convoqué par un élu de la Mairie qui, compte tenu de l'insalubrité du logement, lui a demandé de reloger le locataire.

Son dossier est repassé en commission de Médiation logement, mais aucun élu de la commune n'y siège. La commission s'est posé les questions de la nécessité d'un mandataire judiciaire, de soins et de la capacité de Monsieur A à vivre dans un logement individuel. Une place en résidence accueil a été évoquée.

Le projet de Monsieur A est de remettre en état son appartement. Il veut prouver qu'il est en bon état, et il veut en demander un plus grand au bailleur.

Cependant la psychologue le trouve souvent en état d'ébriété ; il continue à consommer de nombreux médicaments, il est incohérent, son logement est encombré, il a une humeur très changeante.

La psychologue a réussi à le convaincre d'aller chercher des colis alimentaires au CCAS.

Il ne veut pas de protection juridique. Il veut se soigner à sa manière.

Le bailleur ne constate aucun « effet de changement » depuis l'intervention de la psychologue, et conclut donc à un échec de l'accompagnement. Elle obtient donc la sortie du dossier du dispositif.

Octobre 2016

Monsieur A est allé au Commissariat de police à deux reprises pour porter plainte pour vol de sa carte bleue.

Suite à un appel des voisins, la police a interpellé le CCAS, qui s'est tourné vers le bailleur. Un signalement a été fait au procureur de la République, qui a ordonné une enquête de police de proximité.

Le bailleur n'a pas mentionné l'intervention de la psychologue dans le cadre de la médiation logement, ni la mise en place d'un suivi par le SAMSAH.

Novembre 2016

Monsieur A a des dettes pour impayés d'eau et de frais médicaux (forfait hospitalier journalier) ; il a donc une saisie sur son AAH. Il a rendu de sa propre initiative sa carte de retrait et de paiement à la banque, et il se rend maintenant au guichet pour retirer de l'argent.

Le logement de Monsieur A est propre. Monsieur est cohérent. Cependant il parle du décès de sa mère comme s'il avait eu lieu la veille.

Il refuse un accompagnement par la travailleuse sociale du SAMSAH pour l'aider dans ses démarches administratives, au prétexte que c'est trop compliqué de s'occuper de ses papiers administratifs, qui d'ailleurs sont rangés : entassés dans un carton. Il refuse aussi l'aide d'une auxiliaire de vie pour l'aider à faire son ménage, il dit savoir s'y mettre quand il le faut ; d'ailleurs son appartement est propre et rangé.

Le bailleur constitue un dossier pour une expulsion à terme.

2.3.2. Vignette clinique N° 2 : Monsieur B

Homme, 50 ans ; suivi de 12 mois

Monsieur B travaille au service nettoyage de la ville, il effectue le balayage des rues.

Il est locataire d'une petite maison en ville. Son logement n'est pas entretenu.

Le bailleur social n'a plus de nouvelles de lui.

Auparavant, Monsieur B avait été locataire d'un appartement. Celui-ci avait dû être refait entièrement, y compris la dalle de béton, du fait qu'il ne sortait pas ses chiens.

Il avait bénéficié d'un suivi FSL de l'ADGESTI pour un relogement.

Monsieur B a accepté de rencontrer la psychologue parce qu'elle vient de l'ADGESTI.

Il commence son travail à 5 heures du matin. Son frère vient le chercher en voiture pour l'emmener sur leur lieu commun de prise de fonction. Il porte des vêtements de travail. Il rend parfois visite à ses parents. Il s'alcoolise beaucoup.

La pièce principale de son logement est noire de crasse et de moisi. Il reconnaît que c'est un problème. Sa chambre, dans laquelle il ne vit pas, est propre, mais poussiéreuse ; il y met ses vêtements et ne veut pas la « contaminer » : le chien y est interdit d'accès. Il accepte de recevoir la psychologue dans la chambre.

Il accepterait que son logement soit nettoyé, mais il n'a pas assez d'argent pour cela.

Il vit à découvert 24 jours par mois ; il ne peut pas obtenir de prêt de sa banque. Son nouveau banquier, contrairement à l'ancien, accepte de lui donner de l'argent au-delà de son découvert autorisé correspondant à la moitié de son salaire.

Il récupère des objets jetés aux encombrants pour les revendre ensuite ; son logement est donc encombré de vieux objets démontés qu'il tarde à jeter.

Il n'a pas de téléphone.

L'assistante de service social du bailleur n'a pas réussi à lui faire refaire ses papiers : sa carte d'identité est périmée depuis plus de vingt ans. Il garde tous ses papiers administratifs, mais il ne veut les montrer à personne.

Monsieur B achète des vêtements et les porte jusqu'à ce qu'ils soient sales ; alors il les jette. Il a ainsi une bonne présentation, mais une mauvaise odeur corporelle.

Auparavant il avait une technicienne d'intervention sociale et familiale du FSL qui venait faire son ménage. Pour bien l'accueillir, il nettoyait son logement avant son arrivée. Mais cette prestation n'entrant plus dans les attributions du FSL, elle ne vient plus.

La représentante du bailleur social aborde franchement avec lui son problème d'alcool, quand elle le croise par hasard dans le quartier.

Auparavant, il y avait une assistante de service social dans le quartier. Tout le monde pouvait venir la rencontrer. Les habitants lui parlaient des personnes en difficulté, qu'elles pouvaient aller voir à domicile. Mais son poste a été supprimé.

À son travail, quand il s'absentait, un collègue le mettait automatiquement en congés ; comme cet homme n'est plus là, il a de nombreuses absences injustifiées ; pour cela, il risque un licenciement.

Monsieur B devrait être opéré des canaux carpiens ; bien que cela compromette son emploi de balayeur, il refuse l'opération parce qu'il ne peut pas envisager six semaines d'arrêt de travail, « sans rien faire ».

Mars 2016

Son chien, relativement gros, souffre de pelade ; il ne s'en rend pas compte, il dit qu'il n'a pas de poils.

Il devait aller nourrir le chien de ses voisins : le mari était parti pour affaires, la femme était malade : il l'a découverte morte. Il en a été très choqué. Il parle d'un chien qu'il avait avant, qui était tout petit et hargneux et avec qui il dormait, et qui est mort.

Il voudrait souscrire une assurance décès, mais il en est empêché parce qu'il ne peut pas prévoir qui décèdera en premier et donc qui restera pour en bénéficier.

Ses parents sont malades et vont peut-être mourir.

Pour lui, la retraite est l'antichambre de la mort. Il n'est pas « un tire-au-flanc », il aura tous ses points pour la retraite. Mais ne rien faire c'est la mort. Il prend ses congés au coup par coup, par journées, jamais plus d'une semaine à la fois.

Avril 2016

La poignée de la porte qui permet le passage de la salle de séjour à la cuisine ne fonctionnait plus. Il a donc défoncé la porte, et peut maintenant passer par un grand trou dans cette porte.

Mai 2016

Monsieur B voit ses parents tous les 15 jours avec son frère.

Il retire 100 € par jour. Il aurait besoin d'une mesure de protection, d'un travail sur son budget. Un devis nettoyage du logement a été fait, une aide financière de son employeur est possible ; il accepte l'intervention. Il va devoir faire le tri dans son mobilier et parmi tous ses objets. Il accepte l'intervention d'un éducateur canin pour son chien.

Pour les fêtes, il fait de beaux cadeaux à ses neveux.

Mais il confie à la psychologue qu'il s'ennuie, que « tous les jours sont les mêmes ».

Juin 2016

Monsieur B dit que sa mère a été hospitalisée en juin, et qu'il est inquiet.

Juillet 2016

Son logement n'a pas été nettoyé. Il fuit.

Septembre 2016

La psychologue et la travailleuse sociale se sont rendues à son domicile, mais il n'est jamais présent. Il laisse un mot sur sa porte pour dire qu'il sera absent ; cela indique qu'il reçoit bien les messages téléphoniques qu'elles lui envoient. Jusqu'à présent il avait toujours ouvert à la travailleuse sociale, mais pas toujours à la psychologue.

Octobre 2016

La psychologue lui a écrit. Elle lui a posé un rendez-vous à son domicile et il était présent. Le logement est toujours dans le même état. Il y a encore ce trou dans la porte.

Novembre 2016

La psychologue n'a plus de ses nouvelles. Elle a laissé trois messages à la représentante du bailleur, mais elle ne s'est pas manifestée.

En commission de Médiation logement, la psychologue a expliqué que Monsieur B finit par dire qu'il accepte ce qu'elle lui propose, mais qu'au dernier moment il ne le fait pas, et qu'on le voit plus : « ça avance, ça capote, il fuit ».

Elle constate que c'est depuis qu'il lui a dit que sa mère allait mal que Monsieur B est devenu fuyant.

Personne n'arrive à le voir, un contact va être pris avec l'assistante sociale de son employeur.

2.3.3. Vignette clinique N° 3 : Madame C

Femme, 52 ans, suivie durant 20 mois.

Madame C se confie à la correspondante de site. Celle-ci est inquiète concernant son état de santé : elle s'alcoolise beaucoup, elle est physiquement dégradée. Madame dépense son argent en début de mois, elle n'a plus rien pour vivre dans la dernière quinzaine, et elle sollicite alors sa voisine pour de la nourriture. Elle a trois chats.

Une première psychologue de l'ADGESTI l'a suivie durant 8 mois, de mars à octobre 15.

Dans son enfance, Madame C dit avoir été placée dans une famille d'accueil, à Z, puis en foyers. Elle évoque souvent le Tribunal de grande instance de Z.

Octobre 2015

Madame C est impressionnée par l'afflux des immigrants syriens en Europe. Elle dit avoir peur d'être dénoncée et que la Gestapo vienne à son domicile. Elle a quelques plaintes somatiques, mais surtout elle entend des insultes, des menaces de mort à son encontre. Elle s'alcoolise beaucoup, du whisky surtout. Elle perçoit l'AAH, mais a tout dépensé les deux premières semaines du mois.

Elle a l'idée de partir, de rejoindre sa famille d'accueil, à Z, dans un département limitrophe.

D'après son CV⁵⁰ très complet et détaillé, elle a une expérience d'aide à la personne, à domicile et en CHU⁵¹, d'auxiliaire de vie, de vendeuse, etc. Il y a quelques années, elle travaillait à Y. Elle y aurait avorté, elle dit avoir été agressée ; a-t-elle été violée ?

Aujourd'hui, elle a des problèmes de thyroïde et suit un traitement médical. Elle a été suivie par une diététicienne.

Juin 2015

Madame C a une tenue très négligée, les cheveux sales, le regard hagard. Cette femme est très dégradée physiquement. Mais elle dit qu'elle va beaucoup mieux depuis une semaine.

Juillet 2015

Des personnes auraient un double de ses clés et entreraient chez elle en absence, pour la voler. Elle est très angoissée. Elle dit se terrer chez elle dans le noir. Elle a un fort sentiment de persécution ; elle parle de la Gestapo qui lui veut du mal, de nombreux viols dans le quartier. Ses plaintes somatiques sont omniprésentes, elle a des sensations physiques intenses (ventre et tête). Elle aurait perdu deux ou quatre dents récemment. Elle dit s'alcooliser au Whisky « pour avoir la paix ». Elle dit avoir « bu toute la nuit ». Elle refuse d'être accompagnée vers un médecin, mais accepte les aides dans ses démarches administratives.

⁵⁰ Curriculum vitae

⁵¹ Centre hospitalier universitaire

Aout 2015

L'appartement est maintenant dans un état d'insalubrité avancé : des déchets alimentaires jonchent le sol. Madame C est sale, elle a les cheveux en bataille, et elle s'alcoolise beaucoup. Elle est très angoissée, angoisse massive et délire persécutif peu systématisé autour de la Gestapo. Elle refuse de prendre son traitement antipsychotique prescrit par son généraliste: « il est fou de me donner ça ».

Elle tient un discours très décousu autour de la Gestapo, des « anti-juifs ».

Elle montre son CV : « il y a quelqu'un là-dedans qui débloque » ; puis en montrant sa tête « ça va pas là-haut ».

Elle ne fait aucune des démarches promises à la psychologue.

Si dans son discours elle ne montre aucune résistance aux soins, dans les actes elle ne fait rien. Elle « veut rentrer chez [elle], à Z », « pour [se] soigner », là où vivent un oncle et une tante dont elle n'a plus de nouvelles depuis très longtemps.

Septembre 2015

Madame C a pris soin d'elle ; son logement est rangé et propre. Elle est dans le contact et sobre. Elle se plaint à nouveau de vols sur son compte bancaire.

Elle évoque des « apparitions », des « visages » de gens qu'elle connaît mais ne reconnaît pas. La psychologue propose un rendez-vous au CMP : « pourquoi pas, mais c'est trop tôt ». Elle parle de la lune qui lui transmet le savoir dans sa tête.

Quelques jours plus tard, elle est alcoolisée : elle a perçu son AAH en début de mois, et l'a bu. Elle a de nombreuses plaintes somatiques (dos, ventre, seins). Quelqu'un aurait récupéré ses clés et « viendrait [lui] faire ça » chez elle. Les « autres », les « antisémites », « eux » qui lui « veulent du mal » lui « envoient Satan à travers des écritures malsaines ». Elle y oppose ses propres écritures qui représentent « tout ce qu'elle sait faire ». La lune lui « confie des informations ».

Madame C indique que « ses problèmes » (met son index sur sa tempe) ont débuté quand elle était animatrice auprès d'enfants, alors qu'elle avait 20 ans. Elle parle d'un avortement suite à un rapport sexuel au sujet duquel elle n'était « pas vraiment consentante », et évoque plusieurs personnes « eux », « les autres ».

Elle a commencé à boire à la mort de son frère, il y a 35 ans, suite à « une période de cimetière ».

Elle parle de ses hallucinations auditives et visuelles en évoquant des menaces (souvent de mort) mais aussi une thématique autour du secret, du tabou : « elle leur a dit, tu vas voir ce qu'on va lui faire ». Dans ces moments, elle sort de chez elle et va marcher sur le parking ; elle peut y rester toute la nuit.

La psychologue lui propose un suivi par le SAMSAH, elle dit être « tout à fait d'accord ».

Octobre 2015

Madame C a consommé de l'alcool. Elle est bouleversée par les inondations et les morts ; elle en rit alors qu'elle se dit « dévastée ». Elle parle du président Obama et de son « indéfectible soutien » aux américains : « tous en Amérique » pour être « en sécurité ».

Elle est toujours d'accord pour un suivi SAMSAH.

Elle se dit follement amoureuse de Mozart. Hubert Mozart est un de ses petits-enfants ; elle veut partir à Salzbourg, plus question d'aller à Z.

Une travailleuse sociale est sollicitée par la psychologue pour aider Madame C dans ses démarches administratives.

La psychologue quitte le service.

Une autre psychologue prend le relais jusqu'en décembre 2015.

Novembre 2015

Madame C dit qu'elle va pouvoir partir aux États-Unis, dans un pays sûr ; elle dit qu'elle a un contrat de travail à Washington, chez les Obama.

Décembre 2015

Elle accepte que son médecin traitant remplisse une demande de renouvellement de l'AAH. Elle refuse cependant de prendre contact avec le CMP comme son médecin et la psychologue le lui conseillent. En effet, elle aurait fait un séjour en psychiatrie, placée sous contrainte, et en garde un souvenir terrible. Elle dit qu'elle n'est pas folle.

La travailleuse sociale revoit ses contrats d'assurance pléthoriques, lui fait régler ses factures et ses loyers. Comme elle craint des intrusions, pour la calmer, la travailleuse sociale lui change le cylindre de sa porte.

Alors que la travailleuse sociale remet de l'ordre dans son budget et que la psychologue tente de lui faire accepter de prendre contact avec le CMP, un huissier vient à domicile pour réclamer le paiement de son séjour à l'hôpital psychiatrique : elle n'avait plus de mutuelle et elle doit payer le forfait journalier pour deux mois et demi d'hospitalisation. Elle ne comprend pas qu'elle doive payer alors qu'elle a été hospitalisée contre son gré. L'huissier peut lui retenir 200 € par mois sur son AAH, soit le différentiel avec le RSA⁵².

La deuxième psychologue part fin décembre.

Janvier 2016

La travailleuse sociale continue son travail.

Madame C a un fonds mystique ; elle écrit ce qu'elle vit, ou plutôt idéalise ce qu'elle vit. Elle est très perturbée au quotidien par les nouvelles à la radio, notamment le sort des réfugiés. Elle dépense son AAH en début de mois, surtout pour de l'alcool ; elle est alors tellement alcoolisée qu'elle ne sait plus ce qu'elle a fait, elle perd la mémoire ; comme elle ne sait plus comment elle a dépensé son argent, elle est persuadée qu'on le lui vole ; c'est pourquoi il a fallu changer la serrure de son logement.

Alors qu'elle y habite depuis plusieurs années, Madame C n'a pas investi son logement ; elle est dans l'idée d'un départ, chez son oncle à Z.

⁵² Revenu social d'activité

La travailleuse sociale constate que si la situation de Madame C s'est socialement dégradée, c'est parce que le CCAS, informé de la situation, n'avait rien fait ; en effet, ses agents ne se déplacent pas à domicile.

Son parcours de vie est marqué de nombreuses ruptures. Elle ne s'est jamais vraiment installée dans son logement ; elle est toujours dans l'idée d'un départ.

Elle a été hospitalisée en psychiatrie deux mois, il y a six mois, emmenée par les pompiers, ce qu'elle a vécu comme un traumatisme. À sa sortie, elle a refusé le suivi par le CMP : elle a prétexté un déménagement imminent.

Madame C dépense son argent en début de mois, pour de l'alcool. Suite à ses alcoolisations, elle a des pertes de mémoire : elle est alors persuadée qu'on lui a volé son argent.

En fin de mois, elle sollicite sa voisine pour l'aider financièrement ou pour lui donner à manger. Quand elle n'a pas d'argent pour payer son médecin généraliste, elle lui offre des bouquins ; un lien de confiance a été établi et se maintient depuis quinze ans.

Elle écrit beaucoup.

Ni les travailleurs sociaux de la commune, ni ceux du département ne se déplacent à domicile : ils attendent que les personnes fassent une demande ; si elles ne viennent pas à eux, ils n'interviennent pas.

Février 2016

Madame C dit qu'elle revoit la première psychologue, qu'elle la voit qui se promène nue dans la rue ; c'est Satan.

Mai 2016

La travailleuse sociale fait le lien avec la troisième psychologue.

Celle-ci établit un lien avec tous les intervenants pour la remise en état du logement de Madame C. La présence de la psychologue est nécessaire auprès d'elle durant les démarches et pendant les interventions de nettoyage et de débarrassage.

Juin 2016

Rencontre avec la psychologue. Son AAH est renouvelée.

Octobre 2016

Madame C a disparu depuis trois mois. Elle a quitté son logement ; comme elle habite au rez-de-chaussée, elle a laissé une porte-fenêtre entrouverte et les chats peuvent entrer et sortir.

La gendarmerie a refusé d'enregistrer la déposition de la psychologue pour disparition inquiétante d'une personne majeure au motif qu'elle n'a aucun lien de parenté avec madame C qui est majeure et libre de ses mouvements.

Un signalement a été fait par écrit auprès du procureur de la République.

La DDCS a pu savoir que Madame C était à Paris, qu'elle avait sollicité le 115 en vain pour obtenir un abri - manque de places -, qu'elle avait été, après plusieurs jours à la rue, recueillie dans un centre d'hébergement, qu'elle avait à la fois donné son adresse et dit qu'elle était SDF⁵³.

Novembre 2016

Le dossier de Madame C est sorti du dispositif Médiation logement.

Le bailleur lance une procédure d'abandon du domicile. Lorsque le Tribunal aura donné son accord, la serrure du logement sera changée et la clé gardée à la Mairie. Après trois mois, si Madame C ne réapparaît pas, ses effets personnels seront considérés comme déchets et jetés à la décharge. La mairie ne fera aucun tri, ne récupèrera aucun papier par exemple.

⁵³ Sans domicile fixe

2.3.4. Vignette clinique N° 4 : Madame D

Femme, 57 ans ; suivi de 21 mois.

Madame D est issue d'une famille nombreuse. Du couple parental, elle dit qu'elle aime son père qui était jardinier, mais que sa mère est « une pacha », une prostituée.

Elle a travaillé comme assistante maternelle, comme aide à domicile pour des personnes âgées et a fait des ménages en chambres d'hôte.

Dans les années 1990, Madame D a été suivie en psychiatrie ; elle a été réellement persécutée, maltraitée par son mari et un infirmier passait à domicile pour des injections retard.

Elle touche une pension d'invalidité qu'elle a obtenue pour le motif de dépression.

En 2007, elle a été suivie par une travailleuse sociale de l'ADGESTI dans le cadre d'un projet de réinsertion professionnelle. Elle habitait à Z. À cette époque elle avait deux enfants, et elle a divorcé. On lui a proposé un accompagnement SAMSAH, mais elle l'a refusé.

En 2014, Madame D est suivie par une travailleuse sociale de l'ADGESTI, dans le cadre du FSL, pour un relogement. Elle habite alors à W, dans la commune où habitent ses deux fils, un village éloigné de plusieurs dizaines de kilomètres de Z. Au début, elle jardine ; elle a créé un réseau autour des personnes âgées de sa famille. Puis, elle vit dans le noir, se cache et écrit dans un carnet, car elle a peur que son concubin très violent la retrouve ; elle veut donc déménager. La travailleuse sociale sollicite et obtient l'aide d'une psychologue.

Janvier 2015

Les débuts sont difficiles pour la psychologue. Madame D habite alors à W. Elle rejette tout ce qui ressemble à la psychiatrie. Son fils aîné l'a fait hospitaliser en psychiatrie, il y a trois ans, suite à une tentative de suicide. Depuis cette hospitalisation, elle rejette la psychiatrie et globalement tous les psys.

À sa sortie, son concubin ne l'a pas reprise ; ils vivaient à Z. Madame D a alors été hébergée chez sa mère, à Y. Puis elle a emménagé à W.

Dans son logement à W, Madame D est peu habillée ; elle reçoit la psychologue en nuisette. Elle rapporte des détails sur les sévices sexuels qu'elle a subis, qu'elle a retranscrits dans son carnet ; elle veut montrer les preuves de qu'elle a subi dans son corps. Un jour, sur sa porte d'entrée elle écrit « La passe à 50 euros ».

Mars 2015

Madame D déménage pour Y, dans le parc privé. Elle y rejoint une sœur qui veut l'aider. Cependant, peu de temps après, les deux sœurs ne s'entendent plus, deviennent « ennemies » et se battent dans la rue.

Elle ne s'installe pas vraiment dans son nouveau logement. Des dettes s'accumulent. Elle vole un pot de crème dans un magasin ; elle dit que c'était un appel au secours. Comme le vigile voulait s'assurer qu'elle n'avait pas pris autre chose, elle s'est entièrement déshabillée devant lui.

Elle accepte de faire une demande d'AAH et d'un suivi SAMSAH à la MDPH.

Septembre 2015

Les rendez-vous au domicile sont mal vécus par la travailleuse sociale et par la psychologue, qui n'interviennent pas ensemble. Toutes deux trouvent que l'accompagnement est trop investi par madame D.

La psychologue repère une ambivalence ; ses interventions ne sont acceptées que si des reproches peuvent lui être adressés.

Madame D veut quitter Y. Elle se plaint de son logement : elle habite dans une tour, et ça la choque, car elle n'est « pas un cas social » ; elle dit aussi qu'elle n'est pas folle. On l'épie, elle est au centre de tous les intérêts.

Elle n'a plus de voiture, ni de téléphone. Elle boit beaucoup de café, et elle maigrit à vue d'œil.

Elle regrette sa vie d'autrefois, quand elle avait une vie de famille et des bijoux.

Elle n'a pas défait tous ses cartons de déménagement. Elle ne dort pas dans son lit. Par peur d'une contamination, elle se lave à l'eau de javel.

Elle a des questions lancinantes : puisque sa sœur a divorcé, pourquoi continue-t-elle à vivre avec son ex ? Aujourd'hui, est-il son beau-frère ou son ex beau-frère ?

Lorsque la psychologue voit Madame D en fin de matinée, elle la trouve devant un verre de jus de fruit qu'elle ne boit pas ; elle dit qu'elle est là depuis 6 heures du matin. L'après-midi, elle aide trois personnes âgées : le ménage, le jardin, pour deux femmes et surtout un homme, car, dit-elle, son père qui est en EHPAD⁵⁴ lui manque. L'aide à domicile qui est malade et qu'elle remplace de fait, c'est sa sœur.

Elle dit que le maire ne la reconnaît pas comme une administrée, qu'il lui reproche d'avoir battu sa mère.

Sa famille l'a insultée sur Facebook. Elle a écrit une lettre à son père. Elle a voulu que cette lettre soit affichée dans la chambre de son père pour que sa mère et sa sœur la voient.

Madame D dit qu'elle ne peut plus sortir, mais en fait elle sort beaucoup. Son réfrigérateur est plein de boîtes de conserves. Elle ne dort pas dans son lit, mais sur le canapé ; elle a des sueurs intenses, fait des poussées d'hypertension artérielle.

Elle a le projet de déménager à X, à mi-chemin entre Y et W, et pas trop loin de Z où elle avait un réseau ; elle pourrait y être aidée à domicile. Son médecin est à Z, pas loin de X.

Décembre 2015

La travailleuse sociale ne va plus au domicile : elle la rencontre au centre social de Y ce qui la fait réagir : « Vous ne pouvez pas venir chez moi ? Si je tombe ce sera de votre faute », « Vous me lâchez au moment où j'ai le plus besoin de vous ». Elle continue à travailler autour du budget.

Madame D s'occupe de Monsieur L qui est âgé. Mais elle se plaint de harcèlement.

Elle travaille jusqu'à l'épuisement. C'est la fille de son père. Celui-ci disait qu'on n'a pas travaillé tant qu'on n'a pas mal aux mains. Elle se dépense énormément physiquement.

⁵⁴ Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

Mai 2016

La travailleuse sociale ne rencontre plus Madame D : les échanges se font par courrier. Madame D rencontre à nouveau l'assistante sociale de secteur.

La psychologue la rencontre toujours au centre social. Madame D a fait une demande d'AAH, de RQTH et de suivi SAMSAH : elle attend la visite d'une infirmière de l'équipe pluridisciplinaire de la MDPH.

L'assistante sociale de secteur a recommandé à Madame D de voir un psychologue. Madame D lui a répondu qu'elle voyait la psychologue de l'ADGESTI ; il semble que c'est en faisant cette réponse qu'elle a réalisé qu'elle était psychologue.

« Quelque chose se reconfigure » estime la psychologue.

Octobre 2016

La CDAPH a reconnu à Madame D un taux d'incapacité de 30%. Elle a obtenu une orientation vers un SAMSAH.

Elle continue à vouloir une maison à X, avec un jardin, commune proche de celle où elle dit avoir des amis et pas éloignée du cabinet de son médecin.

Elle vient de revoir un de ses fils âgé de 30 ans, celui qui lui ressemble. Elle l'a aperçu à une fête du village, mais elle a fui, paniquée. Elle communique cependant depuis avec lui par SMS⁵⁵. Ils n'ont encore pas osé se rencontrer.

Elle a un compagnon, un pauvre type qu'elle a pris sous son aile.

Elle continue à passer du temps auprès des personnes âgées qui étaient suivies par sa sœur, et se fait payer pour cela.

⁵⁵ *Short message system*

2.3.5. Vignette clinique N° 5 : Monsieur E

Homme, 62 ans ; suivi de 24 mois

Monsieur E vit en célibataire avec de nombreux animaux. Il est menacé d'expulsion pour troubles graves du voisinage.

Monsieur E aime rappeler qu'il est issu d'une famille anoblie. Il a déjà été expulsé il y a quatre ans du parc public, pour troubles du voisinage.

Monsieur E mesure 1,80 m et est plutôt maigre. Il a été marié, et il a deux enfants majeurs, une fille et fils, qu'il voit peu. Il vivait dans le monde hippique quand il a été victime d'une chute ; de sa fracture du crâne, il dit n'avoir aujourd'hui aucune séquelle, à part quelques douleurs physiques qui réapparaissent de temps en temps et des troubles à type de dérochement d'une jambe.

Le regard vif, le verbe haut, Monsieur E est perçu comme impressionnant, voire inquiétant, et surtout très envahissant. Il captive ses interlocuteurs dans son discours.

L'assistante sociale du secteur, excédée par le fait qu'il la renvoie toujours à une supposée incompétence, a renoncé à toute action envers Monsieur E pour l'aider à se reloger.

Il y a quatre ans, il a été expulsé d'un logement HLM, en pleine ville, pour troubles du voisinage. Monsieur E vivait seul ; il avait alors trois gros chiens et deux chattes. Ce seraient les nuisances animales qui seraient à l'origine des plaintes des voisins, puis les réactions de Monsieur E face à ses plaintes qui s'est emporté à plusieurs reprises et a été perçu comme menaçant.

Il a alors trouvé un appartement dans un village ; il a effectué ses démarches seul à la suite de son expulsion. Il a été locataire durant 3 ans, mais la propriétaire n'a pas voulu renouveler le bail, du fait de relations tendues ; cependant il n'a pas quitté le logement à la fin du bail, et il est donc occupant sans titre. La propriétaire n'a pas lancé de procédure d'expulsion.

Monsieur E, suite à son accident, percevait depuis de nombreuses années l'AAH ; il percevait aussi une aide du FSL du Département ; ainsi qu'il est prévu, c'est le propriétaire qui reçoit directement le montant de l'Aide personnalisée au logement (APL) de la Caisse d'allocations familiales, ici d'un montant égal aux 2/3 du loyer. Monsieur E a fait valoir ses droits à la retraite à l'âge de 60 ans. Les démarches ont été compliquées ; il a donc perçu sa pension avec retard. Durant plus d'un an, il a continué à percevoir indument l'AAH. Quand il a déclaré à la CAF qu'il touchait une pension de retraite, celle-ci a suspendu son AAH et l'APL pour se rembourser ; elle a voulu récupérer les sommes versées au titre de l'AAH durant les premiers mois de la retraite : elle a donc suspendu le versement de l'APL à la propriétaire. Monsieur E continue cependant à verser chaque mois le tiers du loyer, en liquide.

Quand il a appris que sa propriétaire ne renouvelait pas son contrat de bail, Monsieur E a sollicité l'assistante de service social de son secteur pour un relogement ; comme il ne voulait pas lui communiquer de documents le concernant, elle a renoncé et a demandé une aide au service du FSL.

Une assistante de service social de l'ADGESTI a rencontré Monsieur E, mais elle n'a pas pu obtenir de lui une copie d'une pièce d'identité, ni de renseignements clairs sur ses revenus (éléments indispensables pour toute

démarche de recherche de logement) ; il était alors en démarches auprès de sa caisse de retraite. Perdue par le flot de paroles de Monsieur E, elle a essayé d'obtenir des informations sur lui en s'adressant à divers organismes, ce qu'il n'a pas supporté, ne tolérant pas qu'on se renseigne sur sa vie privée. Elle a écrit un rapport constatant l'impossible collaboration avec Monsieur E et elle a été dessaisie du dossier. Monsieur E a été soulagé de ne plus avoir affaire à cette personne : en effet, elle ressemblait trait pour trait (« comme deux gouttes d'eau » dit-il) à une stagiaire qu'il avait vue chez sa propriétaire commerçante.

Une éducatrice spécialisée de l'ADGESTI a été sollicitée, par l'intermédiaire du dispositif préfectoral AVDL, pour aider Monsieur E. Ne pouvant obtenir elle non plus les renseignements minimaux, elle a renoncé après quelques rencontres. Monsieur E n'avait pas confiance en elle, car elle avait peur de ses chiens.

Un psychologue de l'ADGESTI est alors allé rencontrer Monsieur E. L'objectif des rencontres était d'arriver à le reloger. Les entretiens ont duré neuf mois. À l'issue de ceux-ci, le psychologue a passé le relais à un infirmier de l'ADGESTI, avec l'accord de Monsieur E, pour une recherche effective de logement.

Monsieur E n'arrête pas de faire des digressions. S'il veut dire par exemple qu'il a demandé à rencontrer le maire de la commune, mais que la secrétaire de la mairie lui a répondu qu'il était absent, il dira qu'en sortant de chez lui pour aller à la mairie, il a croisé une voisine qui lui a fait une remarque sur son chien, que cette voisine lui a déjà adressé la parole dans une autre circonstance avec le même manque de courtoisie, notamment le jour où il revenait de la gendarmerie où il venait de porter plainte encore une fois parce qu'on l'avait frappé, mais que sa plainte n'avait pas été recevable parce qu'il n'avait pas de certificat médical, alors que la fois précédente il en avait obtenu un de l'hôpital, mais qui lui avait été volé dans son jardin en même temps que d'autres papiers compromettants pour sa propriétaire qu'il avait mis de côté, mais qu'elle n'en était pas à son premier coup d'essai, qu'elle a même mis un aspic dans un panier et qu'il a eu de la chance de ne pas se faire mordre parce qu'un pompier qu'il a appelé lui a dit qu'il en serait mort, et que quand il avait été hospitalisé pour coups la dernière fois, il était sorti en pleine nuit de l'hôpital, qu'il n'y avait plus d'ambulances ni de taxi, qu'il avait été pris en stop par un jeune couple, qu'ils avaient été gentils de le raccompagner dans sa campagne, qu'ils connaissaient ce village, qu'il leur avait alors demandé s'ils y venaient pour acheter de la drogue, parce sa propriétaire asiatique, derrière son commerce, en vend, mais qu'ils n'avaient pas l'air au courant, mais que la voisine, elle devait bien le savoir, qu'il ne voyait pas ce qu'elle pouvait lui reprocher, que ses chiens n'avaient jamais été menaçants, que lui-même ne se permettrait pas de faire des remarques aux autres, alors qu'on lui fiche la paix, parce que, quand même, dans ce village, beaucoup se sont rangés du côté de sa propriétaire, y compris le maire, et que c'est pour ça qu'il voulait le voir, parce que malgré ses plaintes il n'a jamais rien fait pour lui, etc. Ce discours peut durer plusieurs dizaines de minutes.

Lorsqu'il ne va pas bien, Monsieur E peut appeler le psychologue durant plus d'une heure, et lui rappeler tout ce qu'on lui a fait subir ces dernières années. Tout ce qu'il raconte alors semble vrai, à aucun moment le psychologue n'a pu trouver de contradiction dans le discours de Monsieur E. Certains éléments ne sont apparus qu'au cours des mois de rencontres ou d'entretiens téléphoniques, au fur et à mesure de la confiance que Monsieur E a mise dans le psychologue. À un moment, alors qu'il avait affirmé au psychologue avoir remis un document à un service, il a avoué qu'il venait de perdre le document, et qu'il avait donc menti lorsqu'il avait dit l'avoir déjà transmis ; il l'a fait spontanément, sans chercher à s'en excuser, à peine gêné du mensonge.

Au cours des mois d'entretiens, le psychologue a remarqué que certains événements revenaient souvent dans le discours de Monsieur E. Malgré toutes les digressions autour de sa famille, de sa noblesse, de ses nombreuses connaissances, des attaques dont il est l'objet, en fin de compte, après de nombreuses heures de discours, Monsieur E finit par dire toujours la même chose. Même si des événements récents viennent l'alimenter un peu plus, son univers semble clos, fermé sur lui-même.

Ce qui semble important pour Monsieur E, c'est de connaître et d'être connu de nombreuses personnes socialement bien placées. Il ne semble pas affabuler, et doit effectivement avoir croisé de nombreuses personnes politiques, religieuses, militaires, toutes ayant du prestige et/ou du pouvoir. Il sait dire quand, dans quelles circonstances et où il les a rencontrées, et semble savoir le leur rappeler lorsqu'il les croise à nouveau. De ces connaissances il ne tire aucun profit, aucun avantage ; il ne les sollicite pas quand il est en difficulté. Par contre, il fait savoir à ceux qu'il sollicite dans quel réseau social il évolue. Cependant, il ne dévoile que petit à petit l'ampleur de son réseau ; et il semble garder quelques secrets en réserve.

Lorsqu'il est attaqué, Monsieur E fait appel à des hommes de loi : des huissiers, des avocats ; il fait des procès, cite les jugements en donnant tous les titres du juge. Il porte plainte et connaît les grades des policiers et des gendarmes auxquels il a affaire.

Une seule fois, alors qu'il était exaspéré, il a dit au psychologue qu'il pourrait prendre un fusil pour tuer sa propriétaire et se tuer ensuite. Il a ensuite, à plusieurs reprises, dit que ce n'était qu'une idée, qu'il ne le ferait jamais.

Alors qu'il était suivi par l'infirmier, il a menacé une assistante sociale de « lui faire son affaire », sans qu'on puisse savoir ce qu'il entendait par là.

Monsieur E est très procédurier, mais il n'y connaît pas grand-chose à la justice. Il se trompe dans les juridictions, et fait allusion à « la Loi » sans plus. Il dit par exemple « qu'il est interdit de par la Loi » que le psychologue écrive quoi que ce soit le concernant sans lui en faire une copie. Il affirme aussi que son logement a été déclaré « indigne » par le Conseil général et le Conseil régional, alors qu'il a été déclaré « indécent » par le Conseil général et l'Agence régionale de santé ; lorsqu'il lui est donné la rectification, il l'admet, mais il l'oublie et il reprend plus tard son discours antérieur.

Dans les derniers entretiens avec le psychologue dans son bureau, il laisse échapper, au moment où il ne met pas la main sur des documents qu'il devait apporter, « qu'est-ce qu'elle m'a encore fait ? » en parlant de sa propriétaire, seul signe d'un possible début de délire paranoïaque, encore qu'il soit possible que sa propriétaire ait commis quelques vols à son endroit.

Cependant aucun signe d'une personnalité paranoïaque n'est flagrant. Tout au plus pourrait-on voir chez lui un sentiment d'être au-dessus des autres, de par ses racines nobles, mais sans délire des grandeurs ; une certaine méfiance vis-à-vis des autres, un rapport particulier à la Loi, peut-être une complaisance à vivre dans le conflit, mais sans délire de persécution. Mais pourtant, au cours des entretiens avec le psychologue, des allusions de plus en plus présentes à l'homosexualité sont apparues.

Il est intéressant de noter qu'à la suite de son expulsion d'un appartement en ville, Monsieur E ait cherché et trouvé un logement dans un village, et que dans sa recherche d'un autre logement, il préconise lui-même un

logement sans voisins en sortie de bourg. Il reconnaît ainsi implicitement que la présence d'autrui est une gêne pour lui, ou que son comportement peut être une gêne pour les autres.

Ce qui est certain, c'est que même si ses rapports avec sa propriétaire étaient tendus, c'est l'arrêt du paiement de l'APL par la CAF qui a été à l'origine du non renouvellement du bail. Ainsi, Monsieur E ayant eu des difficultés à faire valoir ses droits à la retraite, pour des problèmes de papiers à fournir – ce qui est récurrent chez lui – a perçu indument de l'AAH qu'il a dépensé et qu'il ne peut – et ne veut – pas rembourser, ce qui interrompt tout versement par la CAF ; cela le met en situation délicate avec son ancienne propriétaire ; cela compromet aussi la signature d'un autre bail avec un nouveau propriétaire car, avec sa petite retraite, sans allocation logement, il n'a pas les moyens de payer un loyer.

Même s'il a fini par fournir les documents à la caisse de retraite, ne l'ayant pas fait à temps, il est mis dans une situation inextricable. Il ne se rend pas compte des conséquences de sa déficience ; il persiste encore aujourd'hui dans sa réticence à fournir des papiers, ce qui risque de le conduire à la rue, car il ne supportera aucune solution sociale d'urgence (foyer logement collectif).

Avril 2016

La Préfecture a demandé l'hospitalisation sous contrainte de Monsieur E, d'abord pour le protéger d'une réelle menace de ses voisins, mais aussi pour une expertise psychiatrique.

Le psychologue de l'ADGESTI l'a rencontré durant son hospitalisation : aucun traitement ne vient à bout de la logorrhée de Monsieur E dont le discours est centré sur sa soif de justice. Il peut faire l'effort d'envisager sa sortie dans un autre logement plus approprié, mais au cours de la conversation il revient les injustices dont il a été l'objet et qui l'envahissent. Hospitalisé sous contrainte, il ne pourra sortir qu'avec la mise en place d'un suivi par le CMP ; le psychiatre ne se fait aucune illusion sur l'effectivité de ce suivi. Après plus d'un mois d'hospitalisation, aucun diagnostic n'a été avancé.

Octobre 2016

Après sept mois d'hospitalisation, bien qu'il n'ait reçu aucun traitement psychotrope, Monsieur E est devenu beaucoup plus calme. Il envisage sereinement sa sortie. Cependant le logement qui lui conviendrait sera difficile à trouver : une maison sans voisins immédiats, en sortie d'un bourg avec un passage régulier d'un transport en commun, pour un loyer modique.

Avant le début de la trêve hivernale, Monsieur E a été expulsé. Prévenue juste à temps, l'ADGESTI a pu organiser un déménagement partiel pour mettre à l'abri les effets les plus sensibles de Monsieur E, qui, sinon, aurait tout perdu.

La DDCS a accordé un suivi dans le cadre de l'AVDL pour aider Monsieur E à se reloger à sa sortie de l'hôpital.

2.3.6. Vignette clinique N° 6 : Madame F

Femme, 62 ans ; suivi de 6 mois

Madame F vit seule dans son logement. Elle a trois chats, dont un qui est malade. Elle perçoit le RSA.

Une procédure d'expulsion est en cours, au stade de la réquisition de la force publique, pour troubles de jouissance (mauvaises odeurs, poubelles et détritres). Le service santé environnement de la ville a tenté d'intervenir, en vain. Suite à un dégât des eaux, son logement a été désencombré et complètement nettoyé : elle a ainsi une dette vis-à-vis du bailleur qui correspond aux frais de nettoyage et d'huissier.

Madame F a un problème d'addiction à l'alcool. Le logement est très encombré, certaines pièces sont inaccessibles. Madame reçoit des personnes qualifiées de « bizarres » par les voisins. Elle appelle souvent la police car on lui fait des tags sur sa porte d'entrée, on lui met de la colle dans sa serrure (ce qui l'empêche de rentrer chez elle). L'huissier décrit une forte odeur d'urine de chat dès le palier ; il indique qu'il y a 50 cm de déchets dans le logement, qu'il s'agit d'une déchèterie, que les voisins vivent un enfer.

Madame se déplace difficilement car elle a des problèmes de hanches. Compte-tenu de l'état de son logement, elle manque d'accessibilité à son lavabo ; elle a une hygiène très limitée.

Un relogement s'avère d'emblée problématique du fait de son incurie.

Madame F a immédiatement accepté de rencontrer la psychologue et de prendre rendez-vous avec le CCAS pour établir un dossier de surendettement. Elle a accepté d'être accompagnée pour obtenir un colis alimentaire. Le logement est jonché de détritres. Madame explique à la psychologue qu'elle a peur d'une intrusion dans son logement ; c'est pourquoi elle vit sur son canapé avec ses trois chats et l'entoure de tas d'objets, car ainsi les intrus feront du bruit et ne pourront pas la surprendre. Elle vit dans la peur d'être agressée. « On » lui en veut, mais elle ne peut pas identifier ce « on ».

Madame F est mal dans sa peau et se néglige. Elle se nourrit très mal et elle est diabétique. Elle se sent persécutée : un simple mégot trouvé devant chez elle déclenche de l'agressivité, c'est la trace de quelqu'un qui l'épiait.

Elle parle d'un avion dans lequel les personnes auraient commis des actes de cannibalisme, ce qui l'horripile. Elle en parle comme si c'était actuel.

Sa mère est décédée il y a deux ans. C'est depuis cet événement qu'elle entasse des objets. Elle a peur que des squatteurs viennent chez elle la nuit.

Madame F est d'origine grecque. C'est pourquoi elle ne mange que de la nourriture grecque.

Les entretiens avec la psychologue la ramènent petit à petit vers la réalité.

Elle accepte l'idée d'une aide à domicile afin de l'aider à mieux gérer son logement ; elle reconnaît qu'elle se sent débordée par le ménage.

Pour un déménagement, elle revient sur son exigence première d'avoir d'un balcon : en fin de compte, elle se contenterait d'une porte-fenêtre ; elle n'aime pas se sentir enfermée. Par contre, elle ne se séparera jamais de ses trois chats.

Madame F a été relogée par le même bailleur social dans une autre ville. Elle est suivie par un autre service social. L'intervention de la psychologue ne se justifie plus.

Remarque sur les vignettes cliniques

Ces six vignettes cliniques nous ont été fournies par les psychologues de l'ADGESTI lors des réunions de service et au cours d'entretiens individuels qui m'ont été accordés ; une de ces vignettes provient d'un suivi personnel. Même si pour certaines des interventions à domicile une travailleuse sociale intervenait parallèlement, nous n'avons que très peu d'éléments sociaux à notre disposition. En effet, ces accompagnements sont limités dans le temps et ne font l'objet que de visites à domicile à raison d'une ou deux fois par mois, et ils ne permettent donc pas le recueil, habituel dans d'autres contextes, d'éléments sociaux pouvant nous aider à comprendre la détresse sociale des personnes. De plus l'intervention revêt un certain caractère d'urgence de la part du psychologue, et il est donc centré sur l'ici et le maintenant. Enfin il n'est pas demandé de rapport complet au psychologue, il ne doit indiquer que si la personne a pu être rencontrée, si elle est suivie ; les résultats de son action apparaissent pour le bailleur d'une manière concrète par la reprise d'un contact, le retour des paiements des loyers, la cesse de la plainte des voisins, etc. Il n'est pas donc pas sollicité – ni rémunéré - pour faire un compte-rendu exhaustif de la situation de la personne.

Conclusion du chapitre 2

Nous avons, dans ce chapitre, présenté quelques vignettes cliniques qui nous paraissent refléter d'une manière exemplaire les difficultés de personnes en situation délicate dans leur logement et qui ne bénéficient pas des dispositifs sensés les protéger. Ces éléments d'observation nous permettent de mieux saisir les situations dans lesquelles se trouvent ces personnes qui ne relèvent pas d'un dispositif de soins psychiatriques. Elles ne sont pas sous traitement d'un quelconque médicament psychotrope, elles ne bénéficient pas non plus d'un suivi médical pour une quelconque affection psychiatrique. Aucun diagnostic médical n'a été posé. Elles ne bénéficient pas, pour la plupart, d'un statut de personne handicapée reconnu par la MDPH, ou alors pour des raisons purement physiques. Et pourtant, au vu de leur vécu, nous estimons qu'elles sont bien en situation de handicap d'origine psychique.

Ces personnes sans demande ont été abordées par des psychologues, qui ont ainsi pu nous les décrire. Nous allons voir de quelle manière des praticiens ont pu venir à leur rencontre.

3. Les psychologues

Nous avons abordé, dans les deux premiers chapitres de cette deuxième partie, le contexte dramatique des expulsions locatives et les dispositifs d'aide aux personnes vulnérables pour leur venir en aide dans ce cadre. Nous avons aussi décrit des personnes qui échappent aux dispositifs de droit commun pourtant mis en place, personnes qui n'ont plus aucun lien social et qui sont dans une situation de handicap psychique. Elles ont été décrites par des psychologues cliniciens qui vont à leur rencontre à leur domicile et qui, la plupart du temps, parviennent à les sortir de l'impasse dans laquelle elles se trouvaient. Nous allons voir la manière dont s'y prennent ces psychologues cliniciens.

Les psychologues

Les psychologues cliniciens dont il est question sont des salariés de l'ADGESTI. Pour le dispositif expérimental dont nous parlons ici, ils sont recrutés dans le cadre de subventions accordées par l'État, reconduites d'année en année depuis 2007. S'agissant de financements non pérennes, l'ADGESTI ne peut leur proposer que des Contrats à durée déterminée (CDD) ; de plus il s'agit de temps très partiels.

Le recrutement de ces psychologues n'est pas aisé. La première responsabilité de l'ADGESTI, en tant qu'employeur, est de garantir la sécurité et la santé des salariés et des usagers ; il s'agit d'une obligation pénale du directeur général. C'est pourquoi, au moment du recrutement, l'employeur s'assure, autant que faire se peut, que le candidat a toutes les qualifications et qualités requises pour cette intervention à domicile. Le psychologue recruté doit avoir une solide formation théorique et pratique en psychopathologie : pour ne pas se mettre en danger, et pour ne pas mettre en danger l'utilisateur ou l'entourage, il lui faut pouvoir faire un rapide diagnostic différentiel, ne pas passer à côté d'une paranoïa notamment, pathologie la plus fréquente dans les cas qui sont traités dans ce cadre. Cette capacité s'acquiert tant dans la formation initiale que dans les groupes d'Analyse de la pratique, dans les entretiens de supervision, dans la participation à des groupes de travail à l'intérieur comme à l'extérieur de l'ADGESTI. Le psychologue doit avoir une posture bienveillante et une bonne distance permettant une sécurisation de l'entretien. Cette attitude s'acquiert souvent sur le terrain, au contact de professionnels plus chevronnés. C'est pourquoi l'employeur recherche des psychologues compétents et aguerris.

Mais le plus difficile, pour ce recrutement, est de trouver des psychologues qui acceptent, outre de se déplacer au domicile des personnes, de travailler sans « demande » de la part de celles-ci : souvent dans le déni de leurs difficultés psychiques, les personnes en souffrance psychique ne sont pas demandeuses d'une aide quelconque, encore moins de la part d'un « psy ». La formation des psychologues ne les prépare pas habituellement à ce type d'intervention. Alors que des travailleurs sociaux ont l'habitude, depuis des décennies, de travailler à domicile auprès de personnes sans demande, que ce soient les éducateurs de la prévention spécialisée, les travailleurs sociaux en milieu ouvert dans le cadre de la protection de l'enfance par exemple, ceux des Services d'accompagnement à la vie sociale pour les adultes handicapés, etc.

Plus récemment, et depuis la loi de février 2005, les équipes pluridisciplinaires des Services d'éducation spécialisée et de soins à domicile et des Services d'accompagnement médico-social des adultes handicapés se

déplacent à domicile, et donc, parmi les intervenants, des psychologues ; de même certains psychologues d'équipes de soins en addictologie, ou pour d'autres problèmes de santé. De plus, certains psychologues des équipes mobiles, qui s'adressent aux personnes à la rue, interviennent à l'endroit où elles peuvent rencontrer les personnes en difficulté, que ce soit dans les squats, dans les lieux publics les plus divers comme les gares, les parkings, etc. Ce qui apparait là, c'est que certaines personnes ne feront pas la première démarche pour aller rencontrer un psychologue, et que c'est à eux d'aller vers ces personnes si elles sont en grande souffrance.

À l'ADGESTI, les psychologues du SAMSAH interviennent souvent au domicile des personnes, au même titre que le psychiatre, les infirmiers psychiatriques, les travailleurs sociaux, l'aide médico-psychologique et les auxiliaires de vie sociale. Cette culture de l'intervention à domicile a permis à une psychologue du SAMSAH de mettre en place une première expérimentation appelée *Médiation expulsion* à Allonnes. Ainsi la formation continue, organisée et informelle, peut-elle permettre à des psychologues d'acquérir les compétences nécessaires pour une intervention en solo à domicile.

Ce chapitre comprend les sections suivantes :

3.1 Le contexte de la rencontre

3.2 La méthodologie d'approche des personnes concernées

3.3 L'action du psychologue

3.1. Le contexte de la rencontre

Le dispositif particulier dans lequel interviennent les psychologues sera décrit dans le quatrième et dernier chapitre de cette partie. Cependant, pour bien comprendre comment les psychologues sont amenés à devoir rencontrer les personnes recluses chez elles, nous allons anticiper en décrivant le fonctionnement de ce qui est appelé des « plateformes » qui sont les seules à pouvoir déclencher leur intervention ; elles se situent à l'échelon de plusieurs communes du département.

Le contexte

Le Comité technique de chaque plateforme de chacune des différentes villes se réunit environ tous les deux mois sur son territoire. C'est un bailleur qui expose ses difficultés avec un ménage. Il livre les informations nécessaires à la compréhension du cas : il s'agit soit d'impayés de loyer, soit de troubles du voisinage (bruits nocturnes notamment) ou encore d'incurie (le plus souvent amonçèlement d'ordures dans les logements avec dégagement d'odeurs). Cependant, le bailleur peut aussi évoquer le cas de personnes qui l'inquiètent : souvent des troubles du comportement - comme des incivilités - soit envers les représentants du bailleur et qui amènent une souffrance dudit personnel, soit envers les voisins qui disent ou bien leur propre peur, ou bien leur inquiétude pour la personne en question. Lorsque le bailleur expose le cas d'un ménage pour lequel il envisage

de demander l'expulsion du logement, c'est que, en plus des impayés ou des troubles, il n'a plus de contacts avec les locataires.

Dans un premier temps, le locataire est avisé par courrier que son cas va être examiné au sein de la commission, sauf s'il s'y oppose ; l'absence de réponse est interprétée comme un non-refus ; ceci qui peut poser quelques difficultés légales du fait du partage d'informations confidentielles concernant des tiers sans leur accord explicite. La charte de déontologie mise en place, si elle encadre le fonctionnement et engage chacun des participants à une discrétion professionnelle, pourrait ne pas paraître suffisante en cas d'attaque judiciaire d'un locataire. Nous pourrions nous interroger de la réaction d'une personne dont la paranoïa aurait été méconnue. Il n'est pas rare que le ménage, qui reçoit le courrier l'informant de la prochaine réunion, se rapproche alors sans délais du bailleur et trouve avec lui un début de solution au problème ; pour certaines personnes, le courrier a un effet de « réveil », de remobilisation, d'avertissement, voire d'alerte, qui suffit à les faire réagir.

Lors de la réunion du Comité technique, un premier tour de table permet de savoir si le ménage est connu d'un des interlocuteurs ; comme le nom des personnes figure sur l'invitation à la réunion, les différents partenaires ont pu déjà faire une rapide recherche dans leurs propres services pour éventuellement retrouver la trace d'un précédent suivi. Si un des participants pense qu'il peut reprendre un contact avec le ménage, le cas est renvoyé à la réunion suivante. Il est à noter que, dès que le cas est exposé à la Commission technique de la plateforme, le bailleur renonce, pour un temps, à lancer la procédure d'expulsion, et qu'il prend ainsi le risque de perdre deux mois de loyers supplémentaires si aucun contact n'est repris dans ce laps de temps. À la longue, cette situation invite en fait le bailleur à saisir la commission de plus en plus précocement, et cela a pour effet que les situations qui sont exposées ne soient plus aussi dégradées qu'auparavant.

Lors de l'exposé d'une situation, le psychologue de l'ADGESTI peut être amené à demander quelques explications complémentaires au bailleur, à donner son sentiment d'après ce qui est exposé, ou quelques conseils, voire quelques mises en garde – notamment des rappels à la Loi dans des cas de maltraitance manifeste ou d'abus de personnes vulnérables -. Cette action des psychologues, du fait de leur présence et de leur expertise est très appréciée des participants. Ce sont souvent des éléments de psychopathologie qui sont expliqués, parfois des conseils de posture face à certaines manifestations des troubles. Le psychologue peut aussi suggérer la saisine d'un autre service plus compétent, notamment lorsqu'il s'agit de troubles psychiatriques manifestes, d'addictions, de mineurs en danger, etc.

Lorsque le constat est fait qu'aucun contact ne peut être établi avec le locataire, une demande est faite de l'intervention du psychologue de l'ADGESTI. Il est convenu par convention que le bailleur suspende toute démarche d'expulsion durant tout le temps d'intervention du psychologue, à la condition que la situation soit revue tous les deux mois en Comité technique et qu'il y ait « des effets de changement » : si rien ne bouge dans les quatre mois, la procédure d'expulsion est mise en œuvre par le bailleur. Le psychologue a donc entendu l'exposé de la situation lors de la réunion. Cependant, comme une dizaine de cas sont évoqués et comme il n'y a qu'un cas ou deux où il est sollicité, il n'a souvent noté que peu d'éléments, attentif à bien comprendre ce dont il s'agit et non à noter le contexte.

À l'issue de la réunion, le psychologue prend donc contact avec des interlocuteurs concernés pour obtenir les renseignements dont il a besoin. Il lui reste ensuite à entrer en contact avec le ménage.

Alors que la demande du bailleur va être que des liens se renouent au plus vite entre lui et son locataire, de façon à obtenir une résolution la plus rapide possible d'un problème entre eux, le rôle du psychologue va consister à entrer en relation avec une personne afin d'entendre son point de vue sur ce qui lui arrive. C'est parce qu'il est psychologue qu'il va pouvoir tenir cette posture de résistance à la pression du bailleur d'en finir au plus vite, afin de pouvoir respecter le temps dont la personne a besoin pour se laisser « apprivoiser », pour que s'installe une relation de confiance, nécessaire à la future mise en place d'un accompagnement. Le psychologue se présente comme salarié de l'ADGESTI, chargé, par la commission technique de la plateforme, de venir voir ce dont il s'agit. Si besoin, il précise qu'il ne vient pas au nom du bailleur (notamment pas pour le règlement de la dette), ni même au nom d'un quelconque pouvoir public.

Lors de la « Réunion logement » mensuelle de l'ADGESTI, les psychologues sont amenées – dans les faits, ce sont des femmes - à décrire la manière dont elles s'y sont prises pour la première prise de contact. Il s'agit tout le temps de cas par cas, selon la situation et en fonction de la personnalité de la psychologue. Le ménage peut être contacté par courrier : suite à la première lettre adressée par le CCAS, après étude de la situation au sein de la commission technique, la psychologue indique qu'elle est chargée par ladite commission d'aller rencontrer la personne concernée. Le courrier indique la date d'un rendez-vous à domicile, mais aussi un numéro de téléphone fixe où joindre la psychologue si la date ne convient pas. Le locataire peut aussi être appelé par téléphone ; la proposition de rencontre se fait alors soit directement, soit par un message laissé sur le répondeur. Dans de rares cas, le ménage a déjà été accompagné par l'ADGESTI. C'est alors une personne qui la connaît déjà qui tente de reprendre contact ; dans un second temps, elle introduira la psychologue. Lorsqu'on sait que la personne ne prend plus son courrier et lorsqu'on ne peut pas la joindre au téléphone, la psychologue se rend alors directement au domicile pour tenter une rencontre impromptue. Pour obtenir des renseignements complémentaires à ceux du bailleur et des partenaires, la psychologue peut, parfois, prendre contact avec un membre de la famille que l'on sait mobilisé ou remobilisable. Il s'agit souvent d'un frère ou d'une sœur, d'un parent, qui est ou qui a été récemment en contact avec la personne concernée. La personne peut servir d'intermédiaire pour provoquer une première rencontre ; elle peut aussi apporter des éléments de la vie quotidienne qui permettront d'aller au-devant de la personne au moment le plus favorable.

Il est à noter que, lorsque la personne est déjà connue de la psychiatrie, c'est un soignant de l'Établissement public de santé mentale (EPSM) qui va entrer en contact avec elle. S'agissant d'un service public, il ne peut agir sans l'accord express de ladite personne ; c'est pourquoi il est mis en relation avec le « patient » par l'intermédiaire du bailleur qui lui demande son accord de lui présenter cet agent, ce qui change la nature de la première rencontre, puisque d'emblée une des deux parties du conflit introduit le tiers. Notons a contrario que la psychologue de l'ADGESTI peut s'annoncer seule, mandatée par une commission externe au conflit, sans faire allusion à des troubles psychiques mais seulement à une situation sociale dégradée, voire uniquement une inquiétude de l'environnement. Autre limite, l'agent de l'EPSM ne peut intervenir que deux fois à domicile. Il doit réussir à conduire la personne à des collègues, à provoquer la rencontre, et à mettre en place les déplacements, en seulement deux rencontres. Nous voyons que, la plupart du temps, le lien se rompt très vite. Nous insistons sur la nécessité de « prendre le temps de la personne », ce que peut heureusement faire la psychologue clinicienne dans le cadre de ce dispositif.

Une question s'est posée au sein de l'ADGESTI : la psychologue doit-elle faire mention de sa qualité de psychologue ? Si oui, à quel moment ? Certaines psychologues, faisant référence au Code de déontologie des

psychologues, ont indiqué la nécessité, pour elles, de faire état de leur métier. Voici le passage sur lequel elles s'appuient :

« Le psychologue exerce différentes fonctions à titre libéral, salarié du secteur public, associatif ou privé. Lorsque les activités du psychologue sont exercées du fait de sa qualification, le psychologue fait état de son titre. »

Certaines préfèrent ne pas aborder ce sujet avec le ménage, ayant par expérience vécu la situation d'une rupture brutale du lien à l'annonce de leur profession. Il a été convenu à l'ADGESTI que la psychologue fait état de sa qualification si possible, et dès que possible, à l'appréciation de la professionnelle. L'important est d'en parler lors des Réunions logement avec les collègues pour mesurer les effets de l'annonce. En effet, la plupart du temps, la population ne fait pas de différence entre un psychologue, un psychiatre, un psychothérapeute, etc. C'est un « psy », et pour certains « c'est pour les fous » ; et ils peuvent affirmer d'emblée qu'ils n'en ont « pas besoin ». Ce qui amène la psychologue à devoir expliquer son rôle, chose pas toujours évidente face à certaines personnes suspicieuses et dans le déni d'une psychopathologie. Rares sont les cas d'un refus total et définitif, mais c'est arrivé.

Conclusion de la section 3.1

Nous avons pu rapidement décrire le contexte de la rencontre des personnes décrites avec la psychologue clinicienne. Nous allons étudier comment sont abordées et accompagnées ces personnes si vulnérables, comment s'est constituée avec le temps une véritable méthodologie de la rencontre.

3.2. La méthodologie d'approche des personnes concernées

Lorsque la Commission technique d'une plateforme a constaté son impuissance pour renouer un lien social avec un ménage, la psychologue est interpellée pour intervenir. Elle a, à partir de ce moment, « carte blanche » ; c'est-à-dire d'une part, en tant que cadre, toute liberté donnée par son employeur (l'ADGESTI) pour organiser son travail, et, d'autre part, toute liberté pour conduire sa mission dans le respect des règles déontologiques de la profession. De plus, comme il s'agit d'un dispositif expérimental, elle n'a aucune référence d'une pratique similaire et elle doit inventer son action que, de plus, elle mène seule.

La méthodologie d'approche des personnes concernées

D'une plateforme logement à une autre – nous le verrons par la suite -, d'une psychologue à une autre, d'une situation à une autre, chaque cas est singulier. C'est ce que nous pouvons constater, tant dans les réunions des Comités techniques des plateformes qu'à la Réunion logement interne à l'ADGESTI. Lors de cette réunion, outre les cas complexes qui y sont abordés, les psychologues expliquent leur manière de travailler, pour une confrontation avec leurs collègues psychologues et travailleurs sociaux, et aussi pour l'élucidation des

différentes pratiques. De même, lors des réunions d'Analyse des pratiques mises en place à l'ADGESTI avec un psychologue clinicien sénior extérieur, les psychologues peuvent aborder, entre autres, en l'absence de leur hiérarchie, les difficultés qu'elles ont rencontrées dans leur pratique de terrain.

3.2.1. La prise de renseignements

Outre les quelques éléments recueillis lors de la réunion du Comité technique, la psychologue va chercher auprès des partenaires les informations dont elle aura besoin. Cependant, il lui est difficile de savoir ce qui va vraiment lui servir : elle voudrait avoir suffisamment d'éléments pour entrer en contact, mais pas trop pour pouvoir faire émerger ceux que la personne voudra bien lui fournir.

Si elle est trop à l'écoute des informations données par le représentant du bailleur et des travailleurs sociaux du territoire, elle risque de ne plus être assez réceptive au discours de la personne elle-même et à son propre point de vue, à son vécu à elle. Dans certains cas, par exemple lorsqu'elle n'arrive pas à entrer en contact avec la personne concernée, la psychologue peut prendre contact avec les voisins, les services sociaux de la mairie, l'assistante sociale de la police, la famille, etc. Il s'agit de connaître les habitudes de vie de la personne en souffrance pour aller à sa rencontre au moment le plus propice, dans le lieu le plus adéquat. Nous sommes bien dans l'esprit de l' « aller vers » les personnes vulnérables vu plus haut.

La psychologue doit s'assurer qu'elle ne va pas se mettre en danger en allant à domicile. En effet, il existe des cas où la personne peut réagir très vivement à sa venue, soit parce qu'elle s'imagine qu'on vient pour l'expulser, soit parce que sa personnalité paranoïaque va placer la psychologue immédiatement dans le camp de ses persécuteurs, soit parce que la personne est stigmatisée par son voisinage et que tous ses visiteurs sont agressés physiquement, etc.

Dans le recrutement des psychologues, l'ADGESTI s'assure que la psychologue a des connaissances suffisantes en psychopathologie pour faire des diagnostics cliniques différentiels très rapides, une expérience suffisante pour adopter la posture qui convient dans les cas difficiles. L'ADGESTI vérifie qu'elle aura la capacité à ne pas se mettre en danger et à ne pas mettre les autres en danger ; qu'elle saura appeler sans délai les personnes ad hoc en cas de difficulté ; qu'elle aura suffisamment d'humilité pour aborder sans délais et sans retenue, avec la personne compétente de son choix, tout vécu problématique ou douloureux.

3.2.2. Le premier contact avec la personne concernée

Le plus souvent, la psychologue s'annonce. La première prise de contact se fait soit par téléphone, soit par courrier. Elle se présente comme salariée de l'ADGESTI et venant à la demande de la Commission logement, suite à la réunion au sujet de la tenue de laquelle la personne normalement a été prévenue et ne s'est pas opposée ; mais nous savons que certaines personnes n'ouvrent pas leur courrier, et il arrive que la personne ne sache rien de ce qui conduit la psychologue à venir la rencontrer. Il lui est parfois nécessaire de bien préciser qu'elle ne représente ni le bailleur, ni les pouvoirs publics. Dans de nombreux cas, la personne se saisit immédiatement de l'offre qui lui est faite de parler de ses difficultés avec un tiers. Cela nous évoque les nombreux cas où une personne en difficulté, voire en détresse, dit combien il lui a été bénéfique de pouvoir parler à une personne qui prend le temps de l'écouter, sans jugement, ce qui ne semble pas arriver souvent.

Dans quelques cas, la psychologue se voit opposer un refus brutal. Parfois, le contact ne s'établit pas, la personne ne se manifeste pas.

3.2.3. La visite directe à domicile

Le cas le plus délicat consiste à devoir aller directement au domicile de la personne parce qu'elle ne va plus chercher son courrier, qu'il n'est pas possible de la joindre au téléphone, ou parce qu'elle n'a pas répondu aux manifestations de la psychologue. Souvent la psychologue va sonner ou frapper à la porte du domicile et ne pas recevoir de réponse. Il lui est alors difficile de savoir si quelqu'un se trouve à l'intérieur. S'agissant de quelqu'un avec qui plus personne n'a de contact, l'éventualité d'un décès au domicile n'est jamais à exclure ; au sein de l'ADGESTI, dans les différents services qui interviennent à domicile (SAMSAH, SAVS, FSL, Médiation logement) on dénombre deux ou trois cas chaque année. Cela crée une certaine tension chez la psychologue ; d'où la nécessité qu'elle soit bien formée, qu'elle connaisse bien les procédures à suivre si nécessaire, qu'elle puisse joindre un cadre de l'ADGESTI à tout moment et qu'elle bénéficie des séances d'Analyse des pratiques avec un psychologue sénior.

Lorsqu'elle a le sentiment que la personne est dans son logement, parce qu'elle a entendu du bruit de l'autre côté de la porte (qui, heureusement, sont rarement blindées), elle peut tenter de s'adresser à elle à travers la porte⁵⁶. Outre le côté incongru, il y a l'incertitude qu'il y ait bien quelqu'un à l'intérieur (le bruit peut être provoqué par un animal), qu'il s'agit bien de la personne à qui elle veut parler (ce peut être un proche, un visiteur, un squatteur, un voleur, etc.), que la personne l'entende, puis l'écoute ; il peut y avoir le passage de voisins, la venue du gardien qui a vu la psychologue arriver, l'intervention d'un voisin de palier, etc. à qui il faut qu'elle explique a minima ce qu'elle fait là.

Si elle n'établit pas le contact, la psychologue peut laisser un mot sous la porte pour dire qui elle est et ce qu'elle est venue faire, quand elle repassera et laisser un téléphone pour la joindre ; ce mot doit être suffisamment explicite pour son destinataire et suffisamment énigmatique au cas où il serait lu par une autre personne.

Dans un cas, une psychologue, ne pouvant entrer en contact avec une personne en souffrance, lui a fait savoir par écrit qu'elle se tenait à sa disposition en bas de chez elle, sur un banc public, régulièrement une journée de la semaine à un horaire précis, et qu'elle pouvait l'y rejoindre. Dans d'autres cas, la psychologue renonce à établir le contact. Si la personne n'est pas en demande, si elle ne se saisit pas de l'offre qui lui est faite, il lui est remis un écrit dans sa boîte aux lettres ou sous sa porte, pour lui dire que la psychologue reste à sa disposition et pour lui donner un numéro de téléphone afin de l'appeler si nécessaire. Dans certains cas, il peut être décidé, devant le refus catégorique d'une personne de rencontrer la psychologue, que, lors du second comité technique après la saisine de l'ADGESTI, le bailleur lance la procédure d'expulsion ; cela a pour effet de mettre la personne concernée face au réel de la menace d'expulsion, et permet parfois un sursaut, à savoir qu'elle appelle la psychologue. La réaction de la personne menacée d'expulsion peut se faire à tout moment de la procédure.

⁵⁶ Nous avons parfois utilisé l'expression imagée de « la psychologue qui parle aux portes »

Parfois il faut cependant que la personne soit réellement mise à la rue pour qu'une intervention soit enfin possible. Et dans des cas extrêmes, le contact ne sera jamais possible. Le dossier de la personne passera alors en CCAPEX.

Le premier contact peut s'établir à travers la porte du logement. La personne finit par réagir aux sollicitations de la psychologue, qui a sonné, frappé à la porte, laissé un mot, qui est revenue plusieurs fois. La plupart du temps, le premier échange verbal est court : la personne dit ne rien avoir demandé, dit ne rien attendre, ne pas vouloir parler. Tout l'art de la psychologue consiste à ne pas rompre ce fil relationnel ténu. Si elle n'arrive pas à faire émerger une demande, tout du moins doit-elle tenter de faire naître un intérêt à la poursuite de ce début de partage verbal. Un grand pas est franchi lorsque la personne entrouvre la porte de son logis. Il s'agit d'un premier échange verbal sans le filtre de la porte, et aussi d'un premier échange de regard. Nous pouvons ici trouver une similitude de situation avec la naissance : la première rencontre de l'enfant et de sa mère se fait de ce premier contact de corps à corps, puis d'un échange de regard. La mère regarde son enfant, celui-ci la regarde ; une reconnaissance réciproque s'instaure entre eux, qui humanise l'enfant dans cette reconnaissance d'être quelqu'un dans le regard d'un autre. Outre le regard clinique de la psychologue sur le corps de la personne, outre l'écoute clinique de son discours, outre le bref coup d'œil sur l'intérieur de l'appartement, le fait important est que la personne ait bien voulu se présenter physiquement à la psychologue, qu'elle ait accepté, même a minima, ce regard posé sur elle. Accepter de faire glisser de quelques centimètres la protection qu'est la porte d'entrée, protection contre l'intrusion physique et celle de la voix, c'est une première marque de confiance ; en tout cas, c'est, pour la personne, une prise de risque.

Il n'est pas arrivé jusqu'à présent que la personne ouvre sa porte pour insulter ou agresser la psychologue. Les manifestations agressives apparaissent à travers la porte, même si elles sont rares ; la personne tente de dissuader la psychologue de persister dans sa prise de contact. Parfois c'est le chien qui est lâché derrière la porte, pour faire entendre ses aboiements comme un avertissement ; il n'est pas arrivé dans ce contexte que le chien soit utilisé comme menace réelle, comme nous pouvons le rencontrer dans d'autres situations, dans d'autres services de l'ADGESTI.

Une fois que la porte s'est entrouverte, il peut arriver que la personne finisse par sortir de chez elle, et que la discussion se poursuive sur le palier. La plupart du temps, celle-ci se fait à voix basse, les échanges sont relativement discrets. Il n'est pas arrivé que la personne ameute les voisins pour tenter de faire pression sur la psychologue, pour qu'elle renonce à la rencontre, comme cela a pu se voir dans d'autres circonstances. La personne concernée peut demander à la psychologue que le prochain entretien ait lieu dans un lieu autre. Elle peut ne pas vouloir qu'on entre chez elle. Les raisons sont multiples : la conscience que son habitat n'est pas digne d'une visite, la volonté de ne pas vouloir révéler son intérieur, la présence d'une autre personne au domicile, la crainte d'être envahie, la suspicion quant à la nature de la proposition de la psychologue, la peur de se laisser envahir par ses sentiments, l'angoisse face à la confrontation avec la réalité et la crainte de ses propres réactions, etc.

La personne visitée peut faire entrer la psychologue chez elle. Ou, beaucoup plus souvent, elle peut proposer qu'un prochain entretien ait lieu chez elle : cela peut lui permettre de faire un peu de ménage pour recevoir convenablement sa visiteuse ; ceci est un signe plutôt encourageant, car il montre que la personne est sensible au regard qu'on peut porter sur elle, et qu'elle est consciente du désordre dans lequel elle peut vivre. La plupart du temps, l'entretien aura lieu dans l'entrée du logement ; c'est une phase intermédiaire, un espace de

transition entre l'extérieur et l'intérieur, un entredeux. Certaines personnes le proposent rapidement, pour que les voisins ne voient pas la psychologue. Ce n'est plus dehors, sous le regard des autres, ce n'est pas encore tout à fait dedans, dans l'intimité ; peut-être un ni dedans, ni dehors, dans un espace d'extimité selon l'expression du psychanalyste Lacan (1959), reprise très récemment par le psychiatre Tisseron.

Il arrive ainsi que ce soit la personne elle-même qui propose à la psychologue d'entrer, soit parce que cela est d'emblée possible, soit parce qu'elle juge que c'est son intérêt d'attirer la psychologue chez elle, notamment pour des raisons de discrétion. Il est rare qu'il y ait des sièges dans l'entrée des habitations, notamment dans les logements des bailleurs publics. C'est pour pouvoir parler assis, qu'il est important que l'accès à une pièce de vie puisse être proposé par la personne, ou alors suggéré par la psychologue.

Une des actions d'ADGESTI est de mettre en œuvre une évaluation de la capacité d'habiter d'une personne ; son service Évaluation a construit l'outil Diagnostic Habitant/Habitat pour mesurer la capacité d'habiter. Ce protocole consiste en des entretiens et un passage de tests, menés par un psychologue clinicien, sur une période de quelques semaines. Il permet de savoir si une personne, à un moment donné, peut habiter d'une manière autonome, ou si elle a besoin d'étayages, et lesquels, pour accéder à son logement et s'y maintenir ; elle peut aussi révéler la nécessité d'un logement accompagné, voire d'un hébergement. Le savoir-faire des psychologues quant à l'appréciation de la capacité à habiter a été transféré aux collègues du service de la médiation-logement. Ainsi, lorsque la psychologue entre dans le logement de la personne en difficulté, elle a un regard clinique rapide sur l'habitat. Outre l'évaluation de l'état de l'appartement - à la portée de tout travailleur social averti -, la psychologue va considérer le logement comme le reflet de l'état d'esprit de la personne : ce qu'elle voit lui donne des indices sur la pensée de la personne, sur la manière dont elle perçoit le réel et construit sa réalité. Bien sûr, elle n'en dit rien. Une fois entrée dans l'appartement, la psychologue peut parfois constater que le logement est occupé par d'autres personnes, et que l'entretien va se poursuivre en présence de ces tiers. Ce qui apporte une complication à son travail.

Lorsque les entretiens ont lieu dans un autre lieu que le logement, la psychologue ne peut compter que sur sa clinique du corps et du discours. Ces entretiens peuvent avoir lieu dans le bureau de la psychologue à l'ADGESTI, ce qui est relativement rare. Ils peuvent se tenir dans un lieu mis à la disposition par un partenaire de l'ADGESTI (service social, lieu de formation, etc.), ou dans un lieu public (médiathèque, terrasse ou salle d'un café), comme d'autres psychologues ou travailleurs sociaux peuvent le faire à l'ADGESTI dans le cas d'accompagnements par d'autres services. Le bureau de la psychologue peut être proposé par exemple pour une personne qui a déjà été suivie dans le passé par l'ADGESTI et qui connaît donc les lieux.

La rencontre à l'extérieur, à proximité de tiers, peut être imposée d'emblée par la psychologue lorsque la personne concernée est connue pour ses accès de violence, d'où l'intérêt d'une rapide enquête avant la rencontre des personnes.

Il arrive que la psychologue soit amenée à sortir de son rôle. En effet, à un moment quelconque de son accompagnement, et parfois même dès le tout début, elle peut se rendre compte que la personne court un réel danger et qu'il y a urgence à la conduire vers un dispositif de soins sanitaires, pour des problèmes physiologiques et psychiques. Elle peut, selon les cas, prendre contact avec le médecin traitant s'il existe,

appeler le *Centre 15*⁵⁷, voire les pompiers s'il y a une urgence vitale, conduire la personne à l'hôpital général, appeler l'hôpital psychiatrique, joindre la police ou la gendarmerie, faire un signalement ou une information préoccupante pour personne vulnérable en danger (enfant ou adulte). Dans tous les cas, elle recourt aux Services publics dès que nécessaire, et elle prévient sa hiérarchie qui la guide et la soutient dans son travail. Ces interventions font l'objet d'une fiche « évènement indésirable » qui est traitée à l'ADGESTI par la Commission santé-sécurité ; elles peuvent aussi être abordées par la psychologue dans le cadre des séances d'Analyse de la pratique, partagées avec les collègues lors des Réunions logement, voire reprises dans les Réunions cliniques ouvertes à l'ensemble des salariés de l'association. Nous constatons que si la psychologue intervient seule à domicile, elle est bien entourée par des dispositifs institutionnels pluriprofessionnels, ce qui est une garantie pour sa sécurité et pour la qualité de ses interventions.

Lorsque la personne a un besoin urgent de soins psychologiques et lorsqu'il n'est pas possible de la conduire vers un service adéquat, la psychologue met en œuvre des soins psychothérapeutiques ; ceux-ci dureront autant que nécessaire : le directeur général de l'ADGESTI, au cas où la personne sortirait du dispositif « médiation logement », s'engage à trouver les financements nécessaires pour qu'il n'y ait pas de rupture ou d'arrêt des soins prodigués.

Dans des cas moins ultimes, la psychologue, qui a réussi à établir une relation certes d'une relative confiance, mais d'une certaine fragilité, peut être amenée à accompagner une personne dans des démarches administratives qu'elle ne pourrait pas faire seule, notamment pour faire valoir ses droits (sécurité sociale, revenus, dettes, ménage, courses). Dès qu'elle le peut, la psychologue introduit une collègue travailleuse sociale dans la relation. En 2015, pour une expérimentation, la psychologue a pu solliciter une collègue de l'ADGESTI, spécialiste du logement, pour un travail en binôme, et qui a pu se charger de toutes les tâches administratives, afin de laisser le champ libre à la psychologue pour qu'elle poursuive son action propre. Cette faculté n'a pas été renouvelée en 2016 pour des raisons administratives (Code du travail) et financières. Elle sera cependant rétablie en 2017 du fait de la pérennisation du dispositif.

Il peut arriver que la psychologue trouve au domicile d'autres personnes mal en point et qu'il lui faille mettre en œuvre une action aussi pour celles-ci. Même si cette action ne peut qu'être passagère, elle peut mobiliser la psychologue pendant un temps nécessaire à la mise en place d'un relais, si besoin en saisissant les pouvoirs publics ou d'autres services associatifs.

Conclusion de la section 3.2

Nous avons abordé dans cette section le point extrêmement délicat de la première rencontre avec une personne qui a rompu tout lien social. Même si un savoir-faire s'est construit au cours des années, la psychologue a toujours de l'appréhension lorsqu'elle se rend pour la première fois au domicile d'une personne recluse. Chaque situation est particulière, chaque personne est singulière, chaque contexte est différent. C'est une situation similaire à celle que rencontrent les urgentistes (SAMU, pompiers, etc.).

⁵⁷ Le service d'aide médicale d'urgence (SAMU)

3.3. L'action du psychologue

La psychologue est salariée de l'association qui l'emploie. Elle est mandatée pour intervenir par la Commission technique de la plateforme ; celle-ci a été saisie par un bailleur social. La prestation est payée par l'État. À qui doit-elle rendre compte de son action ? Doit-elle rendre des comptes ? Elle a toute liberté pour mettre en œuvre son action ? Quelles sont les limites de cette action ?

L'action

La psychologue met en œuvre une démarche de soins psychologiques pour tenter de dénouer la situation psychique et sociale. Si la finalité de son intervention est de résoudre le conflit social dans lequel est pris la personne menacée d'expulsion, son objectif est de permettre à la personne concernée de mettre des mots ce qui lui arrive. L'objectif premier n'est pas de comprendre ce qui est arrivé à cette personne, mais qu'elle trouve elle-même la meilleure solution pour elle de se sortir de cette situation. L'explication vient « de surcroît », lors du dénouement de l'intrigue. La plupart des personnes qui sont suivies, dans le cadre de ce dispositif et dans les autres de l'association, se plaignent de ne pas être entendues : personne ne prend (plus ?) le temps de les écouter ; personne ne leur permet de déplier leur discours.

Des personnes suivies en psychiatrie se plaignent que les psychiatres, maintenant, ne les reçoivent plus que dix minutes tous les deux ou trois mois, pour le renouvellement de leur ordonnance ; la pénurie des infirmiers ne leur permet pas des rencontres régulières ; elles n'arrivent que trop rarement à voir des psychologues hospitaliers. Le secteur médico-social associatif peut (encore) donner du temps aux personnes pour qu'elles puissent élaborer une pensée dans le cadre d'un dialogue attentif et respectueux suffisamment long. La psychologue clinicienne permet, lors de rencontres régulières, que la personne puisse prendre le temps de dire ce qu'elle a à dire sur ce qui lui arrive. Ce n'est qu'à ce prix que la situation bloquée dans laquelle elle se trouve va pouvoir évoluer, parce qu'elle trouvera une porte de sortie singulière.

La psychologue doit résister à la pression du bailleur qui voudrait que la situation soit rapidement réglée. Il est nécessaire que la psychologue se règle sur « le temps de la personne ». Mais ce temps peut paraître trop long au bailleur qui continue à perdre de l'argent, ou qui subit les pressions du voisinage. La psychologue doit donc faire preuve de pédagogie pour expliquer son travail au bailleur et elle doit obtenir de lui qu'il lui fasse confiance. Elle doit donner aussi aux représentants du bailleur suffisamment d'éléments pour qu'ils puissent eux-mêmes contenir les pressions diverses qui s'exercent sur eux, mais ne rien révéler de son travail qui pourrait être contreproductif. Il faut qu'on lui laisse le champ libre, et qu'elle soit protégée dans son action, qu'elle s'y sente en sécurité.

La psychologue doit aussi persuader les membres du Comité technique de la nécessité de son intervention, même si apparemment rien ne semble se passer du point de vue des acteurs extérieurs. Les progrès de la personne sont lents. Les résultats de l'action du psychologue ne sont pas souvent rapidement visibles. La « phase d'appropriation » peut être longue, mais elle est absolument nécessaire, et d'elle dépend toute la suite. Il n'est pas question de la réduire.

Cette question du « temps de la personne » face à la pression du « temps social » se pose régulièrement, et de plus en plus, au sein de tous les services de l'ADGESTI. Une position éthique institutionnelle a été élaborée entre les salariés pour opposer une résistance active contre cette pression, pour une défense du respect du temps nécessaire pour un travail de qualité. Cette position est tenue dans tous les services, et activement soutenue par la direction. La psychologue peut s'appuyer sur ce positionnement collectif pour résister aux diverses pressions qu'elle ressent dans son travail. À force d'explications, ce principe du respect du temps nécessaire à une action de qualité est entendu au sein de certaines instances locales, départementales et régionales avec lesquelles travaille l'ADGESTI. Mais parfois une position tranchée d'une administration peut amener l'association à perdre un « marché », dans le cas d'un appel d'offre, parce qu'elle ne cède pas sur le temps nécessaire et ne veut pas d'une action « light », de médiocre qualité et ne répondant pas à terme aux besoins, ne donnant qu'une illusion de solution à des problèmes complexes.

La psychologue participe aux réunions du Comité technique de la plateforme, tous les deux mois. Elle rend compte de son action. Elle dit où elle en est dans son travail avec la personne, dans le respect de la confidentialité des éléments dont elle a eu connaissance et qui n'ont pas de lien direct avec sa situation de locataire, et dans celui de la plus grande discrétion possible dans les difficultés en lien avec sa capacité d'habiter. Elle ne doit faire de révélations qu'après avoir obtenu l'accord express de la personne concernée.

À l'ADGESTI, la psychologue apporte en Réunion logement des éléments cliniques ou techniques qui peuvent être soumis aux collègues pour une meilleure compréhension des cas et une meilleure adéquation des actions aux besoins de la personne. Au cours de ces réunions, elle est amenée à avoir un regard et un discours d'expert sur les situations apportées par les collègues psychologues ou travailleuses sociales. Membre de l'équipe des psychologues de l'ADGESTI, elle participe à des réunions où sont abordées toutes sortes de situations rencontrées par les collègues dans le cadre de leurs missions dans les différents services. Bien que psychologues cliniciens, les sept collègues n'ont pas tous les mêmes formations ni les mêmes expériences ; une confrontation des idées et des pratiques permet un enrichissement mutuel.

La psychologue est amenée à expliquer son action au sein de ce dispositif expérimental lors de colloques organisés par des partenaires. Par exemple, pour l'année 2015, les psychologues ont participé à des réunions départementales de présentation des services sociaux et médico-sociaux, à un colloque sur les accompagnements du handicap psychique du CReHPsy⁵⁸, à un colloque sur le logement organisé par l'EPSM Maison Blanche en Anjou, à une réunion partenariale organisée par un secteur de psychiatrie, lors d'un séminaire organisé par l'EPSM pour la mise en place d'une coordination départementale autour du handicap psychique en Sarthe (COHPSY 72), etc. Lors de la remise du trophée des lauriers de la Fondation de France, la psychologue concernée a été amenée à répondre aux questions des journalistes sur son action.

La psychologue participe à la rédaction du rapport annuel d'activité du service médiation-logement. Elle rédige aussi en fin de chaque année un rapport destiné au bailleur pour justifier de l'emploi de ses heures.

⁵⁸ Centre régional de ressources du handicap psychique

Souvent, la psychologue bénéficie, à titre personnel, d'une supervision ; elle participe aussi à des rencontres au sein d'associations professionnelles. Cela lui permet de mieux résister aux contraintes et aux exigences de son métier.

Notons aussi qu'à l'ADGESTI les sept psychologues constituent une équipe transversale : ils se réunissent régulièrement pour aborder entre eux leurs actions au sein des différents établissements et services de l'association.

3.3.1. Quelques questions actuelles

Quelques questions des psychologues du dispositif *Médiation logement* au sein de l'ADGESTI restent aujourd'hui sans réponse.

Concernant le domaine sanitaire, l'éducation thérapeutique est règlementairement très encadrée et elle ne peut être mise en œuvre que par des organismes agréés selon des protocoles approuvés. L'ADGESTI s'interroge cependant sur une possible information des personnes qu'elle accompagne, et prend pour cela appui sur ce qui se pratique à l'hôpital :

« Art. L. 1161-1.- L'éducation thérapeutique s'inscrit dans le parcours de soins du patient. Elle a pour objectif de rendre le patient plus autonome en facilitant son adhésion aux traitements prescrits et en améliorant sa qualité de vie. Elle n'est pas opposable au malade [...] »

« Art. L. 1161-3.- Les actions d'accompagnement font partie de l'éducation thérapeutique. Elles ont pour objet d'apporter une assistance et un soutien aux malades, ou à leur entourage, dans la prise en charge de la maladie. »

Pour Canguilhem (cité par Falissard, 2016), le soin c'est la réponse à une plainte, au désespoir d'un sujet en souffrance. Les psychologues de l'ADGESTI revendiquent de mettre en œuvre des actes de soins. Ainsi, l'ADGESTI pourrait-elle envisager une éducation thérapeutique ayant pour objectif d'aider une personne à acquérir des compétences pour mieux gérer sa vie malgré sa psychopathologie, en l'aidant à comprendre ce qui lui arrive et en l'aidant à collaborer avec les intervenants pour la mise en œuvre des actions de soin et d'accompagnement.

De quelle manière pourrait-on la mettre en œuvre pour les personnes rencontrées dans le cadre du dispositif « médiation logement » ? Pourrait-on y associer les proches ? Pourrait-on y associer les bailleurs ? Pourrait-on y associer les voisins ? Ces questions restent aujourd'hui en suspens.

Conclusion de la section 3.3

Nous avons pu voir en détail le travail du psychologue clinicien au domicile de personnes vulnérables, les difficultés rencontrées et les outils mis en place pour les contourner, voire les affronter. Nous voyons se construire, au fil des années, un savoir-faire de l'intervention des psychologues à domicile qui pourrait être partagé – enseigné - et qui serait tout à fait transférable.

Nous avons montré que le temps est une dimension essentielle dans la mise en œuvre de l'action et que les psychologues luttent pour qu'il soit tenu compte avant tout du « temps de la personne ». Nous avons pu voir que le dispositif Médiation logement leur permet (suspension de la menace d'expulsion).

Les Réunions logement de l'ADGESTI et les séances d'Analyse de la pratique permettent aux psychologues d'élaborer une réflexion tout au long de leur pratique, de prendre de la distance vis-à-vis de leur travail quotidien et de mutualiser leurs expériences. Elles mettent en avant l'approche clinique qui permet de répondre aux besoins émergents des usagers avec réactivité et créativité.

Une des conditions essentielles à l'exercice de leur profession dans ce contexte, c'est d'avoir le temps de prendre le temps de la personne concernée.

4. La médiation logement

Dans le premier chapitre de cette deuxième partie, nous avons abordé le cas de personnes en difficulté dans leur logement et menacées d'expulsion locative ; nous avons pu voir les dispositifs mis en place pour les aider à ne pas perdre leur logement. Dans le deuxième chapitre, nous sommes allés à la rencontre de personnes particulièrement vulnérables, qui ne bénéficient pas de ces dispositifs de droit commun du fait d'une situation de handicap psychique sans pathologie avérée. Ces personnes étant décrites par des psychologues, nous avons étudié, dans le chapitre 3, la manière dont s'y prennent ces praticiens pour les sortir de leur impasse sociale et psychique.

Dans ce dernier chapitre, nous allons décrire le dispositif expérimental qui a été mis en place, en plus de tous les dispositifs déjà existant, pour approcher ces personnes sans demande mais en extrême difficulté. Il s'agit d'un dispositif singulier qui a d'abord été établi à l'échelle d'un quartier défavorisé pour protéger des personnes en très grande difficulté sociale et éviter leur expulsion. Ce dispositif - encore expérimental - ayant fait ses preuves, il essaime maintenant sur d'autres communes du département.

Ce chapitre 4 comprend les sections suivantes :

4.1 Naissance du dispositif Médiation logement : une commune saisit une opportunité législative pour inventer un groupement d'acteurs d'un même territoire afin de venir en aide à des ménages en risque d'expulsion locative ; dans ce cadre, dans certains cas complexes, l'association ADGESTI envoie à domicile des psychologues cliniciens.

4.2 L'évolution du dispositif : après quelques années de fonctionnement sur un quartier sensible d'une commune, une autre ville monte un dispositif similaire ; puis d'autres communes du département emboitent le pas, avec cependant des différences concernant d'une part les portes d'entrée dans le dispositif, mais aussi sur la place qui est donnée aux psychologues cliniciens.

4.3 Une innovation reconnue et partagée : le dispositif sera pérennisé en 2017 ; les deux années précédentes voient apparaître de nouveaux acteurs tant pour le financement que pour le fonctionnement.

L'association ADGESTI, nous l'avons vu plus haut, est présente au sein de plusieurs instances d'aide à l'accès et au maintien dans le logement de personnes vulnérables. Elle met aussi en œuvre au quotidien des accompagnements spécifiques avec les mêmes objectifs. Elle a, de plus, élaboré il y a plusieurs années un outil pour l'évaluation de la capacité des personnes vulnérables à habiter. Elle a mis en œuvre une action spécifique dans le cadre de la prévention des expulsions de personnes très singulières du fait qu'elles sont en situation de handicap d'origine psychique sans que ce dernier n'ait été jamais soupçonné.

4.1. Naissance du dispositif Médiation logement

Le dispositif *Médiation logement* est un regroupement d'acteurs d'un même territoire pour mettre en place une réponse innovante à un phénomène dramatique, à savoir l'expulsion locative. Parmi ces acteurs, l'association

ADGESTI a été sollicitée par les pouvoirs publics départementaux pour son savoir-faire auprès de personnes souffrant de troubles psychiques. Elle intervient avec deux entrées principales : le travail et le logement. Elle comprend une équipe de psychologues cliniciens qui, sous l'impulsion de ses directeurs successifs, innove pour construire des outils afin de répondre aux besoins émergents de la population.

4.1.1. Le diagnostic habitant habitat

L'ADGESTI a élaboré un dispositif d'évaluation de la capacité d'habiter de personnes éloignées de l'habitat. S'appuyant sur le protocole Pro-D4⁵⁹ qui permet d'évaluer la capacité à l'emploi, le service Évaluation de l'ADGESTI - composé de psychologues cliniciens et pour certains formés aussi à l'anthropologie clinique - a inventé un protocole d'évaluation de la capacité à habiter appelé « Diagnostic Habitant/Habitat » (appelé *Diag* en interne). Il a pour objectif :

« [...]

Analyser la dynamique inconsciente en jeu pour habiter ;

Recueillir [ir des] éléments cliniques sur les difficultés que les bénéficiaires de l'action rencontrent lorsqu'ils sont confrontés au rôle d'habitant ;

Soutenir la construction d'un projet d'habitat avec l'élaboration de modalités d'accompagnement et/ou d'étapes a priori nécessaires afin de favoriser l'accès à un habitat adapté et/ou le maintien durable dans le logement. »

Le protocole *Diag* comporte deux volets qui contribuent à l'élaboration de pistes de travail dans le but de faire au commanditaire des propositions adaptées en termes d'environnement d'habitat, en fonction de la problématique rencontrée par la personne concernée. En premier lieu, un versant clinique est constitué d'entretiens avec un psychologue clinicien et de passations d'épreuves, dans les locaux de l'ADGESTI, voire à domicile si la personne ne peut pas se déplacer. À ce niveau, des premières pistes d'un projet d'habitat réaliste, « prenant en compte la dynamique singulière du bénéficiaire, ses attentes, ses désirs, ses possibilités et la réalité du parc locatif » peut être élaboré. Dans un second temps, une confrontation au cadre de vie, en concertation avec les professionnels concernés par la situation actuelle, se concrétise par une visite dans le logement actuel de la personne, pour prendre in situ des éléments observables de l'espace domestique. L'observation de l'environnement social et familial apporte des observations complémentaires, il permet de rendre compte de la situation de la personne dans les détails de la disposition du logement, son agencement, la fonctionnalité des espaces et l'investissement des lieux. La visite au domicile apporte un éclairage supplémentaire sur la situation de l'habitant découverte lors des entretiens et du passage du protocole. Les psychologues pensent que l'espace interne (sur le plan psychique) contribue à configurer l'espace externe (le lieu de vie), et qu'il y a donc lieu à faire le lien entre « l'habitat intérieur » et l'habitat extérieur. Le public dont la capacité à habiter est ainsi évaluée est composé pour la plupart de personnes qui ont déjà eu un parcours locatif, mais

⁵⁹ Protocole élaboré en collaboration avec le laboratoire d'anthropologie clinique de l'Université de Rennes 2

« [...] souvent chaotique, pour divers motifs de rupture avec leur environnement familial, professionnel et social, ou à la suite de la survenue de troubles psychiques parfois invalidants dans leur contexte de vie, et qui ont également conduit à une déliaison des liens établis auparavant avec la réalité sociale. »

Statistiquement, la plupart des personnes reçues dans ce cadre sont célibataires, seules, sans appui familial, et souvent sans lien à l'extérieur. Concernant la santé mentale des personnes qui ont bénéficié du protocole Diagnostic habitant/Habitat, trois types de personnes peuvent être repérés :

« [...]

Les personnes présentant une fragilité psychologique liée à leur contexte de vie actuelle et à un cumul de difficultés sociales,

Les personnes présentant des troubles psychiques et qui ne sont pas connues par un dispositif de soin,

Les personnes présentant des troubles psychiques, dont le rapport à la réalité est restauré en partie et/ou non altéré et dont la symptomatologie ne semble pas invalidante. »

Nous remarquons, dans le deuxième cas, qu'une psychopathologie semble sous-jacente, sans qu'elle n'ait fait l'objet de soins. C'est par un questionnement sur leur capacité d'habiter qu'émergent des signes cliniques qui évoquent une dimension psychopathologique ignorée, que nous appelons pour notre part *discrète*. Cette catégorie nous semble à distinguer de la troisième où les signes ont été constatés, et peut être les symptômes entendus, mais avec un « rapport à la réalité » qui n'est pas « altéré » ou qui est « restauré en partie », et surtout dont les symptômes ne sont pas invalidants, et qui peuvent être cependant repérés par l'environnement.

4.1.2. Les débuts de l'expérimentation médiation expulsion

Le CUCS 2007-2009 comporte un volet qui s'intitule « Améliorer l'habitat et le cadre de vie » ; l'objectif n° 2 est de « Renforcer l'accompagnement dans le logement des ménages en difficulté ». Dans ce cadre, la Préfecture de la Sarthe - Direction départementale de l'équipement (DDE) - propose aux communes du département la mise en œuvre de « projets de médiation pour éviter l'expulsion ». Dans le département, seule la ville d'Allonnes (en périphérie du Mans, où est implanté l'hôpital psychiatrique départemental) présente un projet qu'elle intitule « Médiation/Expulsion » ; cette action est retenue. Il s'agit de mettre en place une plateforme partenariale, dans un quartier défavorisé de la commune classé ZUS, pour éviter des expulsions locatives par suite d'impayés de loyers. Cette action doit concerner chaque année environ vingt-cinq ménages locataires de l'Office public d'HLM⁶⁰ Sarthe-Habitat, dont « la fragilité psychologique et/ou financière nécessite un accompagnement ».

⁶⁰ Habitations à loyer modéré

Pour concrétiser ce CUCS, un partenariat contractuel s'instaure en 2007 entre le Centre communal d'action sociale de la Ville d'Allonnes, la DDE de la Sarthe, l'Action sociale de proximité (Conseil général), Sarthe Habitat (bailleur social) et l'association ADGESTI. Le public ciblé par la Médiation expulsion est le suivant : « Les familles les plus en difficulté, ménages et personnes isolées » résidants de Sarthe Habitat, « dont la fragilité psychologique permet néanmoins un accompagnement ».

Nous remarquons le flou concernant les difficultés des ménages (appelés familles), une fragilité psychologique dont il n'est pas dit en quoi elle consiste et comment elle est mesurée, voire détectée, et pourquoi un accompagnement – dont il n'est dit mot – pourrait se mettre en place.

Les missions de l'ADGESTI y sont précisées : « Un membre de l'ADGESTI » est sollicité. Il participe à une réunion « déclenchée et animée » par le bailleur « après repérage de situations susceptibles de se dégrader ». »

Les qualités professionnelles du « membre » de l'ADGESTI ne sont précisées ; il n'est pas indiqué s'il s'agit d'un salarié ou d'un bénévole de l'association. Il n'est pas non plus indiqué comment le bailleur social repère des « situations susceptibles de se dégrader », ni quelle est la nature de la dégradation.

Plus loin, les missions de « l'équipe de l'ADGESTI » sont décrites, sans qu'il soit noté qui la compose : établir une relation avec le ménage, évaluer le rapport établi entre l'habitant et l'habitat, évaluer la problématique du ménage et rechercher les relais si nécessaire.

Nous remarquons, là encore, le flou de la mission : que signifie le « rapport entre l'habitant et l'habitat », de quelle « problématique du ménage » il pourra être question et qu'il faudra « aborder » avant de chercher des « relais si nécessaire ». L'ADGESTI est sollicitée en tant qu'association experte sur le territoire départemental pour ce qui concerne la « réhabilitation psychosociale » de personnes « confrontées à des difficultés psychologiques » ou « handicapées psychiques », ce qui apparaît dans l'objet de l'association ADGESTI, mis en exergue sous la forme d'un extrait de ses statuts de l'époque. Nous notons le glissement sémantique entre « psychologique » et « psychique », quand on passe des « difficultés » au « handicap ».

Le « membre de l'ADGESTI » qui sera choisi est une femme, salariée, psychologue clinicienne, qui intervient déjà à domicile, au sein du SAMSAH mis en place fin 2005. Elle fait un compte-rendu de ses interventions de septembre 2008 à Août 2009 dans un « bilan d'intervention ». Elle y décrit, pour la première fois, comment elle s'y prend pour une première « prise de contact » avec les « ménages ». Elle indique qu'elle commence par « évaluer la problématique du locataire », sorte de « diagnostic, préalable » mais « nécessaire » à une poursuite de son action ; cependant elle précise que son objectif est de « renseigner les partenaires sur les éventuels dysfonctionnements » du ménage « faisant obstacle à la tenue du rôle de locataire », et que ce « repérage » permettra « d'envisager des interventions nécessaires ». Elle dit qu'elle a rencontré six ménages. Ses propos semblent conformes aux modalités d'intervention décrites dans le premier point de la convention. Le « rôle de locataire » fait allusion au protocole « Diagnostic Habitant / Habitat » mis en place au sein de l'ADGESTI pour une « évaluation de la capacité d'habiter » d'une personne.

La psychologue poursuit son rapport en précisant qu'ayant repéré « a minima la problématique du locataire », elle est amenée à devoir « produire des effets de changement » ; elle précise qu'elle a l'intention de « faire en sorte qu'un mouvement subjectif minimal s'opère », et qu'elle a pour objectif opérationnel « une certaine

stabilisation de la relation ». Nous notons que, d'emblée, la psychologue s'approprie le dispositif, et aussi qu'elle se fixe des objectifs qui n'apparaissent pas dans la convention au titre de laquelle elle est employée.

Salariée de l'ADGESTI, elle reprend la culture de cette association qui s'appuie sur la Théorie de la médiation (TDM)⁶¹, issue de l'anthropologie clinique, de laquelle se réclame le directeur général de l'époque. Plus, nous noterons que la psychologue clinicienne a pour objectif final que la relation qu'elle a établi avec le locataire se stabilise : nous avons vu que, dix ans après, ce qu'on appelle « le temps de la personne » est un des points d'achoppement des équipes de l'ADGESTI en opposition au « temps social » que tente d'imposer les financeurs. Ici, cela apparaît comme : prendre le temps nécessaire pour que s'instaure une relation de confiance, étape nécessaire avant tout travail de qualité.

En un troisième point, la psychologue précise que des « relais éventuels » seront cherchés dans les cas où la situation du ménage « n'entre plus dans le cadre délimité de [son] intervention ». Nous repérons immédiatement un glissement entre ce qui avait été une prescription pour l'association, au point 4 de la convention, à savoir « rechercher les relais si nécessaire » et ce que la psychologue présente comme quelque chose qui échappe à son action : d'objectif, le « relais » est devenu une sortie de ce qui est présenté comme un hors cadre de l'intervention. Cela semble indiquer que ledit cadre a évolué dès la mise en œuvre de l'action : l'objectif de la psychologue ne semble plus être de faire « relais », mais de « produire un effet de changement ». Nous reprendrons plus loin le contenu des interventions de cette psychologue clinicienne, au fur et à mesure des évolutions du dispositif.

Concernant le temps, et surtout l'idée de prendre le temps nécessaire, nous rappellerons les trois temps logiques de Lacan (1945) : « L'instant du regard » (le temps de voir), « Le temps pour comprendre » et « Le moment de conclure » (le temps d'agir). Notre société nous précipite souvent dans le troisième temps, celui de l'action, avant de nous laisser terminer de comprendre. Nous pensons qu'il est nécessaire, notamment avec les personnes souffrant de troubles psychique, de respecter ce temps de compréhension, réciproque, le temps de la personne, avant de décider et d'agir, sans hâte.

Toujours à propos du temps, Baillon (2009) nous fait part d'une innovation au Canada, à Toronto : le juge Omston a créé en 1990 le premier tribunal de santé mentale. Constatant, à son arrivée au sein du tribunal, qu'une grande partie des personnes qui comparaissaient avaient des troubles psychologiques voire psychiatriques, il a décidé de les regrouper pour les juger différemment. D'une part il a demandé à tous les membres de la cour d'abandonner la terminologie classique des tribunaux pour employer un discours compréhensible par tous et d'avoir une attitude d'empathie pour les prévenus, mais d'autre part - et surtout - il a décidé de donner du temps aux personnes afin que s'établisse un lien entre elles et le tribunal, et par conséquent il a renoncé à juger en une journée, mais il a prolongé l'instruction et différé les jugements à plusieurs mois. Pour une compréhension réciproque, il a ouvert la salle d'audience aux proches : familles, psychiatres, travailleurs sociaux, etc. Cette attitude a eu des effets considérables : diminution nette du nombre de malades mentaux en prison, diminution remarquable des récidives. La procédure judiciaire n'a pas été changée, mais du temps a été octroyé pour l'élaboration d'une décision équitable.

⁶¹ <http://www.institut-jean-gagnepain.fr/>

Les salariés de l'ADGESTI, dans tous les services, tentent de résister aux pressions sociales concernant le temps pour respecter celui de l'usager. Cette attitude résistante a des conséquences positives : dans le cadre de certains appels d'offre auxquels l'association a répondu et qui comprennent des contraintes temporelles, les salariés sont parvenus à obtenir des délais supplémentaires et ils ont montré, en fin de compte, que cela a été bénéfique à l'usager. Cependant, pour d'autres appels à projet, leur demande de prendre le temps a été refusée, l'offre de l'ADGESTI rejetée et le marché a été perdu. Le pari est fait, qu'à la fin du marché, le concurrent n'aura pas obtenu les résultats escomptés, et que l'argument de l'ADGESTI sera devenu recevable. Mais il faudra pour cela attendre trois années.

4.1.3. Le dispositif initial de la Médiation expulsion

Le dispositif *Médiation expulsion* est mis en place en 2007 à Allonnes pour éviter ce processus. Un *Comité technique*, constitué de représentants des parties signataires du CUCS, est chargé d'étudier les dossiers de ménages en difficulté et de proposer des solutions préventives et alternatives à l'expulsion. Les réunions sont déclenchées et animées par un bailleur social (Sarthe Habitat), après repérage des situations susceptibles de se dégrader (en moyenne, en période d'activité normale, 4 à 6 dossiers sont étudiés tous les deux mois). Un *Comité de pilotage* composé des mêmes membres fixe les orientations et les modalités de fonctionnement, garantit la continuité de l'action et réalise les bilans annuels.

Partenaire principal de l'action, l'ADGESTI met à disposition une psychologue clinicienne, ce qui n'est indiqué nulle part dans la convention initiale. Nous ne savons pas pourquoi ce choix a été fait au départ, d'autant que l'association emploie à l'époque trois travailleuses sociales dans le cadre du Fonds solidarité logement et qui, à ce titre, interviennent à domicile auprès de ménages en difficulté, avec des troubles psychiques – même si cette spécialité, de fait, n'a pas été contractualisée -.

Concernant la plateforme mise en œuvre à Allonnes, nous pouvons constater, au fil des ans, une évolution très nette dans les cas traités par la psychologue clinicienne. Au début du fonctionnement, le bailleur social a apporté en réunion de nombreuses situations très problématiques, très dégradées. La psychologue de l'ADGESTI a parfois eu le sentiment d'être intervenue trop tard, et elle n'a pas réussi dans sa mission de recréer un lien social avec le ménage. Au cours des années, lorsque le « stock » des situations « enkystées » a été résorbé, le bailleur a pu faire connaître des situations plus récentes, donc moins dégradées, où l'intervention de la psychologue a été plus aisée. Après quelques années de fonctionnement, on peut noter un « flux » constant d'une dizaine de nouveaux cas chaque année. En 2015, lors des Comités techniques d'Allonnes, l'ADGESTI n'est sollicitée que dans un cas sur dix. En effet, lorsque le bailleur envisage de saisir le dispositif, il prévient le locataire ; si celui-ci ne s'y oppose pas, son cas est traité par la Commission. Il est très rare qu'il s'y oppose. Mieux, le courrier du bailleur suffit dans quelques cas à rétablir la relation entre le bailleur et le locataire. Lorsque la situation est étudiée en commission, il est demandé aux participants s'ils ont, ou ont eu, un contact avec le ménage en question. Neuf fois sur dix, le ménage est, ou a été, suivi par un des organismes présents, et il est chargé de reprendre contact. Ce n'est que lorsque personne ne connaît le ménage, ou quand tous les liens sont rompus depuis longtemps, ou lorsqu'une reprise de contact a échoué, que l'ADGESTI est missionnée. Nous notons que dès la saisine de l'ADGESTI, et durant toute son intervention, le bailleur suspend la procédure d'expulsion si elle a été initiée, et sinon il s'abstient de la mettre en œuvre. Il faut ici apprécier la confiance qui

est faite à l'ADGESTI du fait du risque financier qui en découle pour le bailleur, ainsi qu'exposé lors de la présentation supra, compte tenu de la complexité d'une procédure d'expulsion et donc du temps qu'elle prend (deux ans). Si après plusieurs mois la psychologue de l'ADGESTI n'arrive pas à faire évoluer la situation, alors le bailleur peut relancer la procédure judiciaire, et les mois suspendus sont une perte sèche de revenus. C'est pourquoi la psychologue doit rendre compte tous les deux mois, lors des Comités techniques, de l'avancée de son travail ; il est cependant convenu qu'aucun effet de son intervention n'est attendu dans les quatre premiers mois, si ce n'est un premier contact. Nous verrons que cette notion de temps a toute son importance concernant des personnes en situation méconnue de handicap d'origine psychique.

Le dispositif fait l'objet d'un contrat triennal, reconductible. Les subventions ne sont cependant pas pérennes, elles sont reconduites chaque année. Le financement était assuré au départ en partie sur des crédits non pérennes par la Direction départementale des affaires sanitaires et sociales « pour un diagnostic soins et une approche visant à améliorer la vie sociale » ; il l'est jusqu'en 2014 à parts égales par la DDCS, par le CCAS, par le Conseil départemental et par le bailleur.

Le programme, qui a débuté en septembre 2007, va perdurer jusqu'en 2014, puis évoluer. Chaque année, ce dispositif aura empêché entre 15 et 20 expulsions. Et, conséquence inattendue, des statistiques de l'ARS de 2014 montrent que les hospitalisations sous contrainte en psychiatrie auront aussi chuté sur ce secteur d'intervention, ce qui conduira l'Agence à participer au financement du dispositif à partir de 2015, ainsi que nous le verrons plus loin.

4.1.4. Les premiers constats

Ce que l'on peut constater, c'est que les personnes rencontrées dans le cadre de ce dispositif sont souvent en cessation de paiement de leurs loyers pour des raisons liées à leur « mauvaise santé psychique »⁶². Ce sont des personnes qui se sont isolées, renfermées pour des raisons très personnelles, souvent suite à un événement extérieur (rupture, décès, perte d'emploi, etc.). L'intervention de la psychologue de l'ADGESTI permet de renouer du lien social ; elle rétablit un lien avec ces personnes, parfois durant plusieurs mois, puis, dans un second temps, elle leur permet de rétablir un lien avec l'extérieur (le bailleur ou un travailleur social par exemple).

Dans le cadre de la *Médiation expulsion* à Allonnes, la psychologue clinicienne est appelée dans les cas de situations inextricables, juste avant que soit prise la décision d'expulsion d'un locataire. Il s'agit de personnes qui se renferment, ne communiquent plus, qui n'ouvrent plus leur porte. La psychologue se rend au domicile, arrive à se faire ouvrir la porte par la personne recluse, entre en contact, établit une relation de confiance, et permet que la personne renoue des liens avec le bailleur et les travailleurs sociaux. Elle parvient dans la quasi-totalité des cas à rétablir des liens sociaux avec une personne qui s'est isolée.

La psychologue constate, presque à chaque fois, une « situation de handicap d'origine psychique ». Il s'agit en fait d'une personne en très grande difficulté sociale et psychologique ; la plupart du temps, il s'agit de

⁶² Tout comme nous avons noté dans la première partie l'apparition de la « maladie psychique », nous constatons l'emploi de plus en plus fréquent de « troubles psychiques » et de « santé psychique ».

personnes dont le « handicap psychique » n'a pas été repéré, qui n'ont jamais eu accès au moindre soin, et qui sont en réelle souffrance psychique, avec pour conséquence une rupture des liens sociaux.

4.1.5. Les premières conséquences

Dans tous les cas, nous pouvons nous demander pourquoi il a fallu en arriver là, jusqu'au risque de la mise à la rue, alors qu'il suffisait de rétablir des liens sociaux. Comment se fait-il que personne n'ait vu que ses personnes s'enfermaient, s'isolaient, rompaient tout lien social ? Qui aurait pu s'en émouvoir ?

En 2012, nous nous sommes interrogés sur la possibilité d'une action en amont, dans une perspective de prévention. Convaincu de l'approche toyotiste⁶³ selon laquelle les meilleures solutions aux problèmes sont trouvées par ceux qui sont au plus près de leur apparition, nous avons estimé que les personnes les plus à mêmes de repérer et d'appréhender les comportements étranges des habitants d'un quartier étaient les gardiens d'immeuble ou les « correspondants de site ». Ceux-ci voient les locataires au quotidien : ils perçoivent les loyers, reçoivent toutes les plaintes et entendent ce que les locataires disent les uns des autres. Nous avons donc proposé à la DDCS de mettre en œuvre une action de première formation sur les troubles psychopathologiques à destination des gardiens d'immeuble. Une psychologue clinicienne de l'ADGESTI a ainsi été chargée d'apporter un savoir minimal permettant aux gardiens de connaître les signes cliniques qui doivent alerter, les symptômes qui doivent attirer l'attention, la conduite à tenir dans le cas de manifestations d'extériorisation des troubles psychiques, la posture à adopter qui permette le retour au calme, le discours qu'il faut tenir pour apaiser l'entourage, et aussi à quel moment appeler de l'aide, et surtout qui appeler. Cette formation a débuté en janvier 2013 sur le territoire de Coulaines, pour deux bailleurs sociaux, dont le même qu'à Allonnes ; elle a été financée par l'Union Régionale de l'Habitat (URH) des Pays de la Loire.

Prenant connaissance de cette initiative, plusieurs autres organismes suggèrent de la proposer au personnel qui est en contact avec la clientèle, et qui se plaint de plus en plus des étrangetés de nos concitoyens, de ces comportements « bizarres »⁶⁴ qu'ils ne comprennent pas et qui leur font peur. Cette action de formation collective, en petits groupes de 8 à 10 personnes, peut être prise en charge par les OPCA⁶⁵ sur le plan de formation des entreprises. Nous indiquons aussi, à titre d'exemple, que des séances d'Analyse de la pratique sont aussi mises en œuvre par un psychologue clinicien de l'ADGESTI auprès de travailleuses familiales de l'ADMR⁶⁶ qui interviennent à domicile, et qui sont confrontées, au quotidien, à des personnes au comportement déconcertant, voire inquiétant.

Ainsi, depuis 2014, prenant appui sur cette première expérience de formation initiale à la psychopathologie, l'ADGESTI met en œuvre un module de formation à destination des gardiens d'immeubles, mais aussi de leur hiérarchie. Il s'agit d'identifier les comportements des habitants pouvant laisser penser qu'ils sont en souffrance psychique, de pouvoir apporter aux acteurs de proximité un minimum de connaissances pour commencer à comprendre ce qui se passe, leur permettre d'avoir une posture tolérante à la manifestation comportementale

⁶³ http://www.toyota.ca/cgi-bin/WebObjects/WWW.woa/30/wo/Home.Vehicles.Quality.f-HVhCMENcBGcuONA7wzlf8g/3_9?v300180f%2ehtml

⁶⁴ Nous avons proposé cette appellation, qui fait florès. *Bizarre* est d'origine basque, langue étrange puisqu'une des rares à n'avoir aucun rapport linguistique avec une autre

⁶⁵ Organismes Paritaires Collecteurs Agréés

⁶⁶ Association de service à domicile

des troubles, d'avoir une attitude d'empathie et d'aide de première intention, d'expliquer à l'entourage ou au voisinage ce qui se passe, et aussi de savoir à qui faire appel en cas de nécessité. Cette formation de deux jours peut être suivie de séances d'Analyse de la pratique (ADP) une fois par mois : les gardiens rapportent au psychologue ce qu'ils ont vécu dans les semaines précédentes, et le psychologue les aide à mieux comprendre ce qui s'est passé et à mieux adapter leur attitude. Malheureusement, pour des raisons financières, les bailleurs se contentent le plus souvent des deux jours de formation. Cette action de formation des représentants des bailleurs publics est financée sur des crédits non pérennes de la DDCS, là encore dans le cadre du CUCS.

Après une première expérimentation, l'ADGESTI propose ce module de formation animé conjointement par un psychologue et un travailleur social, le premier apportant les aspects plus théoriques et le second des modalités pratiques de posture. Ces formations, un peu plus étoffées, ont été proposés aussi à des travailleurs sociaux qui quittent les internats - qui ferment par décision de désinstitutionnalisation - pour changer de métier en allant intervenir à domicile ; ils sont montés conjointement par l'ADGESTI sur le volet santé mentale et une autre association du département spécialisée dans les addictions.

La formation initiale qui est proposée aux gardiens d'immeubles leur permet d'intervenir à bon escient dès l'apparition des premiers troubles d'une souffrance psychique. On peut donc penser qu'ils pourront intervenir suffisamment tôt pour éviter le repli de certaines personnes sur elles-mêmes, leur retrait de la vie sociale, leur renfermement et leur coupure de tous liens sociaux.

Nous pensons que cette intervention précoce devrait pouvoir éviter l'enkystement de certaines situations. Plus, nous faisons le pari que les gardiens d'immeuble auront, par leur attitude, par leurs explications, par leurs conseils, une action sur tout le voisinage, et qu'ils permettront une meilleure tolérance de la population aux bizarreries des uns et des autres, une meilleure acceptation des singularités, et qu'ils contribueront ainsi à une prévention de l'exclusion sociale des personnes en souffrance psychique.

Conclusion de la section 4.1

Nous avons pu voir dans cette première section la mise en place du dispositif *Médiation expulsion* pour répondre à une problématique sociale dramatique qu'est l'expulsion locative de ménages vulnérables. Nous avons pu voir l'efficacité d'un dispositif simple qui permet d'aller au-devant de personnes sans demande et passives face à la machine administrative. Cette plateforme à laquelle participe l'association ADGESTI depuis 2007 mobilise une psychologue clinicienne. Nous avons vu que le fait d'aller au-devant des personnes en difficulté a permis une interrogation plus globale de la prise en compte des personnes « bizarres », notamment par une information des acteurs de terrain à la psychopathologie, pour une intervention la plus en amont possible de l'apparition de troubles psychiques.

Cette première expérience d'un dispositif territorial perdure depuis 2007. Elle commence à être connue. Dans un contexte différent, avec une population similaire mais avec une autre porte d'entrée, il va essaimer en 2013 sur une autre commune de la même agglomération.

4.2. L'évolution du dispositif Médiation logement

Concernant la *Médiation expulsion*, la première expérimentation à Allonnes est suivie en 2013 d'une deuxième à Coulaines - une autre commune de l'agglomération mancelle du périmètre du CUCS -, pour les deux bailleurs d'ailleurs concernés par la formation des gardiens ; elle se poursuit jusqu'en 2014. Contrairement à Allonnes où la « porte d'entrée » était le risque d'expulsion locative pour non-paiement des loyers, à Coulaines la rencontre entre les partenaires s'est faite autour d'une question concernant les habitudes alimentaires, au sein du Centre social, avec la participation de l'ADGESTI.

Tout est parti d'une enquête intitulée « Coulaines Ville Bien-Être », réalisée en 2008-2009, sur la qualité de vie des locataires d'habitat social de la ville. Au cours de cette enquête, les bailleurs sociaux ont révélé des problèmes d'hygiène dans certains logements, le non-respect des locaux, des addictions, des accidents domestiques, des problèmes de santé mentale et d'isolement. Un premier travail a été effectué par le Centre social et de la Caisse d'allocations familiales sur l'entretien des logements, puis sur la nourriture. Des conduites alimentaires, le débat s'est porté sur la santé, puis sur la santé mentale. C'est alors que les comportements étranges de certains habitants ont pu être évoqués. Dans le cadre des journées de sensibilisation des habitants aux problèmes de santé, le Directeur général de l'ADGESTI a participé à une journée des associations au cours de laquelle il a animé un café clinique ouvert à tous les passants. Il y a décrit des situations de personnes au comportement bizarre (paranoïa et obsession) et fait réagir les participants pour les sensibiliser aux troubles psychiques.

Sarthe Habitat a proposé de s'inspirer de l'expérience de la Médiation expulsion d'Allonnes, et un dispositif similaire s'est mis en place à Coulaines. La convention de partenariat pour Coulaines a été conclue entre la Préfecture, la Ville de Coulaines, les deux bailleurs sociaux présents sur la commune (Sarthe Habitat et la Mancelle d'habitation), le Centre social, les Maisons pour tous (MPT) et l'association ADGESTI. Nous notons que, dans cette convention, la CAF et le département ne sont pas partenaires, contrairement à Allonnes. Le préambule indique que cette convention

« [...] s'inscrit dans une déclinaison territoriale des politiques publiques : des Contrats Locaux de Santé, de la politique du « logement d'abord » mise en place à titre expérimental sur 10 départements [pilotes] dont la Sarthe et de la politique de la Ville. ».

Nous voyons apparaître une référence aux Contrats locaux de santé (CLS), prévus dans la Loi Hôpital Patient Santé territoire (Loi HPST)⁶⁷ de 2009. Ils participent à la réduction des inégalités territoriales et sociales de santé. Ils promeuvent la santé, la prévention et les politiques de soins. Ils coordonnent les actions sur les territoires vulnérables, volontaires pour un engagement contractuel. Les CLS sont des déclinaisons du Projet régional de santé (PRS) établi par l'Agence régionale de santé, sur un territoire (quartier, ville, communauté de communes, etc.). L'ARS ou les élus locaux peuvent être à l'origine d'un CLS. Le CLS s'appuie sur les objectifs inscrits dans le PRS et dans ses schémas régionaux qui en découlent (prévention, organisation des soins, organisation médico-sociale). Les CLS participent à la réduction des inégalités territoriales et sociales de santé.

⁶⁷ <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020879475&categorieLien=id>

Ils permettent de mieux coordonner les actions sur les territoires vulnérables, volontaires pour un engagement contractuel. Ils portent sur la promotion de la santé, la prévention, les politiques de soins, l'accompagnement médico-social, les déterminants de la santé. Les élus locaux peuvent être à l'initiative d'un CLS, tout comme l'ARS.

La loi HPST prévoit que les CLS portent sur la santé « au sens large » : promotion de la santé, prévention, politiques de soins et accompagnement médicosocial au titre de la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé. Il s'agit de définir les thématiques du CLS en tenant compte des priorités du PRS, et des enjeux de santé jugés prioritaires au niveau local. Le CLS n'a pas vocation à se substituer aux dispositifs locaux de santé en place, à l'image des Ateliers santé ville (ASV), des volets «santé» des CUCS, ou des démarches ville-santé. Nous constatons aussi, dans la convention signée à Coulaines, une référence à la politique du « logement d'abord » vue plus haut.

Alors qu'à Allonnes le pilotage du dispositif repose sur le CCAS, à Coulaines c'est le Centre social qui centralise les informations, qui anime les réunions du Comité technique et qui assure les relations entre les partenaires.

Dans cette convention, il est attendu de l'ADGESTI qu'elle intervienne « pour favoriser le maintien dans le logement des personnes en difficultés ». Elle est pertinente sur deux volets : un « volet formation-participation » pour les correspondants de site, les chargés de clientèle et les travailleurs sociaux de proximité, basé sur de l'analyse de cas concrets, pour des apports en « santé mentale » et une « médiation », auprès de « la personne elle-même » mais aussi lors des réunions du Comité technique pour « dégager des pistes de solution ». L'expression « maintien dans le logement » laisse entendre que le risque d'expulsion peut être réel, mais à Coulaines c'est surtout la problématique santé qui est à l'origine de la plateforme. Il est remarquable que ce qui est mis en avant, ce soit une action de formation des opérateurs de terrain et que l'action demandée à l'ADGESTI soit à la fois à destination des « personnes » et une participation à la résolution des problèmes lors des réunions : le rôle d'expert semble être moins dans l'action comme à Allonnes, mais dans l'appui, dans l'aide voire le conseil. Nous noterons qu'il n'est pas indiqué, ici non plus, que l'intervention est faite par un psychologue. À la différence d'Allonnes, ne s'agissant plus seulement de dossiers pour des personnes menacées d'expulsion, mais d'actions dans les champs « du logement, de la santé, de l'insertion et de l'emploi », l'ADGESTI, en interne, a abandonné l'appellation « Médiation-expulsion » de son service pour préférer celui de « Médiation-logement ».

4.2.1. Une charte de confidentialité

À l'occasion de la mise en place de ce deuxième dispositif, une *Charte de confidentialité* a été rédigée et signée par tous les acteurs du territoire de Coulaines. Elle a aussi été intégrée par la suite dans la convention d'Allonnes. Cette charte de confidentialité a été établie pour les besoins des travaux en commun, notamment dans les Commissions techniques où les partenaires impliqués sont amenés à prendre connaissance et à échanger des informations qui peuvent être délicates et/ou confidentielles.

Les auteurs de la charte rappellent en premier lieu ce qu'il en est de la confidentialité : l'Organisation Internationale de Normalisation (ISO) la définit comme « le fait de s'assurer que l'information n'est seulement accessible qu'à ceux dont l'accès est autorisé. » Elle affirme que, pour l'utilisateur social, « la confidentialité est un pacte de confiance et de sécurité » avec les travailleurs sociaux. Quant à la discrétion professionnelle, il s'agit

d'une obligation « disciplinaire qui engage le service » et non la responsabilité de la personne. Le secret professionnel est l'interdiction faite à certains professionnels de révéler ce qu'ils ont appris dans le cadre de leur profession. Le secret partagé fait référence à l'article 226-14 du Code pénal : « Le partage d'information doit être limité à ce qui est strictement nécessaire à l'accomplissement de la mission d'action sociale. » Dans ce contexte rappelé, la charte définit les règles de confidentialité applicables aux informations partagées lors des Commissions techniques. Seules les informations nécessaires, utiles, doivent être échangées. Les professionnels s'engagent à ne pas divulguer les informations d'ordre privé entendues. Le devoir de confidentialité est général et permanent, et il doit être respecté sans limitation de durée. La signature de la feuille de présence à la réunion de la Commission technique engage le signataire au respect de la charte. Nous serons amenés à reprendre cette notion de confidentialité dans la troisième partie de cette recherche, notamment à propos du TCI dont les séances sont publiques.

Conclusion de la section 4.2

La reprise du dispositif par une autre équipe d'un territoire voisin a pu faire évoluer ce qui avait été mis en œuvre quelques années auparavant. Nous avons vu notamment apparaître le souci du respect de la confidentialité des informations apportées au sein de la commission et la signature par tous les acteurs d'une charte de confidentialité. Cette charte n'a pas modifié l'attitude professionnelle de la psychologue qui ne transmet aucun élément clinique lors des réunions, et dont les rapports écrits ne comportent que des aspects sociaux.

Une action menée depuis plusieurs années sur un territoire avec un succès reconnu peut rester confidentielle sur une action de communication n'est pas menée pour la faire connaître. L'intérêt d'une telle publicité est de montrer l'exemplarité et la reproductivité d'un dispositif simple, efficace et – de plus – peu coûteux, afin que d'autres personnes, dans une situation similaire, puissent bénéficier de l'aide dont elles ont besoin.

4.3. Une innovation reconnue et partagée

Pour cofinancer le dispositif mis en place à Coulaines, l'ADGESTI a répondu en 2014 à un appel à projets de la Fondation de France, dans le cadre des innovations en ce qui concerne l'accompagnement des maladies psychiques ; son projet a été retenu. Comme chaque année, la Fondation de France a délivré des « Lauriers » aux projets les plus innovants et participatifs parmi ceux au financement desquels elle a participé ; l'ADGESTI s'est ainsi vu remettre en 2014 les Lauriers de la Fondation de France pour la région des Pays de la Loire. Cela a été l'occasion de faire connaître son action à l'échelon local, à la télévision, à la radio et dans la presse écrite. Concernant la communication, le directeur général de l'ADGESTI est régulièrement sollicité pour expliquer le fonctionnement du dispositif expérimental de la Médiation-logement. Ainsi, par exemple, est-il allé présenter les dispositifs médiation logement dans un colloque organisé par le Conseil économique social et environnemental Régional (CESER) des Pays de la Loire à Nantes en 2013. Il l'a fait aussi lors du Plan pluriannuel du logement

en 2013 à Angers. Il est intervenu pour présenter cette action lors de la réunion du Schéma départemental handicap psychique de la Sarthe en 2014. Il a renouvelé son intervention dans la visioconférence du CReHPsy Pays de la Loire du en 2014 ; il l'a présenté lors de la première journée d'étude du CReHPsy à Angers en 2014. De même, il a été sollicité par la DDCS de la Sarthe pour l'expliquer, en 2015, aux membres de la CCAPEX. Et encore, il en a fait une présentation aux adhérents de l'UNAFAM de la Sarthe, en 2016. Nous le voyons, ce dispositif attire l'attention des différents partenaires territoriaux.

La Région des Pays de la Loire et le Département de la Sarthe sont souvent retenus pour mettre en place des dispositifs expérimentaux. En 2012, la Direction interministérielle de l'hébergement et de l'accès au logement (DIHAL) a choisi dix départements pilotes – dont la Sarthe -, pour, dans le cadre du « logement d'abord », traiter la question centrale de « l'accompagnement dans le logement ».

La DDCS de la Sarthe a effectué un travail d'analyse des publics en difficulté de maintien dans leurs logements et elle a aussi fait un état des lieux des offres d'accompagnement existantes sur le territoire départemental. Le rapport mentionne une augmentation des situations difficiles, avec un cumul de comportements « dérangeants », de problématiques d'addictions et de difficultés de paiement des loyers. Il recense aussi plus de quarante dispositifs d'intervention sur le département. Il déplore une absence de coordination entre les acteurs des champs sanitaire, social et médico-social, et remarque qu'une même personne peut être accompagnée par plusieurs dispositifs, ceux-ci l'ignorant. Il constate une méconnaissance des professionnels concernant l'ensemble des dispositifs territoriaux et des limites des interventions de chacun.

4.3.1. Un premier bilan

Faisant le bilan de sept années de fonctionnement, le service *Médiation logement* de l'ADGESTI confirme la nécessité de l'intervention d'un psychologue en première intention au domicile, du fait des manifestations psychopathologiques fréquemment rencontrées ; par contre, il constate que, dans un second temps, la psychologue peut être amenée à sortir de son rôle et à proposer un accompagnement social voire éducatif : aide aux démarches administratives, accompagnement physique des personnes pour l'accès aux soins, etc. Le service décide donc de créer en 2014 des binômes d'intervenants (psychologue et travailleur social) sur chacune des communes concernées, de façon que la psychologue puisse, le moment venu, introduire sa collègue travailleuse sociale dans la relation pour qu'elle se charge des aspects sociaux et/ou éducatifs, pour pouvoir rester centrée sur son travail de soin psychologique.

4.3.2. Évolution du dispositif, les plateformes de 2015

À l'été 2013, l'État et l'Union sociale pour l'habitat (USH) ont signé un pacte de collaboration. Dans ce cadre, au cours de l'année 2014, un projet commun intitulé « 10 000 logements HLM accompagnés » est initié. En juin 2014, la Direction générale de la cohésion sociale et la Direction de l'habitat et de l'urbanisme lancent un appel à projet commun intitulé « Innovation sociale dans le champ de l'hébergement et de l'accès au logement ». S'appuyant sur l'étude de terrain menée par la DDCS de la Sarthe et sur les expérimentations de la Médiation

logement d'Allonnes et Coulaines, Sarthe Habitat répond à cet appel à projet, et sa proposition est retenue. Le FNAVDL finance en 2015, par l'intermédiaire du bailleur, les actions de l'ADGESTI à destination de

« [...] personnes ou familles éprouvant des difficultés particulières, en raison notamment de l'inadaptation de leurs ressources ou de leurs conditions d'existence, pour se maintenir dans un logement décent et indépendant, appartenant à Sarthe Habitat ou Mancelle d'Habitation, sur les territoires des villes d'Allonnes et de Coulaines, et des communautés de communes de Sablé, La Flèche et Mamers ».

Nous remarquons que le cadre d'intervention est extrêmement flou, et surtout qu'il n'a apparemment pas de rapport avec les motifs d'intervention à Allonnes (la menace d'expulsion) ou à Coulaines (des problèmes de santé ou des troubles du voisinage), sauf à considérer qu'il s'agit de difficultés particulières qui peuvent conduire à la perte du logement.

C'est dans ce cadre qu'en 2015, outre les « plateformes » (nouvelle appellation du dispositif) d'Allonnes et Coulaines, ont ouvert celles de Sablé-sur-Sarthe, puis de La Flèche (sud du département) ; celle de Mamers (nord du département) aurait dû ouvrir en 2016. Les portes d'entrée dans le dispositif sont maintenant, d'une manière indifférenciée, les troubles de la santé, ou les troubles du voisinage, ou les risques d'expulsion.

En Sarthe, deux contrats de ville 2015-2020 ont été signés : celui de l'agglomération mancelle (pour cinq quartiers) et celui de Sablé-sur-Sarthe (pour deux quartiers). Du contrat de l'agglomération mancelle nous retenons le constat que « La gestion urbaine et sociale de proximité (GUSP) des quartiers » est une des réponses partenariales pour assurer la qualité du cadre de vie. Cependant elle connaît des difficultés dans sa mise en œuvre, notamment en raison de la multiplicité des acteurs. Ce volet habitat particulièrement complexe, tant financièrement que techniquement, nécessite donc la mobilisation de l'ensemble des acteurs. Pour inciter les bailleurs sociaux à s'engager dans les actions, le contrat rappelle que l'« abattement de TFPB⁶⁸ pour les logements sociaux » fait partie des financements mobilisables. La Loi de finance de 2015 permet un abattement de 30% sur la base d'imposition pour les logements sociaux situés dans les 1 500 quartiers prioritaires de la Politique de la ville, à la condition de la signature d'un Contrat de Ville, pour compenser partiellement les surcoûts de gestion liés aux besoins spécifiques des quartiers, afin qu'ils ne pèsent pas sur les charges des locataires.

Dans le Contrat de ville de l'agglomération mancelle (Le Mans, Allonnes et Coulaines), un volet est consacré à la santé mentale ; de plus, la santé mentale et les addictions sont les deux axes prioritaires retenus. Il est indiqué dans ce Contrat que l'action publique s'appuie sur le décloisonnement des actions de santé, la place de la personne au cœur du dispositif de santé, la parole des usagers du système de santé, l'intégration de toute action dans les dynamiques de parcours (parcours de soins, parcours de santé) et l'attention portée aux populations fragiles et exclues du soin. Après quelques données concernant les personnes en situation de précarité, la pathologie psychiatrique et le suicide, et après qu'il soit indiqué une plus grande consommation de médicaments psychotropes dans les quartiers prioritaires, le plan annonce que deux dispositifs sont privilégiés : la mise en place de l'unité de prévention du suicide et le contrat local de santé mental intercommunal.

⁶⁸ Taxe Foncière sur les Propriétés Bâties

Le point *Hygiène et logement* est le dernier abordé :

« Les bailleurs constatent majoritairement les problématiques suivantes : santé psychique, addictions, isolement et notamment solitude des personnes vieillissantes. Ces problématiques font l'objet de mesures d'accompagnement dans le logement, mises en place dans le cadre des instances du contrat local de santé intercommunal (opérationnelles à Allonnes et Coulaines avec une réflexion en cours pour la ville du Mans. »

Alors que les autres points du plan sont relativement développés, nous constatons l'indigence des informations concernant le logement. Nous notons que le financement des actions est destiné au maintien dans leur logement de ménages ayant des difficultés financières, et qu'il n'y est pas fait allusion aux troubles de santé, aux troubles du comportement ni aux autres motifs d'intervention pour lesquels l'ADGESTI œuvre depuis plusieurs années à Allonnes et Coulaines.

Si à l'ADGESTI le dispositif garde, depuis Coulaines, l'appellation « Médiation logement », chaque commune reste libre d'intituler son dispositif à sa guise : à Allonnes, il s'intitule maintenant « Plateforme de coordination solidarité logement » ; à Coulaines, il a été préféré « Médiation logement » ; à Sablé, il s'intitule « Coordination solidarité logement » ; La Flèche a choisi « Plateforme partenariale logements » ; pour Mamers ce sera, a priori, « Plateforme de coordination des accompagnements dans le logement - Mamers et Milieu rural ».

Lors de la mise en place de la plateforme à Sablé, le maire a indiqué que plusieurs bailleurs privés rencontraient les mêmes difficultés que le bailleur public pour lequel se mettait en place le dispositif. Cependant, la plateforme est financée dans le cadre de la réponse à un appel à projet auquel deux bailleurs sociaux ont répondu, et elle ne peut donc concerner que leurs locataires. Une demande d'une subvention a été alors faite par l'ADGESTI, appuyée par la DDCS, pour obtenir une subvention de la Fondation de France, dans le cas des appels à projets que cet organisme lance régulièrement, notamment pour les malades psychiques ; la demande n'a pas été retenue car n'entrant pas dans le champ de l'appel à projet.

Il convient de noter que la réponse à l'appel à projet DGCS-DHUP n'a été retenue que pour l'année 2015. Ainsi, il est à la charge de la DDCS de la Sarthe d'obtenir une pérennisation des plateformes, sinon, faute de financements, tout le dispositif pourrait s'arrêter sans délais. De plus, pour l'année 2015, les financements précédents pour les dispositifs Médiation logement d'Allonnes et Coulaines ont disparu, l'ensemble des actions entrant dans le cadre du projet 10 000 logements.

Pour la rédaction de son mémoire de réponse à l'appel à projet, Sarthe Habitat n'a pas sollicité l'ADGESTI, cependant au centre du dispositif. Le Directeur général n'a pris connaissance de ce projet qu'en recevant la copie de la réponse qui venait de partir au courrier. Il y a découvert que Sarthe Habitat a répondu à l'appel à projet, en proposant :

« [...] la mise en place de plateformes territoriales partenariales, visant à coordonner sur un territoire, les acteurs éducatifs, sociaux, médico-sociaux et sanitaires de l'accompagnement dans les logements, au sein de commissions locales instruisant des situations individuelles ».

Quant aux objectifs de l'action, ils sont ainsi détaillés :

« Rendre l'usager acteur de son parcours, rendre effectif l'accès aux droits, renouer le lien distendu entre le locataire et le bailleur, rétablir le lien entre l'usager et le travail social, résorber

les dettes locatives et trouver des relais avant la résiliation du bail, faciliter l'accès aux soins, à l'accompagnement et à la prévention des problématiques de santé des ménages ».

Dans une note d'information aux partenaires, un inspecteur de la DDCS explique le nouveau dispositif territorial pour l'année 2015. Le projet vise avant tout des interventions territoriales coordonnées, le plus en amont possible, auprès de personnes dans leur logement, pour éviter une détérioration de leur état social et/ou sanitaire. Trois axes d'action sont retenus : une mission de veille et de premier contact préventif des difficultés dans le logement, par les acteurs locaux, une mission de repérage et recensement des problématiques liées au comportement, à l'hygiène, aux impayés de loyers, par les bailleurs et une mission de repérage de situations qui se dégradent, pour tous les travailleurs sociaux et les intervenants à domicile. La note explique le fonctionnement des « plateformes territoriales » : des commissions mensuelles de coordination locales, regroupant les acteurs du logement, instruisent les dossiers de personnes repérées sur le terrain et proposent une orientation adaptée vers un dispositif de proximité. Dans cette note, le rôle de l'ADGESTI est, cette fois-ci, détaillé : intervention par une équipe pluridisciplinaire (infirmier, travailleur social, psychologue), auprès des acteurs du terrain (bailleurs sociaux, travailleurs sociaux, professionnels de santé, aides à domicile), auprès des habitants : une prise de contact dans le logement par un « médiateur » de l'ADGESTI, évaluation globale de la situation et « renouer un lien distendu » ou « rompu ». Il s'agit « d'évaluer la problématique » du locataire, et de renseigner les partenaires sur « les éventuels dysfonctionnements », pour envisager des interventions. Puis de contribuer à « produire des effets de changement », et donc une « stabilisation de la relation ». Enfin de favoriser le maintien dans le logement ou de permettre une mutation. Nous voyons, dans ces nouveaux documents, quelques modifications sur les attendus des « plateformes » et concernant la mission de l'ADGESTI.

Dans sa réponse à l'appel à projet, Sarthe Habitat présente la mission des plateformes comme un dispositif social de rétablissement des droits, de résorptions des dettes, de rétablissement de liens sociaux et d'accès aux dispositifs de santé. Le rôle effectif tenu depuis 2007 par la psychologue de l'ADGESTI est simplement ignoré.

Dans la note de l'inspecteur de la DDCS, qui n'a aucune valeur contractuelle, l'ADGESTI est censée avoir une équipe composée d'un infirmier, d'un travailleur social et d'un psychologue : jamais une telle équipe n'a été évoquée avec l'ADGESTI, et il n'est pas dit ce qui serait attendu de ces différents professionnels.

4.3.3. Les nouveaux partenaires

Le Centre hospitalier spécialisé de la Sarthe s'est restructuré en 2011. Les sept secteurs de psychiatrie générale (adultes) ont été redécoupés en trois pôles de chacun deux secteurs. De plus, deux pôles transversaux ont vu le jour, le Pôle transversal interne (PTI) et le Pôle Transversal Externe (PTE). Le PTI gère toute une série de services en interne comme les admissions, les courts séjours d'observation, la médecine générale et le dentiste, la cafétéria, etc. Le PTE gère lui des services extérieurs comme le Centre d'accueil thérapeutique à temps partiel intersectoriel (CATTPI), l'Équipe mobile psychiatrie précarité (EMPP), le service de géronto-psychiatrie, etc. Au sein du PTE, une « cellule logement » a été créée en 2014 ; son objectif est d'intervenir à domicile. Sous l'autorité du médecin-chef de pôle, l'équipe est constituée d'une cadre de santé et d'une infirmière. Concernant la Médiation logement, depuis le printemps 2015, outre les participants habituels à chaque

plateforme, la cadre de santé de la cellule logement du PTE du CHS participe aux réunions des Comités techniques.

Lors de la mise en place des nouvelles plateformes en 2015, l'ADGESTI a reprécisé, lors des Comités techniques, son secteur d'intervention : les personnes en souffrance psychique, dont les personnes en situation de handicap d'origine psychique ; donc a priori pas les malades mentaux qu'elle laisse à la psychiatrie. Ce positionnement n'a cependant fait l'objet d'aucun écrit. Ainsi, dans les réunions des différentes plateformes, lors des débats d'attribution des cas complexes, si la personne est déjà suivie en psychiatrie, ou si la personne a été suivie il y a moins d'un an par la psychiatrie, l'ADGESTI ne souhaite pas intervenir, sauf si la personne est en conflit avec le secteur psychiatrique ou ne veut plus être suivie par lui. Petit à petit, les champs d'intervention du CHS et de l'ADGESTI se précisent : l'ADGESTI laisse les soins sanitaires des malades mentaux à la psychiatrie et, quant à elle, s'adresse aux personnes en souffrance psychique, sans se demander si une maladie est à l'origine de leurs difficultés ; elle s'adresse donc à des Personnes en situation de handicap d'origine psychique, dont la situation sociale dégradée est constatée, dont l'origine supposée est un trouble psychique. C'est pourquoi nous avons voulu détailler ce qu'est le handicap psychique dans la première partie de cette recherche, et nous allons reprendre plus loin cette réflexion dans l'étude de quelques cas cliniques de la Médiation logement.

L'Alliance sociale animale (ASA) a aussi rejoint les plateformes, au moins au cas par cas, invitée si besoin par un partenaire. Il s'agit d'une association qui emploie deux éducateurs canins. En effet, dans de nombreux cas, les personnes vulnérables ont des difficultés pour s'occuper de leurs animaux domestiques, souvent nombreux. Ainsi, lors des interventions à domicile, l'ADGESTI peut être amenée à constater des anomalies dans la présence d'animaux au foyer des personnes en grande difficulté dont elle s'occupe. L'intervention de l'ASA permet d'apprendre au locataire à empêcher que son animal nuise aux voisins, à bien s'en occuper, à le soigner s'il est malade ou blessé, à se séparer de lui s'il est moribond ou si les animaux sont trop nombreux.

4.3.4. Une nouvelle plateforme au Mans

À la demande d'une déléguée à la préfète⁶⁹ de la Sarthe, une plateforme s'est aussi mise en place, en mai 2015, sur les quartiers sensibles de la ville du Mans ; elle concerne les huit bailleurs sociaux de la commune (dont les deux des plateformes précédentes). Le nombre de bailleurs rend les réunions du Comité technique beaucoup plus complexes, du fait du nombre de personnes présentes, et parce que seuls deux bailleurs connaissent le fonctionnement du dispositif, que découvre aussi le CCAS de la Ville du Mans qui est chargé de le porter. S'agissant du chef-lieu du département, l'inauguration s'est faite sous la présidence de la préfète, en présence du sénateur-maire, du président du Conseil départemental, des chefs de service de la préfecture et du

⁶⁹ Les délégués au préfet ont été mis en place en 2009 pour créer du lien entre l'État et les acteurs de terrain et rendre la politique de la ville plus efficace. Il incarne le préfet dans les quartiers sensibles et est un interlocuteur privilégié des acteurs locaux, dans les domaines de l'emploi et la formation, l'éducation, la sécurité et la délinquance, la gestion urbaine de proximité, la santé, la rénovation urbaine, etc.

département concernés, des directeurs généraux des huit bailleurs et de l'ADGESTI, et elle a été couverte par des journalistes de la presse écrite locale.

Le *Dispositif partenarial pour l'accompagnement et le maintien dans le logement des ménages manceaux* a été créé par une convention d'octobre 2015 entre l'État, l'Agence régionale de santé, le Département de la Sarthe, la Ville du Mans, Le Mans Métropole, le Centre communal d'action sociale de la Ville du Mans, la Caisse d'allocations familiales de la Sarthe, l'Établissement public de santé mentale de la Sarthe (EPSM, nouvelle appellation du CHS), l'association ADGESTI, six des huit bailleurs sociaux (Le Mans Habitat, Mancelle d'Habitation, Sarthe Habitat, la SAMO, le Foyer Manceau, ICF), et les syndicats de copropriété. Nous notons l'absence de deux bailleurs sociaux. Nous notons aussi l'apparition des bailleurs privés. Nous avons indiqué supra qu'à Sablé, compte tenu de l'origine des financements, cela n'avait pas été possible. Les financements étant différents au Mans, il a été possible d'y intégrer les bailleurs privés. Si nous comparons ce dispositif avec le premier mis en place en 2007 à Allonnes, nous constatons que le nombre de partenaires a considérablement augmenté. Bien sûr, il y a plusieurs bailleurs, mais on y trouve maintenant l'ARS – comme partenaire et financeur –, le CHS (devenu EPSM) – comme partenaire et opérateur – et la métropole mancelle.

L'objectif de ce nouveau dispositif est de « favoriser l'accompagnement et le maintien dans le logement des ménages manceaux en difficultés » afin de : « Rendre l'utilisateur acteur de son parcours » [1]⁷⁰, « Rendre effectif l'accès aux droits » [2], « Renouer le lien distendu entre le locataire et le bailleur » [3], « Rétablir le lien entre l'utilisateur et le travail social » [4], « Résorber les dettes locatives et trouver des relais avant la résiliation du bail » [5], « Examiner les solutions à apporter aux problématiques de troubles du voisinage ou d'entretien du logement, faciliter l'accès aux soins, à l'accompagnement et à la prévention des problématiques santé des ménages » [6], et « Accompagner, si nécessaire, vers un projet de relogement en habitat ou structure adaptés » [7]. » Les points 1 et 2 reprennent les intentions actuelles des politiques publiques. Les points 3 et 4 abordent la rupture du lien, qui est en effet le motif principal de l'intervention de l'association. Le point 5 concerne le risque d'expulsion locative, sans que ces termes soient employés, mais il reprend le motif de saisine du Comité technique du premier dispositif à Allonnes. Le point 6 nomme les autres motifs d'intervention : outre les problèmes de santé et l'accès aux soins, comme à Coulaines, apparaissent les « troubles du voisinage » et « l'entretien du logement » : ces deux portes d'entrée peuvent nous intéresser au titre de manifestations de pathologies mentales, de manifestations bruyantes et de l'incurie notamment.

Dans l'avenant à la convention de partenariat, réglant les questions financières entre le CCAS et l'ADGESTI, le rôle de l'association est précisé :

« Les interventions des partenaires sur le volet santé, notamment de l'association ADGESTI, répondent aux constats de problématique d'hygiène, d'absence de respect des logements et des parties communes, de troubles du voisinage, de problématiques d'addictions, de santé mentale, de souffrance psychique et d'isolement rencontrés par certains locataires. »

Il y est indiqué une participation financière de l'ARS en plus de celle de la DDCS, ce qui est une nouveauté et marque l'intérêt de l'ARS pour le dispositif, peut-être dans le cadre de la prévention ou le dépistage des troubles mentaux. En tout cas l'association ADGESTI est comptée parmi les « partenaires sur le volet santé »,

⁷⁰ La numérotation a été rajoutée ici par nous par commodité

donc dans le périmètre de l'ARS. Les troubles pour lesquels il est demandé une intervention de l'ADGESTI correspondent à ceux qui sont effectivement rencontrés dans les autres plateformes, et à ce que l'ADGESTI a l'habitude de recenser lorsqu'elle étudie la « capacité à tenir un rôle de locataire » dans son action « Diagnostic Habitant Habitat ».

Il est à noter que la convention a été rédigée par le CCAS de la Ville du Mans, et que l'association ADGESTI n'a pas été associée à son élaboration. Or, dans celle d'Allonnes de 2008, on trouve des éléments apportés par le Directeur général de l'ADGESTI de l'époque qui montrent qu'il a été consulté pour la rédaction du document, notamment dans la référence aux statuts de l'Association. Dans la nouvelle convention partenariale, les interventions de l'ADGESTI sont précisées :

« [...] Réalise le diagnostic dans le délai compris entre deux comités techniques, Informe les partenaires de ses conclusions, Propose les actions à mener, mène des actions d'accompagnement, Contribue au relais avec les équipes de santé mentale, du secteur social et médico-social. »

Nous constatons qu'il n'est toujours pas précisé que l'intervenant de l'ADGESTI est un psychologue. Le terme de « diagnostic » est ambigu, il ne dit rien de ce qui est projeté. L'action éventuellement menée est appelée « accompagnement », ce qui est imprécis et ne dit rien sur ce qui est attendu et par qui il doit être mené ; d'autant plus qu'à la fin il est question de pouvoir passer le relais aux « équipes de santé mentale » distinguées du « secteur social et médico-social ». L'ADGESTI estime se trouver dans les deux domaines : participer à la santé mentale de la population (prévention, amélioration) au moyen de dispositifs dont certains relèvent du secteur « social et médico-social » au sens du Code de l'action sociale et des familles.

Compte-tenu du nombre d'habitants dans les quartiers concernés, on peut s'attendre à une montée en puissance du dispositif « médiation-logement » à l'ADGESTI. Cependant, la convention signée n'entre pas dans le périmètre de financement de l'appel d'offre de 2014 ; ainsi les financements octroyés par la Préfecture et la DDCS ne permettent qu'un fonctionnement à minima, à savoir le fonctionnement de l'animation de la plateforme par le CCAS, et la mise en œuvre d'une dizaine d'actions par l'ADGESTI.

Lors du Comité de pilotage de mai 2016, Le Mans Habitat a indiqué qu'il avait un « stock » de 70 ménages en difficulté qu'il conviendrait de présenter à la plateforme, mais que le rythme actuel ne pouvant absorber qu'un « flux » de 5 dossiers à chaque commission, il fallait augmenter la capacité de la plateforme ; si le principe a été adopté à l'unanimité, le financement n'a pas été alors encore trouvé.

4.3.5. La plateforme avortée de Mamers

Dans le projet de convention concernant la communauté de communes de Mamers, il était indiqué que ladite convention « [...] s'inscrit dans une déclinaison territoriale des politiques publiques : le plan départemental de prévention de la délinquance ; le PDALPD 2014-2018, [...] ; le FSL, [...] ; le comité départemental de santé mentale avec le CHS et l'ARS ; l'organisation de groupes techniques par le Département de la Sarthe et la Convention d'Objectif et de Gestion de la CAF. » Nous remarquons un élargissement des références habituelles

des autres plateformes au « plan départemental de prévention de la délinquance » qui dépend de la justice, qui semble donc être un nouveau partenaire territorial. Les motifs d'intervention sont les

« [...] problématiques d'impayés, d'hygiène, d'absence de respect des logements et des parties communes, de troubles de voisinages, de problématiques d'addictions, de santé mentale, de souffrance psychique et d'isolement rencontrées par certains locataires. »

Nous notons cette fois-ci que la souffrance psychique et les problématiques de santé mentale sont bien identifiées. Les objectifs sont décrits : « rendre l'utilisateur acteur de son parcours », « rendre effectif l'accès aux droits », « renouer le lien distendu entre le locataire et le bailleur », « rétablir le lien entre l'utilisateur et le travail social », « résorber les dettes locatives et trouver des relais avant la résiliation du bail », « examiner les solutions à apporter aux problématiques de troubles du voisinage ou d'entretien du logement », « faciliter l'accès aux soins, à l'accompagnement et à la prévention des problématiques de santé des ménages ».

Encore une fois, le rôle réellement joué par les psychologues de l'ADGESTI, à savoir le diagnostic psychopathologique et l'accès aux soins si nécessaire, ne sont pas évoqués.

Les partenaires sont ensuite énumérés. En sixième place on trouve le Centre Hospitalier de la Sarthe ; l'ADGESTI, acteur historique, viendra en septième. La cellule logement du CHS « participe au comité de pilotage et aux réunions techniques », « aide à l'orientation et à l'évaluation de la situation », « facilite le lien avec les équipes de secteur », et « contribue au relais avec les équipes de santé mentale ». Quant à l'ADGESTI, elle « met en œuvre les moyens nécessaires en vue d'établir le contact avec les locataires dont la situation a été présentée lors du comité technique », « réalise le diagnostic dans le délai compris entre deux comités techniques », « informe les partenaires de ses conclusions », « propose les actions à mener », « mène des actions d'accompagnement à la demande du comité technique », « contribue au relais avec les équipes de santé mentale, du secteur social et médico-social », « établit annuellement le bilan des actions menées et présente, une fois par an, le bilan qualitatif et quantitatif des actions menées sur le territoire de la commune de Mamers. » S'il est précisé que l'ADGESTI réalise un « diagnostic », même si le terme est plus précis que celui d'« évaluation » jusqu'alors employé, il ne précise pas s'il s'agit d'un diagnostic psychopathologique, ni même s'il est fait par un psychologue clinicien. Ce diagnostic doit être établi « entre deux comités techniques », soit dans le délai de deux mois : il faut donc, en deux mois, entrer en relation avec la personne et faire un diagnostic, ce qui peut paraître très court pour un travail de qualité. Ensuite, à la demande du comité, l'ADGESTI « mène des actions d'accompagnement » dont il n'est pas précisé de quel type il s'agit, ni par quel professionnel il est fait. Nous notons que le CHS « aide à l'orientation et à l'évaluation de la situation », lors des réunions du Comité technique, alors que c'est un rôle joué par la psychologue de l'ADGESTI dans les différents Comités techniques depuis 2007. Si le CHS « facilite le lien avec les équipes de secteur [psychiatrique]», et si l'ADGESTI « contribue au relais avec les équipes [...] du secteur social et médico-social », les deux sont sollicités pour contribuer « au relais avec les équipes de santé mentale », sans plus de précisions sur ces appellations.

L'article 4 de la convention aborde la confidentialité et le secret professionnel. Il ne fait pas appel à la charte établie et adoptée à Coulaines puis dans les autres plateformes. Il se termine par ces deux points, discutés dans les autres plateformes, mais pas encore formalisés : « Le prescripteur (Sarthe Habitat, services sociaux communaux et départementaux, services sanitaires...) s'assure, préalablement à la présentation en commission des situations individuelles, de l'accord des personnes citées ou au moins de leur absence de refus formalisé ».

« Les usagers sont informés par courrier par le prescripteur (bailleur, services sociaux...) des conclusions de la « Commission solidarité logement ».

Cette plateforme verra le jour en 2017 dans le cadre de la pérennisation du dispositif.

4.3.6. Les futures plateformes du Mans

Une réponse à l'appel à projet *10 000 logements d'abord* a été établie par les huit bailleurs sociaux et la DDCS pour l'année 2017 pour Le Mans. Elle propose deux plateformes : une pour Le Mans Habitat, bailleur ayant un très grand nombre de logements sur le territoire du Mans, et une seconde pour les autres bailleurs. Il devrait ainsi être possible de continuer à traiter les dossiers de l'ensemble des bailleurs sociaux, sans trop de délais pour Le Mans habitat.

Pour cette réponse, le directeur général de l'ADGESTI a été sollicité. Il a donc pu faire apparaître d'une manière explicite le fait que l'action mise en place à domicile par son association est effectuée en première intention par des psychologues cliniciens. Il a pu aussi indiquer le rôle de conseil et de formation de ces psychologues cliniciens au sein des Comités techniques.

Conclusion de la section 4.3

Il aura fallu dix ans pour que le dispositif expérimental de la *Médiation expulsion* d'Allonnes se pérennise et essaime sur le territoire départemental. Il reste encore méconnu à l'échelon national, et pourtant il a montré sa pertinence, son efficacité et – de plus - son faible coût.

Cependant, ce qui le caractérise le plus, c'est que – sans doute pour la première fois, et vraisemblablement sans autres exemples – il s'agit, au sein du dispositif, de faire intervenir, dans quelques cas, à bon escient, des psychologues cliniciens, en première intention et à domicile.

Conclusion du chapitre 4

L'historique de la mise en place de ce dispositif singulier qu'est la *Médiation logement*, qui a la particularité unique de faire intervenir à domicile en première intention des psychologues cliniciens, nous a permis de montrer la fragilité d'un tel dispositif. En effet, nous avons pu montrer que le fait que l'ADGESTI mandate un psychologue clinicien n'était jamais mentionné dans les différentes conventions, alors que nous savons combien l'établissement d'un diagnostic différentiel peut être déterminant dans la mise en place de soins et/ou d'un accompagnement social. Nous avons aussi constaté que, dans le cadre de l'évolution du dispositif, l'association qui porte le projet d'intervention psychologique pouvait facilement être mise à l'écart, et qu'il aurait été possible que la particularité même de la Médiation logement, à savoir l'envoi de psychologues à domicile, aurait pu disparaître, et que le projet aurait pu être ainsi dénaturé. Nous voyons donc combien l'intervention des psychologues cliniciens ne peut se penser hors contexte politique, idéologique et socio-économique.

La question des expulsions se pose chaque année en France dans les médias à propos de la trêve hivernale. En 2016 encore, de nombreuses expulsions ont eu lieu juste avant la date fatidique du premier novembre, date du début de la trêve hivernale. L'ADGESTI a dû, par exemple, se charger de la mise à l'abri des biens d'une personne expulsée alors qu'elle était hospitalisée sous contrainte en psychiatrie et donc dans l'incapacité à réagir. Nous verrons aussi, comme chaque année, les expulsions reprendre en avril.

Nous pouvons constater par exemple dans les Commissions de médiation que, dans la plupart des cas, les personnes menacées d'expulsion sont de bonne foi. Il s'agit de personnes qui n'ont pas su, ou – le plus souvent - pu faire face à un évènement extérieur (un décès, une rupture conjugale, un accident, une maladie, etc.).

De plus, dans quelques cas, ce qui est constaté c'est l'incapacité de la personne à réagir à temps, ou à réagir tout simplement et à empêcher que des procédures se mettent en place à son encontre. Malgré le maillage social, médicosocial et sanitaire, certaines personnes vulnérables ne sont pas aidées parce qu'elles ne s'adressent pas à quelqu'un qui pourrait leur apporter une aide ; qu'elles ne sachent pas à qui s'adresser, ou encore qu'elles ne se rendent pas compte de l'état dans lequel elles se trouvent, socialement, physiquement ou psychologiquement.

Ce chapitre 4 nous a permis de comprendre le fonctionnement des *Plateformes logement* qui ont été créés pour des personnes menacées d'expulsion ; elles l'ont été sur différents territoires de la Sarthe, avec leurs similarités et leurs singularités. Nous constatons que de nombreux ménages passent par ce dispositif et que la plupart, par ce biais, évitent une situation sociale dramatique qui pourrait aller jusqu'à l'expulsion locative.

Mais, parmi ces ménages, certaines sont en situation de handicap d'origine psychique et, de ce fait, n'ont pas su ou pu bénéficier des dispositifs de droit commun, ni même de la plateforme Médiation logement alors que celle-ci traite 90% des cas examinés par la Commission technique. Ces personnes particulièrement vulnérables sont rencontrées à leur domicile par les psychologues cliniciens de l'ADGESTI ; dans la quasi-totalité de cas, il s'agit de personnes en situation de handicap d'origine psychique, sans pathologie psychiatrique avérée.

La réflexion en 2012 sur la plateforme Médiation expulsion d'Allonnes et le constat d'une intervention bien tardive pour des ménages en très grande difficulté sociale et personnelle a conduit à la formation de gardiens d'immeubles aux premiers éléments de psychopathologie. Depuis, le constat est fait, dans les différentes plateformes qui se sont développées, que les cas apportés par les bailleurs permettent une intervention bien plus en amont de la crise, avant tout enkystement.

Nous remarquons parallèlement, lors de la création d'une plateforme, qu'il faut traiter dans l'urgence un « stock » de cas très lourds (70 par exemple en 2016 pour Le Mans Habitat). Il semble bien que ces plateformes permettent de faire sortir de l'anonymat des ménages en grande difficulté depuis de nombreux mois – voire quelques années -, et qu'il faut donc penser que de nombreux autres ménages sont en situation de détresse sociale et psychologiques dans toutes les communes dans lesquelles une plateforme n'a pas été mise en place. De plus, il ne s'agit dans ces plateformes que de bailleurs sociaux ; l'expérience nous conduit parfois à avoir connaissance de cas similaires chez des bailleurs privés, et la DDCS de la Sarthe nous demande de mettre en place pour eux une intervention identique dans le cadre de l'AVDL. Nous imaginons volontiers qu'il ne s'agit pas d'une particularité sarthoise et qu'il existe des cas identiques dans les autres départements.

Ces plateformes Médiation logement mettent ainsi en évidence le besoin d'aller à la rencontre de ménages (personnes seules, couples ou familles) en très grande détresse sociale sur l'ensemble du territoire national et dont les difficultés sont invisibles ; parmi elles se trouvent des personnes en situation de handicap psychique dont la détresse est totalement méconnue.

Il serait donc utile de mieux caractériser ce qu'est le handicap psychique, puis de voir qui pourrait faire le diagnostic d'une situation de handicap d'origine psychique et proposer une intervention adaptée la plus précoce possible.

Conclusion de la deuxième partie

Nous avons, dans la première partie de cette recherche, circonscrit la notion de handicap psychique.

Dans cette deuxième partie, nous avons abordé le risque de l'expulsion locative.

Nous nous avons exposé comment était mis en œuvre la démarche d'expulsion et aussi toutes les mesures légales pour éviter qu'on en arrive à cette phase ultime ; nous avons ainsi pu voir les dispositifs de droit commun mis en place pour aider les personnes en difficulté à ne pas perdre leur logement.

Puis, parmi ces personnes en difficulté sociale, nous présentés le cas de personnes en situation de handicap psychique et sans pathologie psychiatrique avérée.

Nous avons présenté l'intervention des psychologues chargées du suivi de ces personnes.

Enfin, nous avons présenté le dispositif expérimental mis en place pour venir en aide à ces personnes particulièrement vulnérables.

Parmi toutes les personnes accompagnées dans le cadre du dispositif Médiation logement par les psychologues de l'ADGESTI, nous avons choisi de présenter le cas de quelques personnes qui nous semblent exemplaires.

Nous constatons que ces personnes sont dans une réelle difficulté à pouvoir mener une vie normale, et que sans l'intervention d'un psychologue, leur situation se serait rapidement détériorée. Nous constatons aussi que leur difficulté n'est pas la résultante d'une quelconque maladie mentale, qu'aucun diagnostic médical n'a été posé et qu'elles ne bénéficient d'aucun traitement médical en rapport avec leur comportement. Nous remarquons qu'elles n'ont pas obtenu ni cherché à obtenir par elles-mêmes le statut de personne handicapée que la MDPH pourrait éventuellement leur octroyer pour des troubles psychiques.

Et pourtant, compte tenu de ce que nous avons décrit de la situation de handicap d'origine psychique dans la première partie de cette recherche, nous estimons qu'il s'agit bien de personnes en situation de handicap d'origine psychique.

Cependant, la mise en exergue par les plateformes logement sarthoises d'une partie de la population comme souffrant d'une situation de handicap d'origine psychique, nous amène à penser que des cas similaires existent sur tout le territoire national et qu'il conviendrait d'une part de les identifier et d'autre part de leur apporter une aide psychologique et sociale de première urgence.

L'actualité montre que la question de la prévention des expulsions locatives est encore cruciale. En effet, un décret d'avril 2016⁷¹ oblige la mise en place d'une *Charte de prévention de l'expulsion* à l'échelon de chaque département, élaborée conjointement par le préfet et le président du Conseil départemental dans le cadre du PDALPD. Cette charte contient une information des locataires et des bailleurs sur le droit du logement, sur les aides et secours, sur le relogement, sur les dispositifs de conciliation, sur les accompagnements, sur le diagnostic social et financier, sur la formation des intervenants sociaux, les procédures et les différentes instances.

Nous apprenons aussi le lancement du programme *Housing first* au Japon, à Tokyo, dans le quartier Shibuya, avec l'aide des équipes « Un chez soi d'abord » de Paris et de Marseille, soutenu par Médecins du Monde.

Nous allons poursuivre notre recherche dans une troisième partie, pour tenter d'objectiver les Shop (que nous orthographierons désormais « shop », au pluriel « shops ») et déterminer ce qui pourrait se mettre en place pour venir en aide aux Peshop (que nous écrirons « peshops »).

⁷¹ [Décret n° 2016-393 du 31 mars 2016](#) relatif à la charte pour la prévention de l'expulsion

Troisième partie

Dans la première partie de cette recherche, nous avons cerné ce qu'est la notion de handicap, à savoir une restriction de la participation sociale du fait de troubles de la santé, de déficiences ou encore de maladies, cette notion évoluant dans le temps ; nous avons pu voir comment la société pouvait le prendre en compte.

Concernant une situation de handicap spécifique, le handicap psychique, nous avons pu voir des divergences de représentations notamment du fait des champs connexes de la santé mentale et de la maladie psychique.

Nous avons montré que cette situation sociale pouvait être mesurée par une équipe spécialisée, sans qu'il soit nécessaire de faire référence à une quelconque causalité médicale.

Dans la deuxième partie, nous nous sommes arrêtés sur les personnes en situation de handicap d'origine psychique, et plus particulièrement sur certaines qui sont repérées dans un contexte particulier, à savoir celui du risque de l'expulsion locative.

Nous avons pu voir que ces personnes vulnérables ne bénéficient pas des dispositifs mis en place par la société pour aider les personnes handicapées.

Nous avons décrit le comportement de quelques-unes d'entre elles, qui nous semble bien représenter la situation de handicap psychique sur le terrain.

Nous avons montré le travail de psychologues qui vont au-devant d'elles à leur domicile. Nous avons expliqué dans quel contexte expérimental et fragile elles exercent.

Dans cette troisième partie, nous nous recentrerons sur le handicap psychique en France et nous en dévoierons les principales caractéristiques ; nous serons conduits à proposer une grille de lecture clinique de ce handicap, hors référence à une maladie mentale.

Nous reprendrons les vignettes cliniques de la deuxième partie pour montrer qu'il s'agit bien de situations de handicap d'origine psychique.

Nous serons ensuite amenés à nous poser la question des causes de la situation de handicap d'origine psychique et à voir ce qui pourrait être mis en place pour un repérage précoce de ces situations et pour une intervention psychologique et sociale précoce.

Cette dernière partie comprend les chapitres suivants :

1. Définir le handicap psychique : nous allons alors reprendre la notion de handicap psychique pour tenter d'en donner une définition personnelle qui, contrairement à la plupart, ne sera pas corrélée à une maladie mentale et à ses conséquences.

2. Caractériser le handicap psychique : nous reprendrons le discours qui est tenu dans le champ du handicap psychique en France, notamment dans le secteur médico-social où la question d'une maladie mentale reste sous-jacente, et nous montrerons que notre approche - même singulière - s'inscrit dans la recherche actuelle. Partant des conceptions diverses, mais convergentes, sur la situation de handicap d'origine psychique, nous allons pouvoir établir un tableau clinique de ce handicap singulier reprenant ses principales caractéristiques, que nous classerons selon une grille personnelle d'évaluation.

3. Reconnaître le handicap psychique : nous allons reprendre les six vignettes cliniques décrites en fin de deuxième partie de ce travail. Nous allons pouvoir alors utiliser la grille élaborée au chapitre précédent, et nous allons montrer que ces personnes entrent bien dans la catégorie du handicap psychique telle que nous l'avons élaborée, et nous constaterons de surcroît que ces personnes ne sont pas reconnues comme malades mentales. Nous aurons donc bien identifié des situations de handicap d'origine psychique sans faire référence à une maladie mentale.

4. À l'origine du handicap psychique : nous tenterons de trouver une origine à la situation de handicap d'origine psychique. Nous ferons l'hypothèse d'une fragilité psychologique singulière mais discrète qui se révèle lorsqu'une personne est confrontée à des aléas de la vie sociale, mais qui pourrait être diagnostiquée par une équipe pluriprofessionnelle d'évaluation avec la grille élaborée au chapitre 2 de cette troisième partie. Nous proposerons alors l'intervention d'une équipe spécialisée pour un diagnostic et un accompagnement psychologique et social précoces.

1. Définir le handicap psychique

Dans ce premier chapitre de cette troisième partie, nous allons tenter de trouver une définition du handicap psychique qui soit compatible avec nos travaux ci-dessus et qui puisse être, si possible, communément admise. Pour ce faire nous allons, dans un premier temps, reprendre différents points de vue sur ce handicap singulier. Puis nous étudierons quatre définitions que nous avons sélectionnées du fait qu'elles ne font pas référence à la maladie mentale.

Définir le handicap psychique

Ce dernier chapitre compte les sections suivantes :

1.1 : La notion de handicap psychique : le handicap psychique reste une notion, ce n'est pas (encore ?) un concept. L'absence de consensus ne concerne pas les descriptions des manifestations sociales du handicap mais son étiologie.

1.2 : Les définitions : L'absence de consensus étiologique ne doit pas empêcher la recherche d'une définition partagée de cette notion. Nous étudierons quatre récentes propositions de définitions qui ne font pas référence à une pathologie mentale médicalement reconnue. Nous en proposerons une.

1.1. La notion de handicap psychique

Qu'est-ce que le handicap psychique ? Sans doute aurions-nous pu commencer ce travail de recherche par cette question. Nous avons préféré supposer que le handicap psychique existait et nous avons tenté de le circonscrire. Nous constatons cependant qu'il n'y a pas de consensus le concernant, ni sur l'appellation (handicap psychique, d'origine psychique, situation de handicap, shop), ni sur son étiologie (maladie mentale, psychopathologie, fragilité psychologique). C'est pourquoi nous dirons que le handicap psychique reste une *notion*, au sens utile d'une « pensée encore imprécise et vague », et non un *concept* en tant que « représentation construite et relativement précise »⁷², bien sûr dans le monde, mais même aussi au niveau français.

Pour notre part, nous cherchons à séparer cette notion de handicap psychique de toute étiologie médicale.

1.1.1. Une difficulté partagée

Il n'y a pas que l'expression handicap psychique qui soit difficile à circonscrire : il est tout aussi délicat de savoir ce dont il s'agit lorsqu'on emploie les expressions telles que « troubles mentaux », « problème de santé mentale », « pathologie mentale », « symptômes psychiatriques », etc. (Brossard et Weber, 2016). Ces auteurs

⁷² <https://www.cairn.info/revue-langages-2007-4-page-106.htm>

rappellent que, d'une manière générique, ce dont il s'agit sont des *troubles* (Emerson et Messinger, 1977). Ils s'appuient sur les travaux de Mechanic (1999) pour distinguer deux approches possibles des *troubles mentaux* par les chercheurs : soit nous considérons que seuls les professionnels de santé sont aptes à juger de ce qu'est un trouble mental (une perturbation mentale), soit nous pensons que l'entourage d'une personne peut constater chez elle un processus qui conduit à une forme de transgression aux normes et qui pose problème au point de nécessiter une intervention psychologique ou psychiatrique.

Nous nous situons bien dans cette double acception de la notion de *handicap psychique* : du point de vue médical (conséquence d'une maladie) ou d'un point de vue sociétal (perturbation de l'environnement).

Or nous avons vu, plus en amont dans cette recherche, qu'une reconnaissance du statut de personne handicapée par la MDPH passe obligatoire par la constitution d'un dossier médical avec un diagnostic médical. Pour une reconnaissance administrative du handicap psychique, il faut une reconnaissance médicale d'un trouble mental. Pour l'administration, le handicap psychique est constitué de conséquences des troubles mentaux dans la vie quotidienne.

Pour sortir de ce registre uniquement médical, il est nécessaire de faire un détour par la notion de handicap telle qu'elle est lue sur le plan de la théorie et de l'histoire des sciences sociales, à savoir « dans la prise en compte accrue des conséquences sociales, matérielles, symboliques des troubles [...] » (Brossard et Weber, 2016, p. 186 et 187).

1.1.2. L'absence de consensus

Nous avons vu que la notion de *handicap psychique* est proprement française, qu'il n'en existe pas d'équivalent dans les autres pays. Nous avons vu aussi qu'en France la loi 2005-102, dans laquelle apparaît pour la première fois l'origine psychique possible d'une situation de handicap, ne donne pas de définition de ce qui n'y est même pas désigné comme le *handicap psychique*.

L'enquête Handicap-Santé réalisée en France en 2008 et 2009 s'est penchée sur la définition du handicap psychique. Il s'agissait de définir ce handicap, d'estimer la part de la population française concernée et de connaître ses besoins d'aide. L'absence de consensus sur la notion de handicap psychique est d'emblée remarquée et posée comme un obstacle à l'enquête, une source de difficultés (Roussel, Giordano et Cuenot (2014) : dans leur analyse de cette enquête, les auteurs indiquent :

« L'analyse des données relatives à la santé mentale en matière de maladies, déficiences et limitations d'activités montre que les recouvrements ne sont que partiels entre ces différentes catégories de données [...]. Néanmoins, la richesse de l'information collectée permet des descriptions intéressantes des problèmes liées à la santé mentale, même si cela ne correspond pas exactement aux attentes relatives à la notion de « handicap psychique ». »

Nous retiendrons l'absence de consensus autour du handicap psychique qui n'est qu'une notion, et l'acception du terme *santé mentale* qui recoupe à la fois le handicap et la santé, cette dernière avec une composante « maladie ». Nous constatons surtout que l'enquête ne produit pas de définition du handicap psychique.

1.1.3. Les familles

Le *Livre blanc des partenaires de santé mentale France* (2001) indique que les personnes dont il s'agit présentent des *troubles* souvent variables, intermittents et évolutifs, qu'elles ont besoin d'un suivi médical régulier et que leurs capacités intellectuelles sont souvent préservées même si des troubles cognitifs sont souvent associés. L'aspect médical y est omniprésent.

C'est un des partenaires, l'UNAFAM, qui prend le flambeau de la reconnaissance du handicap psychique dans la loi de février 2005. Cette fédération d'associations départementales rassemble essentiellement des parents de personnes touchées par la schizophrénie : il s'agit de parents désemparés par l'apparition soudaine d'une pathologie mentale grave et tout à fait inattendue. Ces parents constatent qu'une fois la maladie stabilisée, la réinsertion sociale de leur enfant est problématique, voire impossible, et que même la poursuite de soins n'est pas toujours assurée, qu'il leur faut bien s'occuper de leur enfant malade à leur domicile, ce qui les met en très grande difficulté. Leur objectif principal dans la reconnaissance du handicap psychique dans la loi de 2005 est de le distinguer du handicap mental ; il semble qu'ils y soient parvenus. Nous noterons que cette distinction ne se fait pas dans les autres pays, d'où cette spécificité du handicap psychique en France.

Sur le site internet de l'UNAFAM⁷³, il est indiqué à la rubrique handicap psychique que c'est sa « notion de handicap psychique » qui a été retenue dans la loi de 2005, et qu'elle a permis « aux personnes malades et à leur entourage » la reconnaissance de « la maladie » et du « handicap ». Puis le handicap psychique est tout de suite différencié du handicap mental ; concernant ce dernier, il est indiqué en gras « le handicap psychique [est] secondaire à la maladie psychique » ; il est cependant ajouté qu'il « reste de cause inconnue à ce jour ». Plus bas, il est cependant précisé que « le handicap psychique est la conséquence de diverses maladies » : les psychoses (et notamment la schizophrénie), le trouble bipolaire, les troubles graves de la personnalité, certains troubles névrotiques graves, mais aussi des traumatismes crâniens, des pathologies vasculaires cérébrales ou des maladies neurodégénératives.

Nous constatons le lien immédiatement établi entre maladie et handicap psychique. Nous retrouvons toujours cette distinction faite entre handicap mental et handicap psychique, même douze ans après la loi. Si sa cause reste inconnue à ce jour, le handicap psychique est présenté comme la conséquence d'une maladie mentale ou en tout cas d'une atteinte de l'encéphale. Pour comprendre ce qui arrivait à leurs enfants, les militants de l'UNAFAM se sont tournés vers des psychiatres, se sont formés et ont acquis un vocabulaire médical qu'ils utilisent volontiers, sans qu'il soit toujours possible de savoir quelle est l'acception des termes employés. La médecine semble exercer une certaine fascination sur cette fédération ; ainsi, pour le colloque du 9 décembre 2016 sur *l'amélioration du parcours de vie des personnes handicapées psychiques*, les dix intervenants étaient des médecins⁷⁴.

Des militants de l'UNAFAM disent de leur enfant handicapé psychique que « la maladie leur est tombée dessus ». Puis ils comparent volontiers le handicap psychique à un diabète : un traitement à vie, des fluctuations, une maladie invalidante et pas de guérison possible. Les militants rencontrés n'ont pas de notion

⁷³ www.unafam.org

⁷⁴ <https://www.youtube.com/playlist?list=PLRER8kCJt0O-Qu8pIa0bMDW4q4-O4oQWI>

de psychose infantile, n'ont pas l'idée d'enfants fous ; ils ne connaissent que les maladies mentales adultes, et ne parlent presque exclusivement de schizophrénie et de bipolarité. Lorsqu'on les interroge sur l'enfance et l'adolescence de leur enfant aujourd'hui handicapé psychique, ils finissent pas reconnaître quelques bizarreries qui n'avaient pas retenu leur attention, des signes cliniques qui n'avaient pas été reconnus comme tels ; la discussion s'arrête souvent rapidement et brutalement, et nous pouvons avoir le sentiment d'une angoisse qui pourrait apparaître à l'idée que si ces signes avaient été repérés à temps leur enfant ne serait pas dans cet état aujourd'hui, ce qui semble leur être insupportable. Nous gardons cependant le sentiment d'une fragilité particulière du jeune. Nous avons parfois eu la révélation d'un évènement particulier qui peut expliquer une décompensation, sans que le parent fasse explicitement le lien entre les deux.

Les autres partenaires du livre blanc sont issus de la psychiatrie, soignants ou patients. Leur point de vue est hospitalocentré et ne sera pas retenu ici pour cette recherche.

1.1.4. Les professionnels

Nous avons vu que l'expression a été inventé en 1952 au sein d'une structure hospitalière de proximité, à savoir à l'hôpital de jour pour adultes pour Vincennes, au sein du réseau de la Fédération Croix-Marine, dans le cadre de ce que nous appellerions aujourd'hui la réhabilitation de personnes malades mentales. Dans cet établissement sanitaire, le handicap psychique était bien vu comme la conséquence d'une affection mentale pour laquelle la personne bénéficiait de soins en structure psychiatrique ouverte. La question de la définition du handicap psychique ne s'est pas posée à l'époque, chacun savait qu'il s'agissait des difficultés que rencontraient les personnes dans leur réinsertion sociale après une maladie mentale.

Aujourd'hui, nous constatons que la quasi-totalité des professionnels travaillant dans le champ du handicap psychique considère ce dernier comme la conséquence d'une maladie psychiatrique. C'est pourquoi les professionnels du champ sanitaire s'appuient sur la notion de réhabilitation, et ceux du médico-social sur celle du rétablissement.

1.1.5. L'ANESM

L'Agence nationale pour l'évaluation et la qualité des établissements sociaux et médico-sociaux (ANESM) a publié en mai 2016 une recommandation sur les spécificités de l'accompagnement des adultes handicapés psychiques⁷⁵. Les caractéristiques du public visé par ce texte sont ainsi indiquées :

« Les troubles des personnes sont souvent variables, intermittents et évolutifs ; elles ont besoin d'un suivi médical régulier ; [...] la situation de vulnérabilité est permanente même lorsque les troubles sont stabilisés ; les personnes sont souvent dans l'incapacité de demander de l'aide ; le caractère invisible des troubles implique que les difficultés sont parfois sous estimées ».

⁷⁵ http://www.anesm.sante.gouv.fr/spip.php?article1012&var_mode=calcul

Nous remarquons que cette agence partage le point de vue majoritaire sur la nécessité d'un suivi médical des personnes handicapées psychiques.

Conclusion de la section 1.1

Nous faisons le constat, depuis le début de ce travail de recherche, des différences d'appréciation de ce qu'on appelle le handicap psychique. Nous pouvons recueillir le point de vue des principaux acteurs de la santé mentale (législateur, professionnels, familles) ; nous n'avons cependant pas trouvé l'opinion des personnes concernées elles-mêmes (les peshops).

Rares sont les acteurs qui ne conçoivent pas le handicap psychique comme une conséquence d'une pathologie psychiatrique. A contrario nous pouvons citer l'association Messidor⁷⁶ à Lyon qui ne fait jamais référence à une quelconque pathologie : elle accueille et accompagne des personnes avec leurs difficultés et leurs atouts, sans se poser la question de l'origine du handicap. Cependant toutes les personnes reçues sont orientées par la MDPH du Rhône qui, dans les faits, d'après nos observations et renseignements, n'oriente que des patients schizophrènes vers l'ESAT de transition.

Cependant, nous avons montré plus haut qu'il est possible de caractériser un handicap psychique sans faire référence à la maladie mentale. Pourrions-nous aller jusqu'à produire une définition qui rassemble les opinions dans ce domaine ?

1.2. Les définitions

Au cours de notre recherche, nous avons pu rencontrer de nombreux acteurs du champ du handicap psychique, quel que soit l'abord : sanitaire, social et médico-social, avec une porte d'entrée par le travail ou le logement, le loisir, la culture, etc.

Nous avons pu consulter de nombreux sites internet francophones réalisés par des institutions, des professionnels, des patients de la psychiatrie. La plupart des définitions qui étaient proposées faisaient explicitement référence à une maladie mentale comme origine du handicap psychique. Au cours de notre travail, nous avons vu de nombreuses définitions disparaître de ces sites, sans que nous n'ayons eu connaissance de la raison.

Cependant, nous allons produire maintenant quatre définitions récentes du handicap psychique qui ne font pas appel à la maladie mentale.

⁷⁶ www.messidor.asso.fr

Les définitions

Les définitions produites ci-dessous datent de 2014 à 2016. Deux ont été élaborées au niveau du département de la Sarthe, une à celui de la Région des Pays de la Loire, sous l'impulsion de l'association ADGESTI. La quatrième a été trouvée dans un ouvrage collaboratif très récent.

1.2.1. La définition de l'ADGESTI

S'appuyant sur les travaux en équipe pluridisciplinaire de l'ADGESTI lors de ses réunions cliniques, le Conseil de direction de cette association, lors de sa réunion du 14 avril 2014, a proposé la définition suivante :

« Handicap psychique : difficulté à remplir un ou plusieurs rôles sociaux, éprouvée dans son environnement actuel par une personne ayant une fragilité psychologique, se traduisant par une restriction de la participation sociale et/ou une limitation de l'activité. »

Les équipes de l'ADGESTI, prenant appui sur leur expérience, notamment celles de la Médiation logement, ont tenté de se départir de toute référence à une quelconque maladie : ce qui est mis en avant, c'est une « fragilité psychique » à l'origine d'une difficulté actuelle, vécue par la personne et ayant des répercussions sociales. Ainsi, dépassant la dichotomie du diagnostic posé soit par un professionnel, soit par l'entourage, et reposant sur des signes cliniques, c'est la personne elle-même qui « éprouve » une difficulté. En ce sens, il s'agit donc d'un symptôme, dans l'acception médicale traditionnelle de ce dont se plaint la personne. Cette définition ne tient cependant pas compte du déni, pourtant souvent décrit dans le handicap psychique ; la personne peut ne pas éprouver ses difficultés, ce qui n'empêche pas le handicap de se constituer.

1.2.2 La définition du COHPSY 72

Le Département de la Sarthe a fusionné en 2014 ses schémas départementaux (enfance-famille, handicap, personnes âgées et insertion). À cette occasion, les équipes publiques et privées des établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux du territoire se sont réunies autour de plusieurs chantiers afin d'établir les fiches actions du futur schéma unique. Dans ce cadre, il a été question de traiter des situations de handicap d'origine psychique. À cette occasion, l'ADGESTI, qui s'était associée à d'autres associations et structures publiques au sein d'un collectif appelé Coordination handicap psychique de la Sarthe (COHPSY 72), a poursuivi sa réflexion afin de mieux caractériser le handicap psychique. C'est ainsi que la définition suivante a paru :

« Toutes les situations de handicap résultent de l'interaction entre les facteurs personnels et les facteurs environnementaux.

Le handicap d'origine psychique se définit par une difficulté à exercer des activités humaines dans son environnement de vie par une personne ayant ou ayant eu un problème de santé affectant le psychisme et se traduisant par une restriction de la participation sociale.

Est entendu par « problème de santé » un déséquilibre bio-psycho-social, en référence à l'OMS, pour laquelle la santé interroge toutes les dimensions de la vie de la personne⁷⁷.

Les problèmes de santé spécifiques recoupent les troubles psychiques durables (récurrents et variables) et invalidants liés à une vulnérabilité psychologique ou à une pathologie psychiatrique.

Est entendu par « activité humaine » l'activité recoupant plusieurs champs de compétences :

- La faculté de penser, de raisonner...
- La faculté de faire et d'agir...
- La faculté à être et exister socialement...
- La faculté à se projeter et s'investir...

Dans le cadre du handicap d'origine psychique, ces facultés peuvent être perturbées, limitées ou absentes, perçues ou non par la personne elle-même.

Est entendu par « environnement » tous les milieux de vie privés et sociaux impliquant la personne : conjugal, familial, amical, locatif, professionnel, culturel, citoyen ...

Cet environnement qui peut être inadéquat, aidant, rejetant, excluant, valorisant, influence la situation de handicap psychique. Cette situation est aggravée par la méconnaissance et les représentations sociales à propos des personnes en situation d'handicap d'origine psychique.

Le handicap d'origine psychique revêt des situations hétérogènes et très variées. Des caractéristiques ou constantes sont observées et énoncées dans divers travaux sur le sujet. Nous les listons ci-dessous :

- la souffrance de la personne
- la fragilité, la vulnérabilité du sujet
- l'isolement, la rupture du lien social de la personne
- la variabilité, l'imprévisibilité des troubles
- la durabilité, l'évolutivité des perturbations
- le poids des traitements
- la souffrance et la charge de la famille et de l'entourage
- la stigmatisation, la méconnaissance, la crainte du corps social

Ces caractéristiques du handicap d'origine psychique, impliquent une évaluation globale et longitudinale du handicap sur les quatre champs suivants :

- Champ de la cognition
- Champ des capacités techniques
- Champ des habiletés sociales
- Champ de l'identité personnelle

Cette évaluation doit être réalisée par une équipe pluridisciplinaire d'acteurs coordonnés du champ social, sanitaire, médico-social, repérée sur le territoire par l'ensemble des intervenants de

⁷⁷ « La santé étant un état de complet bien-être physique, mental et social, et présentée comme la convergence des notions d'autonomie et de bien-être ».

proximité (aidants familiaux et aidants professionnels). Cette évaluation a pour but de préconiser une orientation et des étayages adaptés afin de co-construire un projet de vie.

Le repérage des situations de handicap de la personne implique des préconisations d'étayages individualisés et adaptés avec la nécessité d'une réévaluation.

Le constat d'un handicap psychique n'exclut pas l'existence d'un handicap d'une autre nature (mental, moteur...). »

Cette (très longue) définition a été adoptée par le Département de la Sarthe en décembre 2014, dans le cadre du vote du Schéma départemental unique 2015-2019. Travaillée par les équipes territoriales, elle a voulu être exhaustive de la vision des acteurs concernant la situation de handicap d'origine psychique. Elle insiste sur l'interaction de la personne et de son environnement, sur le modèle du Processus de production du handicap. Elle ne fait pas référence à une maladie, mais à « un problème de santé affectant le psychisme ».

La définition est relativement courte (le deuxième alinéa) mais les auteurs ont jugé nécessaire de préciser les termes employés. Ainsi, il est indiqué ce qui est entendu par santé, dont les problèmes, qui, s'ils ne se réfèrent pas à une maladie, renvoient à une « une vulnérabilité psychologique », mais aussi, ce n'est donc pas exclu, « à une pathologie psychiatrique ». Les caractéristiques de la situation de handicap décrites s'appuient sur les travaux depuis le rapport Charzat. Les quatre champs dans lesquels se manifeste le handicap psychique se rapportent à la théorie de la médiation. L'évaluation du handicap psychique est confiée à une équipe pluridisciplinaire, en référence aux ESEHP préconisées en 2008 par le rapport GALAXIE. La situation de handicap est actuelle et évolutive. Elle peut survenir même en présence d'une autre situation de handicap (donc mental, par exemple).

Cette définition élaborée par les équipes sanitaires, sociales et médico-sociales de la Sarthe fait aujourd'hui référence sur le territoire du fait de son adoption en assemblée plénière par le Conseil général.

1.2.3 La définition du CReHPsy Pays de la Loire

La définition sarthoise du handicap psychique a été proposée au Centre ressource du handicap psychique (CReHPsy) des Pays de la Loire à Angers. Elle n'a pas été retenue, notamment du fait de sa longueur. Le Conseil scientifique du CReHPsy Pays de la Loire a adopté à l'unanimité en 2015 la définition suivante du handicap psychique :

« Le handicap n'est pas un état des capacités de la personne mais une situation.

La situation de handicap d'origine psychique se définit par l'ensemble des restrictions de participation dans tous les domaines de la vie citoyenne liées à une pathologie psychique. Elle se constate notamment dans les champs de la vie quotidienne, relationnelle, sociale et professionnelle ».

Nous notons la référence, non à une maladie, mais à une « pathologie psychique ». Le débat a tourné autour de la référence à la « maladie mentale » (point de vue majoritaire), ou d'une « prédisposition psychologique avec décompensation ». Le terme de « psychopathologie » n'a pas été retenu, celui de « pathologie mentale » a été

jugé trop médical ; il a été proposé « pathologie psychologique » jugé trop faible, et enfin préféré celui de « pathologie psychique ».

Cette définition fait l'impasse sur qui fait le diagnostic de handicap psychique (la personne concernée ? son entourage ? un professionnel ?). Elle ne dit pas non plus ce qui caractérise la « pathologie psychique », ni qui la constate. C'est ce flou qui a permis le consensus.

1.2.4 Une définition psychanalytique

Nous avons trouvé récemment une définition originale du handicap psychique, qui prend appui sur la théorie psychanalytique postfreudienne (Boucherat-Hue et Frère Artinian, 2016) :

« Nous proposons de prendre le concept de « handicap psychique » au pied de la lettre [...] et de le définir comme un « système d'entrave psychosomatique à répercussions dysadaptatives. [...] (p. 360).

Son moteur principal est l'inhibition [...]. Pour peu qu'on veuille le conceptualiser en psychanalyse, le handicap psychique pourrait donc être au trouble psychique ce que le trait de caractère est au symptôme [...]. On pourrait dire que le handicap psychique renvoie aux traductions sociales de la névrose de caractère, là où le symptôme renvoie au conflit intrapsychique de la psychonévrose. »

Nous notons que les auteurs passent, eux, de la « notion » de handicap psychique au « concept ». Ils font référence à un empêchement « psychosomatique » dans une « névrose de caractère » dont le trouble principal est l'inhibition. Nous notons que cette définition ne fait pas non plus référence à une maladie, mais à un trouble « psychosomatique ». Nous voyons aussi qu'il ne s'agirait pas d'un symptôme.

Nous ne retiendrons pas cette définition dans notre tentative d'élaboration d'une définition consensuelle, car elle fait référence à un courant théorique particulier.

1.2.5 Notre définition du handicap psychique

En mixant les trois propositions élaborées dans les Pays de la Loire, nous pouvons proposer notre propre définition de handicap psychique :

« La situation de handicap d'origine psychique (shop) concerne une personne ayant une fragilité psychologique, étant de plus affectée d'une psychopathologie actuelle qui restreint sa capacité à exercer des activités humaines dans son environnement de vie habituel, notamment à remplir un ou des rôles sociaux ».

Nous avons volontairement mis de côté, dans cette définition, la question de savoir qui pouvait faire le diagnostic de la shop. Nous avons indiqué dans notre travail de recherche qu'il devait être effectué par une ESEHP et nous souhaitons que cette équipe puisse s'appuyer sur notre grille clinique (voir plus loin).

Conclusion de la section 1.2

Nous avons retenu, dans cette section, des définitions récentes du handicap psychique qui ne font pas référence à une maladie mentale. Ces définitions sont récentes. Nous remarquons qu'elles apparaissent au moment où d'autres définitions disparaissent de certains sites internet.

Ces définitions, pour trois d'entre elles, ont été élaborées dans des contextes locaux. Elles reflètent le point de vue d'équipes de terrain, influencées par le positionnement de l'association ADGESTI. Comme nous l'avons vu, cette association propose un accueil et un accompagnement de personnes en souffrance psychique depuis plus de trente ans, et a mis en œuvre des actions innovantes pour les peshops. C'est à partir de cette expérience de terrain que son point de vue sur la shop s'est affirmé. Elle a réussi à faire admettre son point de vue particulier à ses partenaires de proximité.

Conclusion du chapitre 1

Dix ans après la loi sur le handicap de 2005 où apparaît pour la première fois une reconnaissance d'un handicap d'origine psychique, quelques équipes ont réussi à circonscrire cette notion et à proposer des définitions qui, contrairement à celles produites précédemment, ne font pas référence à une maladie mentale comme étant à l'origine de la situation de handicap.

Ainsi, nous pouvons considérer que le handicap psychique traditionnellement vu comme une conséquence d'une maladie mentale est une fraction, une particularité d'un ensemble plus grand qui est celui des situations de handicap d'origine psychique.

Nous avons donc pu proposer une définition plus large de la situation de handicap d'origine psychique.

Nous suggérons la mise en place d'équipes spécialisées pluriprofessionnelles d'évaluation de la situation de handicap d'origine psychique (ESEHP) à l'échelon des départements et nous leur proposons de se servir de la grille clinique que nous allons élaborer pour reconnaître qu'une personne est handicapée psychique.

2. Caractériser le handicap psychique

Dans le premier chapitre de cette dernière partie, nous avons proposé une définition du handicap psychique qui est issue de notre recherche.

Dans ce deuxième chapitre, nous allons élaborer, à partir des nombreux écrits sur le handicap psychique, une grille clinique caractérisant le handicap psychique.

Dans la première partie de notre travail, nous avons indiqué que nous avons découvert que trois signes cliniques caractérisent les peshops : la procrastination (indécision, temporisation, ajournement), l'apragmatisme (incapacité à décider, concevoir, agir ; impuissance à coordonner une tâche ; inadaptation comportementale aux besoins) et l'aboulie (diminution de la volonté, impuissance du désir d'action, inhibition) ; elles nous intéressaient du fait qu'elles peuvent entraîner l'inactivité et surtout le confinement chez soi, dans le logement, objet de notre étude. Cependant nous allons montrer que nous pouvons aller au-delà de cette description clinique minimaliste et nous allons proposer une grille plus exhaustive et plus précise de la shop.

Caractériser le handicap psychique

Ce chapitre comprend les sections suivantes :

2.1 SAMSAH et Médiation logement : nous allons tout d'abord étudier les écrits du colloque de Versailles de 2009 sur le handicap psychique. Il réunissait tous les acteurs reconnus de l'époque en France sur la recherche et/ou sur l'accompagnement des personnes handicapées psychiques. Nous nous appuyerons sur les travaux rapportés dans les Actes du colloque (CNSA et CEDIAS, 2009). Nous y verrons notamment une similitude entre ce qui est décrit concernant un dispositif expérimental - les mesures d'anticipation d'un SAMSAH - et la Médiation logement, à savoir une intervention d'un psychologue au domicile de personnes en souffrance psychique et sans demande.

2.2 Le rapport Charzat : nous reprendrons ce document qui explore le champ de l'autonomie des personnes en situation de handicap d'origine psychique, de leur participation sociale et de la qualité de leur vie : le logement, la nourriture, les ressources, la participation à des activités sociales (le travail, les actions collectives, etc.) et personnelles (la culture, les loisirs, les liens sociaux). Bien que notre approche de la situation de handicap d'origine psychique se fasse par le biais du logement, ce sont bien tous ces aspects que nous allons explorer dans le discours des personnes qui sont accompagnées dans le cadre de la Médiation logement.

2.3 D'autres sources : nous citerons d'autres sources - plus disparates - de l'époque et certaines plus actuelles. Il apparaît, en effet, que ce colloque, quatre ans après la loi de 2005, continue à faire référence et que les écrits produits depuis – même ceux autour des dix ans de la loi - n'apportent pas d'éclairages nouveaux, hormis ceux très récents sur l'inclusion dans le monde du travail, mais hors du champ de cette recherche.

2.4 Clinique psychopathologique : Nous allons pouvoir alors rappeler les signes cliniques des sections ci-dessus et les confronter à ceux rapportés dans les deux premières parties. Nous allons ainsi broser un tableau clinique psychologique complet qui nous permettra de caractériser le handicap psychique.

2.1. SAMSAH et Médiation logement

Nous avons pu voir plus haut que l'association ADGESTI intervient dans le logement à divers titres, et met en œuvre divers moyens d'accompagnement. Au détour de la lecture d'un document reprenant des interventions d'experts et de professionnels du handicap psychique au cours d'un colloque de 2009, nous allons pouvoir comparer deux modes d'intervention de psychologues dans le logement auprès de personnes en situation de handicap d'origine psychique, dont celui de la Médiation logement. Cela nous permettra d'étudier la pertinence de ce dispositif auprès de ce public.

SAMSAH et Médiation logement

Un colloque national intitulé *Handicaps d'origine psychique : une évaluation partagée pour mieux accompagner les parcours des personnes* s'est tenu le 23 mars 2009 au palais des congrès de Versailles.

À l'origine de ce colloque, se trouve une commande de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie faite au Centre d'étude, de documentation, d'information et d'action sociale (CEDIAS) pour effectuer une recherche documentaire bibliographique en France et à l'étranger sur la question du handicap psychique, mener une recherche-action et organiser un colloque national.

Dans un premier temps, Peintre, responsable du service études et recherche du CEDIAS, rappelle que l'expression « handicap psychique » n'est définie nulle part de manière consensuelle, y compris dans la législation, même si elle est prise en compte dans la loi 2005-102, ce qui a rendu ce handicap plus visible. Elle indique qu'au cours de sa recherche, c'est l'expression « Situations de handicap d'origine psychique » qui s'est imposée, notamment en référence à la CIF (dans une approche situationnelle, le handicap étant compris comme une interaction entre des caractéristiques personnelles et des facteurs environnementaux). En effet, l'environnement apparaît avoir des répercussions considérables sur la situation des personnes handicapées psychiques, en termes de limitation d'activités ou de restriction de participation. L'extrême hétérogénéité de la population concernée tient au fait de la diversité des altérations des fonctions psychiques à l'origine des situations de handicap. L'évaluation des besoins est une démarche qui doit concerner toutes les dimensions de la vie, aussi bien la vie quotidienne de la personne que son logement, sa vie professionnelle ou sa scolarité (p. 8).

Pour notre part, l'intervention des psychologues cliniciens de l'association ADGESTI au domicile des personnes concernées conduit à rencontrer celles-ci au sein de leur environnement intime, mais aussi dans un environnement plus large qui est celui de la cage d'escalier, de l'immeuble, du quartier, et donc nous permet de pouvoir mesurer in situ les éventuelles restrictions de participation à la vie sociale, quelle que soit la souffrance psychique à l'origine de celles-ci.

Plus loin dans le document, concernant l'évaluation de la situation de handicap d'origine psychique, Barreyre, directeur du CEDIAS, affirme que la personne concernée elle-même doit être associée au processus d'évaluation au titre d'expert : c'est elle qui peut expliquer le rapport qu'elle entretient au monde. Sa parole,

issue de son expérience intime, doit être entendue (p. 10). Pour lui, l'évaluation des situations de handicap d'origine psychique doit faire l'objet d'une approche dynamique, d'un processus continu, pour tenir compte de la variabilité et de l'imprévisibilité des événements qui se produisent dans le parcours de vie, et qui tiennent compte du poids majeur de l'environnement (p. 11).

Les psychologues qui interviennent au domicile des personnes accompagnent celles-ci durant plusieurs mois, voire plusieurs années, comme nous avons pu le voir dans certaines vignettes cliniques. Ainsi, elles ont le temps nécessaire pour faire une évaluation dynamique de la situation de handicap, évaluation partagée avec la personne concernée.

Ces deux interventions nous confortent dans l'idée que l'évaluation des situations de handicap d'origine psychique (shop) par les psychologues à domicile peut être pertinente : elle se situe au plus près des manifestations des difficultés de la personne, et, se basant sur le discours de la personne et sur l'observation de son environnement intime, fait participer la personne concernée au processus d'évaluation ; se déroulant sur plusieurs semaines, ou plusieurs mois, voire quelques années, elle constitue un processus d'évaluation continu et interactif.

Dans la suite, Finkelstein, présidente de la FNAPSY, estime que ce sont aux usagers eux-mêmes et à leurs associations de définir leurs besoins. Elle souhaite aussi que les personnels intervenants soient des « professionnels usagers » et que les formations sur le handicap psychique soient faites par des « formateurs usagers » (p. 21 et 22). Nous avons déjà eu cette interrogation à propos de l'éducation thérapeutique.

Saint-Onge, professeure à l'École du service social de l'Université de Laval (Québec), nous apprend que son pays s'appuie depuis plusieurs années sur la définition suivante de la santé :

« La capacité physique, mentale et sociale d'une personne d'agir dans son milieu et d'accomplir les rôles qu'elle entend assumer, d'une manière acceptable pour elle-même et pour les groupes dont elle fait partie. »⁷⁸

Elle admet qu'il est difficile d'appliquer au handicap psychique les principes du Processus de production du handicap en tant qu'interaction entre des systèmes organiques (déficiences), des aptitudes et des facteurs environnementaux, mais elle retient la notion de « réduction de la participation » comme indicative de la situation de handicap.

Cependant, si le trouble psychique est « invisible », les manifestations du fonctionnement psychique se traduisent dans un environnement particulier par des comportements dérangeants auxquels l'entourage peut répondre de manière déroutante et ainsi invalider l'expérience de la personne ; c'est alors que va se constituer une réduction de la participation sociale, constitutive du handicap. Le travail consiste donc à réduire les obstacles à la « participation sociale » (p. 57).

De même, c'est en travaillant avec la personne dans son environnement que la psychologue de l'ADGESTI peut aborder, avec elle, les réactions de son entourage aux manifestations de ses troubles, lui permettant

⁷⁸ Loi sur les services de santé et les services sociaux, Québec, 1991, chapitre 42

l'expression de son angoisse et aussi lui donnant l'opportunité de changer de comportement pour être mieux tolérée par son environnement.

Mahé partage l'expérience du SAMSAH de l'association ADGESTI qu'il dirige à cette époque au Mans. Adeptes de la Théorie de la médiation, il entend par « rôles sociaux », ceux de résidant, de conjoint, de travailleur, de parent et de citoyen. Il indique que c'est lorsqu'une personne, du fait de ses symptômes, rencontre des obstacles dans l'accomplissement de ces rôles - obstacles personnels et/ou environnementaux -, qu'elle est en « situation de désavantage social », constitutive du handicap.

Le SAMSAH de l'ADGESTI a obtenu du Conseil général de la Sarthe, dans le cadre du schéma départemental de personnes handicapées 2008-2012, de pouvoir intervenir auprès de personnes en difficulté en amont de la reconnaissance de handicap par la MDPH ; cette démarche dite « d'anticipation », s'appuie sur la réalité de la difficulté pour certaines personnes de formuler une demande et sur le rapport Couty selon lequel « dans de nombreux cas, les malades mentaux n'ont pas [...] conscience de leur maladie », même s'ils perçoivent leur souffrance.

Mahé ajoute : une « forme spontanée de compensation des dysfonctionnements » chez les personnes concernées conduit à une « invisibilité » de ce public, alors que cette compensation d'un état de santé dégradé reste très fragile et qu'elle peut s'effondrer à tout moment. La plupart du temps, la problématique sous-jacente ne se révèle que dans des « manifestations les plus périphériques », dans des difficultés de prise d'initiative par exemple, ou dans des difficultés relationnelles.

La démarche d'approche du personnel du SAMSAH est qualifiée d' « apprivoisement mutuel », et il est indiqué qu'elle nécessite du temps : il convient de repérer et de respecter les « rythmes de la disponibilité de la personne ».

Le travail face à une « personne dans la non-demande » consiste en une démarche d'accompagnement qui fasse émerger des besoins et qui favorise l'expression de demandes. Les conditions de vie de l'intéressé sont modifiées très progressivement par « une approche clinique et soignante » à travers des entretiens, et des « actions sociales et médico-sociales » de proximité.

L'incapacité d'une personne en situation de handicap d'origine psychique (peshop) n'est pas toujours visible, mais elle est éprouvée par elle. Une expérience d'une durée suffisante partagée avec le bénéficiaire de l'action d'accompagnement permet une juste appréciation des incapacités et une approche des besoins. L'évaluation se doit d'être « longitudinale, dynamique et participative ».

Les personnes suivies en anticipation d'une démarche vers la MDPH sont ainsi décrites :

« [...] personnes inscrites dans la pathologie, mais d'une manière tellement silencieuse qu'il a fallu attendre qu'un avatar social révèle cette situation. Ce sont des personnes qui ont souvent entre 40 et 60 ans quand nous les rencontrons et qui n'ont jamais reçu de soins auparavant. Elles ont plutôt tendance à vivre d'une manière plus ou moins « clochardisée », mais à leur domicile, dont éventuellement elles sont propriétaires. Ce sont des pathologies totalement silencieuses. [...] » (p. 65 à 67).

Nous trouvons une similitude entre le travail d'anticipation du SAMSAH et celui de la Médiation logement. Tout d'abord, dans la mise en œuvre de l'accompagnement, le SAMSAH, par vocation, intervenant à domicile. De

plus, il respecte le « temps de l'usager » avec une phase d'apprivoisement, puis d'accompagnement sur la durée. Puis, l'approche nécessite une « évaluation clinique de la situation », et ensuite la mise en œuvre d'une « action de soin et d'un accompagnement médico-social ». Encore, le but recherché est de faire émerger des besoins et de favoriser l'expression d'une demande. Enfin, s'agissant du public, il s'agit de personnes au départ « sans demande », qui vivent à leur domicile, en souffrance psychique que nous appellerons discrète, qui va se révéler lors d'un événement social sous la forme de troubles qui vont interagir avec leur environnement.

Le SAMSAH dont il est question et la Médiation logement sont deux services de l'association ADGESTI au Mans ; ils interviennent dans le même temps et sur le même territoire pour une population similaire, à savoir des peshops qui n'ont pas fait de démarche de reconnaissance de leur handicap, et qui ne semblent même pas avoir conscience de leurs troubles et qui sont donc incapables de faire une demande ; il se trouve que c'est aussi la même psychologue qui intervient dans les deux dispositifs. C'est pourquoi il nous paraît intéressant de prendre le temps de reprendre les travaux de ce colloque.

Peintre salue la position « avant-gardiste » et rare du Conseil général de la Sarthe de l'époque qui permet au SAMSAH d'aborder des personnes sans qu'elles soient passées par la récente MDPH, alors que - selon elle -, pour être suivi par un SAMSAH ou un SAVS « la reconnaissance du handicap est un prérequis ainsi que le suivi psychiatrique » ; elle rappelle que la philosophie initiale de ces services relativement récents (2005) était justement « d'aller au-devant de certaines demandes ».

Les personnes abordées sont « en situation de désavantage social en raison de troubles psychiques » précise Mahé. Le directeur de la MDPH de l'époque décrit, quant à lui, l'accompagnement comme « une démarche d'anticipation à l'élaboration du projet de vie », ce dernier étant la première démarche demandée à une personne qui fait une demande à la MDPH.

Dans ces deux points, nous trouvons, là encore, une similitude avec le travail des psychologues de la Médiation logement de l'ADGESTI : le soin psychologique apporté n'est pas reconnu par la MDPH, le travail mis en avant est autre – social -, alors que le directeur du SAMSAH distingue bien deux actions : des soins et un accompagnement médico-social. Cependant, l'équipe du SAMSAH comprenant un psychiatre et des infirmières, il n'est pas certain que la notion de « soin » apporté aux peshops ne désigne pas une action médicale et paramédicale excluant le travail de la psychologue⁷⁹.

Barrès, médecin de santé publique à la Direction générale de l'action sociale (DGAS), reconnaît que les personnes qui orientent les personnes vers le SAMSAH pour un accompagnement d'anticipation (travailleurs sociaux, salariés du CCAS, bailleurs, etc.) ne se trompent pas souvent, qu'« il n'y a pas beaucoup d'erreurs d'aiguillage », que les personnes sont bien en situation de handicap d'origine psychique.

⁷⁹ L'OMS a proposé d'appeler *soin* tout ce qui aide la personne dans son rétablissement que cette aide soit psychiatrique ou sociale, amicale ou de voisinage, réservant le vocable de *traitement* à la partie la plus médicale et professionnelle de cette aide (OMS, 2005).

Nous nous rappelons que l'entrée à la MDPH pour une reconnaissance du handicap est conditionnée à un diagnostic médical, et nous notons ici que la situation de handicap est repérable par les acteurs de terrain sans qu'il y ait le moindre diagnostic.

Ainsi, nous repérons deux entrées pour la reconnaissance d'une situation de handicap d'origine psychique : une entrée scientifique - estampillée par la médecine - et une entrée profane - qui trouve sans doute sa pertinence dans un constat d'exclusion de toutes les autres causes de handicap qui permet de conclure à un handicap psychique -.

Nous remarquons que c'est un médecin de santé publique qui atteste de cette clinique profane. Nous retrouvons bien aussi le sentiment qu'une partie de la population peut se trouver en situation de handicap d'origine psychique (shop), mais que ces personnes ne feront pas de démarche de demande d'aide, et qu'il conviendrait donc d'une part que leur souffrance soit repérée, et d'autre part que quelqu'un fasse la démarche d'aller les rencontrer, à domicile si besoin.

Peintre reprend ce thème pour rappeler que, si la MDPH est un passage obligé pour l'ouverture des droits aux dispositifs médico-sociaux, une autre porte d'entrée doit être proposée à certaines personnes qui n'ont « pas forcément de demandes formalisées ». Selon elle, il convient cependant d'intervenir « au bon moment dans la trajectoire de vie de la personne », au moment où elle est prête à être aidée. Elle constate aussi que les peshops expriment leur souffrance dans de nombreux lieux, dans une sorte d'errance, et qu'elles perturbent tous les dispositifs de droit commun (p. 72).

La Médiation logement est bien une porte d'entrée alternative à l'accompagnement par un service médico-social qui, lui, nécessite une démarche auprès de la MDPH. Dans ce cas, ce sont les bailleurs qui, la plupart du temps, repèrent des personnes au comportement étrange et/ou dérangerant pour l'environnement ; la description des troubles « bizarres » lors des Comités techniques des plateformes est suffisamment précise pour qu'une suspicion de situation de handicap d'origine psychique (shop) soit confirmée par la psychologue de l'ADGESTI et provoque son intervention ; la clinique profane est alors confirmée par l'experte.

Peintre préconise cependant des « lieux d'écoute » sans démarche administrative en amont, des lieux libres d'accès, des « sortes d'entre-deux », qui favoriseraient la relation de confiance et qui permettraient d'écouter ces personnes, de les accompagner, de les orienter (p. 73).

Nous pouvons penser que des lieux d'écoute permettraient à certaines personnes de pouvoir exprimer leur souffrance, qu'ils seraient, pour certains, une possible prévention des situations évoquées dans la Médiation-logement.

Conclusion de la section 2.1

Nous avons trouvé une similitude concernant travail de la psychologue au sein du SAMSAH et dans le cadre de la Médiation logement auprès de personnes en situation de handicap d'origine psychique : dans le premier cas il s'agit d'une intervention d'anticipation, d'accompagnement de peshops en amont d'une reconnaissance par la MDPH, dans le second cas de personnes qui ne font pas la démarche de reconnaissance de leur handicap psychique. Le colloque montre la pertinence d'une intervention en anticipation pour des personnes sans demande, dans le déni de leurs difficultés, ce qui est aussi le cas des personnes rencontrées dans la Médiation logement.

2.2 Le rapport Charzat

Le rapport Charzat est souvent cité comme référence aussi bien dans le champ sanitaire que dans le médico-social, dès qu'il s'agit de handicap psychique. Nous l'avons déjà étudié dans la première partie de cette recherche. Nous allons le reprendre, plus en détail, afin d'affiner la clinique psychopathologique des peshops.

Le rapport Charzat

Nous l'avons vu au chapitre précédent, ce rapport est publié en mars 2002, soit trois ans avant la loi de 2005 sur le handicap. Pour établir ce rapport, de très nombreuses personnes actrices du champ de la santé mentale ont été rencontrées, toutes spécialistes, à quelque titre que ce soit, des situations de handicap d'origine psychique en France.

« [...] représentants d'associations de personnes handicapées, de patients et de familles, d'organismes œuvrant dans le champ du handicap, d'associations de soignants en psychiatrie, et promoteurs d'actions et de structures destinées à répondre aux difficultés des personnes. Nombre de partenaires des travaux sur la santé mentale menés dans le 20e arrondissement de Paris ont également été sollicités. . » (p. 21).

Le contenu de ce rapport reflète ainsi la réalité sociale et clinique de ce handicap. Nous allons donc pouvoir nous appuyer sur lui pour tenter de cerner la clinique spécifique de la situation de handicap d'origine psychique. Nous allons ainsi isoler de ce long rapport les passages où sont décrites les shops. Les parties concernées sont les suivantes : le « Handicap psychique » : difficultés de la vie quotidienne. Stigmatisation, méconnaissance, crainte ; souffrance de la personne ; fragilité, vulnérabilité ; isolement, rupture du lien social ; variabilité, imprévisibilité ; durabilité, évolutivité ; poids des traitements ; souffrance et charge de la famille et de l'entourage (p. 10).

Nous notons qu'il s'agit sans doute de la première fois que l'expression « handicap psychique » est utilisée dans un document officiel. Il est expliqué plus loin que le terme de « handicap mental » est utilisé pour les conséquences d'une déficience intellectuelle, et que ce sont des associations de patients en psychiatrie et des

associations de familles qui utilisent « handicap psychique » pour les conséquences sociales des « déficiences des fonctions psychiques » (p. 26).

Dans la présentation du rapport, à la question de la nature du handicap psychique, il est indiqué une liste des déficiences psychiques : troubles de la pensée (délire), troubles de la perception, troubles de la communication, troubles du comportement, troubles de l'humeur, troubles de la conscience et de la vigilance, troubles du sommeil, troubles intellectuels (mémoire, attention, jugement, orientations temporelles et spatiale), troubles de la vie émotionnelle et affective, et expression somatique des troubles psychiatriques (p. 5).

Le premier trouble (délire) et le dernier (expression des troubles psychiatriques) font référence à une maladie mentale sous-jacente à la situation de handicap d'origine psychique ; s'agissant de caractériser une situation de handicap, nous les mettons de côté. Les autres sont bien des troubles qui peuvent occasionner une restriction de la participation sociale et donc une situation de handicap ; cependant ils sont relativement vagues, et pourraient s'appliquer à de nombreuses autres situations de handicap. Ainsi, même si cette énumération de troubles peut tout à fait concerner une shop, même si elle est relativement restrictive, elle n'est pas suffisante pour notre recherche car insuffisamment précise.

Il est indiqué plus loin quelques caractéristiques des « personnes souffrant de troubles psychiques » : un déficit de repères entre ses idées et la réalité, un manque de moyens autour d'elles ; un risque d'isolement, un risque de rupture de lien social, un devenir vulnérable, une perte d'une partie de ses capacités, une évolutivité des déficiences et des capacités (p. 5). Puis que la particularité de ce handicap est que la personne a des difficultés à articuler son désir à la réalité de son environnement (p. 7).

La très grande généralité de ces caractéristiques ne peut pas nous permettre de caractériser une population : elles peuvent concerner toute personne socialement vulnérable. Les conséquences de celles-ci, décrites juste après, peuvent nous donner quelques indications des domaines de la vie quotidienne dans lesquels apparaîtront les déficiences qui nous intéressent, bien qu'il soit précisé que d'autres secteurs de la vie sociale, affective et intellectuelle peuvent être concernés : la toilette, l'habillement, les courses, l'alimentation, la cuisine, l'entretien, les déplacements, les obligations administratives, les finances, la santé. Cependant, elles nous semblent caractériser une situation de handicap dont l'approche serait plutôt sociologique.

Malgré tout, le rapport nous donne une indication très nettement psychologique : il semble aussi que la personne veuille faire, mais ne le puisse pas (p. 7). La souffrance psychique est indiquée comme complexe et difficile à cerner, pouvant prendre des formes intolérables, sans plus d'indications (p. 5). Ceci est à rapprocher de ce que « le malade » qui souffre ne pense pas qu'il s'agisse d'un problème psychique, qu'il soit dans le déni, qu'il ne réalise pas, ou qu'il n'accepte pas de réaliser, que « sa maladie » est d'origine psychique (p. 6).

Le rapport Charzat nous prévient que la shop ne sera pas facile à percevoir et que la personne elle-même ne nous sera pas d'un grand secours. Pour caractériser des critères de déficience psychique, le rapport reprend ceux qui sont énumérés dans le « Guide-barème pour l'évaluation des déficiences et incapacités des personnes handicapées » que nous avons abordé plus haut, et que nous reprenons : troubles de la volition (impossibilité d'agir par incapacité à vouloir et décider, négativisme, ou au contraire incapacité à s'empêcher d'agir, compulsions obsessionnelles) ; troubles de la pensée (idées obsessionnelles, fuite ou incohérence des idées,

lenteur ou appauvrissement de la pensée, délire) ; troubles de la perception (hallucinations, déréalisation) ; troubles de la communication et du langage, repli autistique ; troubles du comportement (agitation, agressivité contre soi et contre les autres, rites obsessionnels, phobies) ; troubles de l'humeur (troubles dépressifs ou états maniaques, c'est-à-dire états d'excitation et d'agitation psychomotrice) ; troubles de la conscience et de la vigilance ; troubles intellectuels (difficultés de conceptualisation et d'abstraction, troubles de la mémoire, de l'attention, du jugement, de l'orientation temporelle et spatiale) ; troubles de la vie émotionnelle et affective (anxiété, angoisse, indifférence, discordance ou instabilité affective, troubles du caractère) ; expressions somatiques (somatisations, plaintes, altérations de l'état général). Ces déficiences entraînent de nombreuses incapacités dans la vie quotidienne (toilette, habillement, courses, cuisine, entretien, déplacements etc.), ainsi que dans les relations sociales et le travail. Elles peuvent être plus ou moins compensées par la personne, avec l'aide de son entourage, et affecter à des degrés divers la vie sociale et professionnelle, et l'autonomie personnelle (p. 27).

Nous avons là une liste de « troubles » - sans qu'il soit indiqué ce qu'il faut entendre par là -, sans référence à une normalité – et donc à des variations de la normale -, ni à des degrés pathologiques. Ces troubles se retrouvent dans de nombreuses pathologies et dans de nombreuses situations de handicap. Devons-nous nous demander combien de ces troubles sont nécessaires pour caractériser une shop ?

Le rapport Charzat décrit plus loin les répercussions sociales de ces troubles, dans la vie quotidienne des peshops. Elles sont regroupées en cinq catégories : la souffrance, la fragilité et la vulnérabilité, l'isolement et la rupture du lien social, la variabilité et l'imprévisibilité, la durabilité et l'évolutivité. La souffrance (p. 34) : des troubles de l'alimentation, des troubles du sommeil ; une dégradation de l'état physique ; une soudaine démission du travail, des dépenses inconsidérées ; l'indifférence pour sa propre vie, un sentiment de dévalorisation, des idées de mort et de suicide. La fragilité, la vulnérabilité (p. 35) : des évitements phobiques contraignants d'objets ou de situations anxiogènes ; une perte d'estime de soi et difficultés relationnelles ; des situations de manipulation, de maltraitance. L'isolement, la rupture du lien social (p. 35) : une incapacité à décider, à agir ; une inactivité et un confinement chez soi ; un repli sur soi, un isolement social ; un délire ; ne plus se lever, se laisser mourir. La variabilité, l'imprévisibilité (p. 36) : un apragmatisme, une fatigabilité, une lenteur malgré des potentialités réelles ; une incapacité à assumer les gestes de la vie quotidienne ; des rituels ; des changements brusques d'attitude, des variations de rythme d'activité imprévisibles. La durabilité, l'évolutivité (p. 36) : des troubles dans la durée ; des variations importantes des troubles dans le temps, par phases ; une chronicité évolutive.

Conclusion de la section 2.2

Le rapport Charzat nous a permis de mieux appréhender les déficiences du psychisme des peshops, ainsi que leurs répercussions sociales. Nous remarquons que nous y trouvons une maladie mentale sous-jacente. Nous allons pouvoir élargir notre champ de recherche pour affiner notre approche clinique.

2.3. Éléments cliniques complémentaires

Si le rapport Charzat a permis un premier travail de recensement des déficiences du psychisme des peshops, d'autres sources nous permettent soit de les confirmer, soit de les affiner : il s'agit du livre blanc de la santé mentale antérieur à ce rapport, et aussi de textes plus récents de professionnels ou de proches de peshops. Nous n'avons pas trouvé de témoignages directs de personnes concernées.

D'autres sources, d'autres déficiences

Comme annoncé, nous allons recenser les autres points de vue de l'époque sur le handicap psychique, et présenter ceux produit depuis. Nous laisserons de côté les travaux plus récents concernant la mise au travail des personnes handicapées psychiques, notamment le *job coaching* et le *place and see*, certes intéressants, mais hors champ de notre recherche, même s'ils procèdent d'un même mouvement que le *housing first* dont nous avons déjà parlé.

2.3.1. La difficulté à planifier une action

Le *Livre blanc des partenaires de la santé mentale*, édité en 2001, nous indique que les personnes en situation de handicap d'origine psychique ont des capacités relationnelles gravement perturbées, que ce soient la relation à soi-même ou aux autres. Les peshops ont des difficultés à acquérir ou à exprimer des « habiletés psychosociales » et on note des « déficits d'attention », et aussi des difficultés « à élaborer et suivre un plan d'action. » Elles sont d'une extrême fragilité et présentent une alternance d'états psychiques calmes et tendus, ce qui n'empêche pas une vie en milieu ordinaire mais à la condition qu'un accompagnement adapté soit mis en œuvre (p. 23 et 33).

Cet ouvrage fait consensus pour ses auteurs issus de mondes différents (usagers, parents, personnels) ; il donne donc des indications relativement vagues, générales, et qui pourraient s'appliquer à d'autres situations de handicap. Nous relèverons cependant la perturbation des relations interhumaines et la difficulté à planifier une action, que nous retrouverons chez d'autres auteurs.

2.3.2. La variabilité du handicap psychique

Nous trouvons chez Baptiste (2005) que le handicap psychique peut se caractériser par des troubles psychologiques :

« [...] des troubles cognitifs ou comportementaux divers : fatigabilité, déficits d'attention, dévalorisation de soi, démotivation, manque de confiance en soi, confusion spatio-temporelle, erreurs d'analyse du contexte environnemental, dispersion mentale, suractivité, altération cognitive, lenteur d'idéation, perte ou perturbation de la mémorisation, dérégulation émotionnelle, [...] . » (p. 34).

S'il indique que le handicap psychique se remarque par sa variabilité dans le temps, les troubles cognitifs ou comportementaux divers, et le poids négatif de sa représentation sociale (p. 36), il ne manque pas d'ajouter quelques pages plus loin que sa « spécificité fondamentale » est son imprévisibilité, tant dans sa survenue que dans son intensité et son évolution. Il est aussi variable selon chaque cas, selon les comportements de la personne elle-même mais aussi de son entourage, et aussi selon les circonstances. En un mot, il est « déconcertant » : contrairement à la plupart des autres situations de handicap dont on constate la fixité, la permanence, la stabilité, il est difficile de « mesurer la gravité, l'étendue, les conséquences personnelles et sociales » de la shop (p. 47). Baptiste précise plus loin que sa spécificité est bien « le manque de demande, d'expression des besoins » (p. 61).

2.3.3. Le rapport perturbé au temps

L'UNAFAM (2008) affirme que

« Le handicap psychique est caractérisé par un déficit relationnel, des difficultés de concentration, une grande variabilité dans la possibilité d'utilisation des capacités alors que la personne garde des facultés intellectuelles normales. ».

Deux caractéristique du handicap psychique sont mises en exergue : la méconnaissance, la minimisation ou la négation des troubles de la part de la personne elle-même et/ou de son entourage ; la variabilité des troubles et celle de leur intensité dans le temps.

Il est précisé aussi que c'est l'organisation qui est concernée : l'organisation du temps, celle de l'anticipation des conséquences d'un acte, de la conception des réactions des autres, et la possibilité de mémorisation et de communication participative. S'ajoute le déni, la non-reconnaissance des troubles.

L'association met en avant une déficience psychique qui affecte la peshop et qui se traduit par des troubles de la pensée, de la volonté, de l'humeur, de la vie émotionnelle et affective, de la conscience et de la vigilance intellectuelle, de la perception, de la communication et du langage, et du comportement. Cette déficience se traduit par des incapacités dans des domaines différents : la capacité à prendre soin de soi, les besoins fondamentaux, les capacités liées au logement, celles concernant la formation, l'apprentissage et le travail.

2.3.4. Des altérations relationnelles

Sarfaty (2009) indique, dans le handicap psychique, une altération substantielle dans quelques domaines : une restriction de la participation à la vie sociale (par mauvaise adaptation sociale et professionnelle) ; les compétences sociales, celles de la vie quotidienne et de l'autonomie ; la qualité de vie (dans l'espace privé et familial) ; la pensée et les sentiments (et comme conséquence une modification de l'image de soi, de la perception, de la communication et de la socialisation) ; voire le fonctionnement cognitif (p. 14).

Il précise que ce qui caractérise le handicap psychique, c'est une perturbation de la relation ; celle-ci peut être à l'origine de parcours chaotiques faits de ruptures (parfois de longue durée, voire définitives), d'un sentiment d'abandon, d'une solitude, d'une stigmatisation et d'une grande précarité.

Concernant les troubles psychiques rencontrés dans les shops, Sarfaty décrit une « grande dispersion dans le niveau de gravité des troubles », et aussi « une variabilité et une intermittence » de ceux-ci ; il indique que la « stabilisation » peut prendre du temps. Il insiste sur la « discontinuité des troubles psychiques ». Pour lui, un passé familial carenciel ou une maladie mentale explique la fréquence des ruptures, et les hospitalisations répétées (p. 42).

2.3.5. L'incapacité à formuler une demande

L'incapacité des peshops à formuler une demande est confirmée par Boulon et Gayton (2009), du réseau GALAXIE, prise par un autre biais, la difficulté à s'adresser à la MDPH : dans les dossiers de demande à la MDPH, ces personnes ont des difficultés « à identifier et exprimer leurs aspirations ». Ils préconisent alors une mesure de compensation à l'amont de la constitution du dossier MDPH, voire « un travail sur l'expression de la demande » (p. 132).

2.3.6. Une structure singulière de la peshop ?

Boulon et Deschamp (2009), dans leur rapport d'étude sur les ESEHP, nous apportent une vision complémentaire du handicap psychique :

« La fragilité de la structure même de la personne handicapée psychique la conduit à vivre la rencontre avec le monde extérieur au prix de souffrances, comme une menace pour son intégrité. » (p. 9).

Nous nous interrogeons sur le terme de « structure » employé par ces auteurs, qui pourrait laisser entendre, dans une approche psychodynamique structuraliste, que les peshops seraient de structure psychotique, ce qui, d'après nos observations personnelles, ne semble pas être toujours le cas.

Boulon et Deschamp, précisent que les peshops, alors qu'elles rencontrent des difficultés importantes dans leur vie quotidienne, sur le plan cognitif, peuvent se montrer « assez performantes » aux tests neuropsychologiques classiques. Ils ont aussi rencontré des cas de personnes aux difficultés cognitives prégnantes mais dans un déni massif, avec la possibilité, si un accompagnement psychologique est mis en place, qu'elles puissent prendre conscience progressivement de leurs difficultés (p. 59).

2.3.7. La maladie psychique à l'origine du handicap

En annexe 4 de son rapport d'expérimentation des ESEHP, le réseau GALAXIE propose une grille d'évaluation du handicap psychique. Cependant l'acceptation de l'expression « handicap psychique » y est réduite à une conséquence d'une maladie mentale :

« [...] nous dirions volontiers que ce qui fait la spécificité du handicap par la maladie psychique, c'est précisément la maladie psychique. »

Ce qui conduit les auteurs à ce constat :

« Il y a une fragilité de la structure même de l'individu, qui le conduit à vivre la rencontre avec le monde extérieur, aux prix de souffrance, comme une menace pour son intégrité. » (p. 108).

Même si notre conception de la situation de handicap d'origine psychique est plus vaste que celle des précédents auteurs qui la réduisent aux conséquences d'une maladie, nous retiendrons quand même le sentiment de menace des peshops dans leur confrontation à l'environnement, et surtout une fragilité structurale que nous retrouverons en fin de recherche.

2.3.8. L'imprévisibilité du handicap psychique

Dans le rapport partiel de la recherche-action du CEDIAS (2010) nous trouvons une indication complémentaire, du point de vue des professionnels de l'accompagnement. Il est noté le caractère imprévisible des changements de comportement, la fluctuation des aptitudes. Les services disent devoir s'adapter au rythme des peshops, devoir faire preuve de souplesse, voire « d'élasticité ». Ils indiquent que tout évènement est un « facteur de stress, de déstabilisation », que toute situation inconnue peut générer une réaction imprévisible (p. 77).

Nous remarquons ici une présentation des shops sur un versant très déficitaire qui nous évoque clairement la psychose, voire l'autisme, et qui ne saurait concerner toutes les shops. Ce qui sera mis ensuite en avant, c'est l'absence de demande des peshops (p. 80), qui est un obstacle à l'accès aux soins et à leur continuité, et aussi une « incapacité à se projeter dans l'avenir, à prendre des initiatives, à anticiper ».

2.3.9. Les difficultés dans la vie quotidienne

Quelques mois plus tard, dans le résumé de la recherche-action du CEDIAS, il est précisé que les peshops « éprouvent des difficultés à mettre en œuvre les actes courants de la vie quotidienne » et il est précisé que la personne concernée peut ne pas avoir conscience de ses difficultés, alors que celles-ci paraissent flagrantes à son entourage (p. 148). Il est aussi précisé que les difficultés rencontrées par les peshops dans la réalisation des activités quotidiennes relèvent de difficultés à initier une tâche (par défaut de motivation) et de difficultés à mener à terme ladite tâche, même simple ; il est supposé que c'est une perception différente de « la réalité » qui est à l'origine de ces difficultés : il s'agit d'un apragmatisme « caractéristique des maladies psychiques », la peshop ne peut pas planifier mentalement une suite d'actions, même très concrètes, ce qui « peut expliquer en partie les appréhensions suscitées par l'installation en logement autonome » (p. 148). Il est aussi rapporté que « la maladie psychique » perturbe l'inscription de la peshop « dans des rythmes de vie habituels » et peut entraver sa perception spatio-temporelle.

Nous remarquons que le CEDIAS fait encore une corrélation entre shop et maladie mentale, ce qui paraît – nous l'avons dit – réducteur ; nous remarquons aussi l'emploi de « maladie mentale » au singulier, terme qui pourrait rassembler toutes les pathologies mentales sans distinction, comme si toutes pouvaient avoir comme issue commune une même shop. Nous remarquons cependant que ce qui est décrit comme des troubles de l'orientation dans le temps et dans l'espace est traditionnellement observé dans les psychoses. Nous pensons que cette désorientation psychotique ne se rencontre pas dans tous les cas de shop, qu'il n'y a pas que des malades mentaux, que des psychotiques qui soient en shop.

a) L'hygiène corporelle

Le résumé de la recherche-action du CEDIAS évoque une difficulté particulière rencontrée dans les shops : l'hygiène corporelle. Il est noté chez certaines peshops une « incapacité à prendre soin de leur apparence » ; chez d'autres, un rapport particulier au corps et à son entretien, comme un décalage par rapport aux conditions météo, le port de vêtements sales ou déchirés, l'absence de goût vestimentaire. Dans d'autres cas, l'isolement peut s'expliquer, au moins en partie, par le rejet des autres, pour une odeur incommodante due à une mauvaise hygiène corporelle (p. 149).

Nous reconnaissons ici le rapport si particulier du psychotique à son enveloppe corporelle. Nous rappelons que nous ne pensons pas qu'il s'agisse de la totalité des peshops.

b) L'entretien du logement

La recherche-action retient l'idée que l'état du logement reflète souvent l'état de santé psychique de la personne, et surtout son évolution, idée que nous avons déjà rencontrée chez les psychologues de l'action Diagnostic habitant/habitat de l'ADGESTI. Elle indique de plus qu'il peut s'agir d'un signal distinctif d'un risque de décompensation psychotique. Il est souvent remarqué qu'une incurie renvoie à une négligence de soi.

Il est noté que certains n'investissent pas leur logement, qu'on n'y trouve ni photo, ni objet auquel la personne serait attachée, même après vingt ans au même endroit. Il est rapporté des accumulations de papiers, voire de déchets qui encombrent l'appartement, et l'impossibilité qu'ils soient jetés car ils fonctionnent comme pare-angoisse. On constate aussi des clochardisations à domicile, y compris si la personne est propriétaire, avec un stockage important d'objets inutiles (p. 150).

L'incurie se manifeste par des odeurs, des risques d'incendie, des dégâts des eaux ou l'insalubrité des parties communes. Elle peut conduire à des conflits avec les voisins, pouvant même déboucher sur une expulsion. Les questions d'hygiène personnelle et d'entretien du logement sont souvent des raisons pour faire intervenir des services d'accompagnement (p. 151).

Cette partie retient notre attention, car il s'agit de l'objet même de cette recherche, l'intervention à domicile. Nous y trouvons les conséquences de la shop, son repérage sociologique.

c) Les difficultés relationnelles

Il est noté dans cette recherche-action peu de cas de comportements déviants comme l'exhibitionnisme par exemple. Il est rapporté des cas de réaction des voisins à certaines nuisances comme le bruit, ou le fait de rester enfermé dans le noir par exemple.

Ce qui semble prégnant, c'est la vulnérabilité des peshops qui les conduit à une situation délicate lors de mauvaises rencontres, lorsqu'ils sont la cible de personnes mal intentionnées, quand notamment elles se font envahir, quand leur logement est occupé par des personnes qui les rackettent, les entraînent dans leur dérive addictive (alcool, drogue) ; le voisinage peut alors réagir par des menaces, de la violence (p. 151).

d) Les repas

La confection des repas est exemplaire de la difficulté des peshops à prendre des initiatives ; comment se décider à aller faire les courses, à remplir ou à vider le réfrigérateur, à choisir un menu, à faire la cuisine, etc. (p. 152).

2.3.10. Le rôle de locataire

L'Inspection générale des affaires sociales, dans un rapport sur la « prise en charge » du handicap psychique (2011), nous apporte sa contribution :

{106} « *La prise en charge du handicap psychique s'intègre dans une problématique de « processus », compte tenu de son caractère évolutif, qui peut varier selon le degré de stabilisation de la pathologie et la réhabilitation de la personne* » (p. 20).

Une partie du rapport concerne plus particulièrement le logement : il y est question ici aussi « d'incurie », en tant qu'accumulation d'objets et de déchets, avec un problème d'hygiène et une gêne des voisins, et aussi l'intervention du bailleur « à l'occasion d'actes de gestion courante ». Il est recommandé, dans ces cas, des solutions « interstitielles » pour inscrire la peshop dans un « partenariat global », allant jusqu'à des solutions d'hébergement « plus contenantes » ({189}, p. 38).

2.3.11. Le contexte sociologique du travail

Pour Blanc (1996), les troubles du comportement se manifestent dans deux types d'activités difficiles à isoler, à savoir les relations sociales d'une part et les relations de travail qui dépendent des premières.

Dans le cadre de l'Obligation d'emploi des travailleurs handicapés, des observations sont faites concernant la situation de handicap sur le lieu de travail. Bien que connexe à nos préoccupations, quelques éléments peuvent être retenus.

Il est rappelé que la shop se traduit par des « difficultés à acquérir ou exprimer des habileté psychosociales ». Un « déficit d'appréhension de la réalité » peut apparaître sous la forme de déficits d'attention, des difficultés à élaborer un plan d'action, puis à le suivre, ou encore à établir des relations sociales et donc aussi professionnelles (p. 4).

Dans une situation de travail, cela se traduit par « certains signes discrets » autour de troubles de l'humeur : une négligence vestimentaire, un manque d'estime de soi, de confiance en soi, un repli sur soi, de la tristesse, une imprévisibilité (p. 4).

Mais d'autres signes peuvent aussi alerter, peut-être plus visibles, comme des propos familiers ou grivois, un comportement excessif, de l'agressivité verbale - voire physique - vis à vis d'elle-même ou des autres, de la colère, ou encore une logorrhée, une interprétation erronée de la réalité, une remise en cause du cadre (p. 5).

Les collègues d'une peshop peuvent remarquer chez elle des troubles dans le registre psychique, comme la perte de vigilance, de la concentration, de la mémoire et des difficultés de raisonnement. Sur le plan physique, peuvent aussi apparaître de la fatigue, des impatiences, des tremblements, des sueurs ; ou encore de la perte

d'appétence, de l'endormissement, de la prise de poids, qui peuvent aussi s'expliquer par « les effets conjugués et exponentiels des traitements et la prise des toxiques. » (p. 7).

Pour Le Roy-Hatala (2009), il est attendu d'un salarié autant un « savoir-faire » qu'un « savoir-être ». Elle indique que c'est de l'écart entre les attendus de l'entreprise et les capacités d'une personne que naît le handicap, tant en terme d'exigences professionnelles que comportementales. Ce qui est vrai pour toute déficience, l'est d'autant plus dans le cas d'une shop ; le comportement affecte le registre des relations en général, et la dégradation de certaines capacités touche le registre professionnel (p. 111). Elle rappelle les travaux de Vidal-Naquet (2003) au sein du réseau Galaxie, et notamment l'une des particularités de la shop, à savoir « la non-linéarité des troubles » et « la discontinuité de la situation de la personne », pour indiquer que l'entreprise est déstabilisée par le caractère évolutif et la « temporalité désordonnée » de la manifestation des troubles. L'entreprise doit composer avec l'imprévisibilité de la ressource humaine, alors qu'elle doit contrôler le cours de choses et qu'elle doit pouvoir anticiper dans l'ensemble de son activité.

L'auteure rappelle les deux versants de la maladie mentale sous-jacente, d'une part la chronicité, la répétition et la récurrence des troubles, et aussi l'idée d'une guérison possible, d'une forme de réversibilité, voire de disparition des symptômes (p. 113).

Nous laisserons ici les considérations sur l'employabilité des personnes en situation de handicap d'origine psychique qui font l'objet de travaux très récents ; ils montrent que la moitié des personnes schizo-phrènes sont capables de tenir un emploi dans le milieu ordinaire de travail, à la condition que soit mis en place un accompagnement spécifique (Pachoud, 2016).

2.3.12. Les caractéristiques psychologiques du handicap psychique

Zribi, docteur en psychologie, nous rappelle (2009) que « comme pour la notion globale du handicap, celle du handicap psychique a été construite empiriquement, sans fondement médical ou psychopathologique. » ; il ajoute :

« Le handicap psychique ne se confond pas avec l'ensemble des troubles psychiques : il n'en représente que l'une des catégories identifiées socialement, notamment par une reconnaissance administrative, celle du handicap » (p. 14).

Zribi dégage plusieurs caractéristiques de la shop. Tout d'abord, il recense les domaines dans lesquels une altération substantielle apparaît. La pensée et les sentiments (avec des conséquences sur la perception, l'image de soi, la communication et la socialisation), les compétences sociales (autonomie, vie quotidienne), la participation sociale - dont professionnelle - (par inadaptation), la qualité de vie (privée et familiale) et le fonctionnement cognitif (p. 14). Il décrit les conséquences de ces altérations dans la vie sociale, la solitude, le fort sentiment d'abandon et les parcours chaotiques, avec le risque de ruptures parfois longues, voire définitives. Il précise que c'est la « perturbation de la relation » qui caractérise la shop.

2.3.13. D'autres caractéristiques du handicap psychique

Nous allons reprendre des éléments vus dans la première partie de cette recherche pour nous assurer d'une certaine concordance entre les descriptions des principaux acteurs de l'accompagnement de la shop et des textes officiels, ou pour compléter ce qui a été évoqué ci-dessus.

L'arrêté du 4 mai 1988, *Nomenclature des déficiences, incapacités, désavantages*, décrit les différentes déficiences rencontrées dans les différentes situations de handicap. Nous ne retrouvons que quelques descriptions qui peuvent concerner la shop telle qu'elle vient d'être décrite. Au point 1, *déficiences, déficiences intellectuelles, autres déficiences intellectuelles*, 18.2 *déficience du cours de la pensée*, nous trouvons un « trouble affectant la rapidité et l'organisation de la pensée, la capacité de former des séquences logiques ». Au point 2, *autres atteintes du psychisme*, en 21 *troubles de la perception ou de l'attention*, nous notons « altération quantitative ou qualitative de l'attention », et en 23 *troubles de l'émotion, de l'affect, de l'humeur ou de la volition*, nous remarquons « perturbation de l'intensité et de la qualité des sentiments, de la stabilité des états affectifs, de la capacité d'avoir des comportements intentionnels et de contrôler ses propres actions ». Nous n'avons repéré, dans cette nomenclature, que ces trois déficiences qui peuvent concerner le handicap psychique, dont le premier dans les déficiences intellectuelles.

Or cette nomenclature est utilisée par les équipes pluridisciplinaires des MDPH pour reconnaître le handicap psychique. Nous constatons combien cet outil est éloigné de tout ce qui a pu être décrit comme relevant du handicap psychique et pouvant le caractériser.

Dans le guide intitulé *L'accueil et l'accompagnement des personnes en situation de handicap psychique* (UNAFAM ; CNSA ; UNA, 2008), nous retrouvons, dites autrement, des caractérisations de la peshop, comme le fait qu' « À certains moments, la personne handicapée psychique perçoit la réalité de façon différente ». Nous remarquons cependant une indication complémentaire concernant le déni : « de nombreuses personnes manifestement concernées pourront mettre des années à accepter la nécessité des soins, à faire le deuil de leur "vie d'avant", voire à demander de l'aide. » (p. 14). Dans les troubles de la volition, on constate le manque de motivation fréquemment manifesté par les peshops, une extrême agitation qui entrave l'action (p. 16).

Le guide indique que les personnes semblent parfois indifférentes à leur corps, indifférentes pour leur apparence, qu'elles se négligent, qu'elles ont du mal à prendre soin de leur santé (p. 19). Il indique aussi une perturbation du rythme jour/nuit. Il est aussi rapporté des cas où la peshop peut sembler vivre « dans un monde différent », se couper des autres (p. 20). Il est précisé aussi la possible présence d' « idées délirantes » et d' « hallucinations » (p. 21).

Nous reconnaissons dans les dernières manifestations décrites une symptomatologie des psychoses.

Pivin (2006) indique quelques éléments complémentaires, liées pour elle à une maladie psychiatrique à l'origine du handicap psychique. Elle évoque ainsi « le déni fréquent de la maladie par le patient, et les variations de son état ».

Nous constatons que de nombreux écrits sur le handicap psychique abordent cette difficulté particulière d'un déni de la pathologie chez les personnes concernées. Si nous admettons volontiers que le déni est bien une des

caractéristiques des maladies mentales, notamment de la schizophrénie (mais aussi de la paranoïa et de la psychose maniaco-dépressive), nous devons aussi admettre que ce qui est parfois décrit comme un déni peut être une protestation d'une personne qui, en situation de handicap d'origine psychique, conteste une prétendue maladie supposée par l'entourage qui veut, de plus, « la conduire vers les soins ». Ce qui est vu comme pathologie peut aussi être considéré comme une variation de la normale.

Le Livre blanc – déjà cité plus haut - décrit une « extrême fragilité », une perturbation des capacités relationnelles des peshops, et la variabilité constante des manifestations de la maladie ».

Nous avons déjà reconnu cette fragilité en incluant les peshops dans le groupe des personnes vulnérables.

Le guide de la CNSA (2013), concernant le handicap psychique indique, dans les principaux critères de déficience, des *troubles de la volition* (apragmatisme, négativisme, inhibition, mais aussi « compulsions obsessionnelles » et « ambivalence » que nous n'avions pas rencontrées jusqu'à présent) ; des *troubles de la pensée* – tant dans le cours de la pensée que dans le contenu - (idées obsessionnelles, fuite ou incohérence des idées, lenteur de la pensée, radotage, appauvrissement de la pensée, délire) ; des *troubles dits de la perception* (illusions, hallucinations, déréalisation) ; des *troubles de la communication* – langage - troubles de la forme, du contenu du langage et de l'expression gestuelle (logorrhée ; préciosité ; coq-à-l'âne ; néologismes ; écholalie ; discordance, parasitisme, mimique, stéréotypies gestuelles ou déficitaires), troubles fonctionnels (bégaiement ; mutisme ; repli autistique) ; des *troubles du comportement* (agressivité ; agitation ; théâtralisme ; automutilation ; comportements phobiques ; rites obsessionnels ; instabilité ; timidité) ; des *troubles de l'humeur* (troubles dépressifs ou hypomaniaques légers ou équilibrés ou psychose maniaco-dépressive), des *états d'excitation* ou dépression franche sans signe mélancolique grave, un *état maniaque* perturbant ou entravant la vie socioprofessionnelle (agitation psychomotrice, pouvant être dangereuse pour le sujet et son entourage, fuite des idées, insomnie grave ou état mélancolique) ; des *troubles de la conscience et de la vigilance* ; des *troubles intellectuels* (troubles de la mémoire ; trouble de l'attention ; troubles du jugement, du calcul mental ; troubles de l'orientation temporelle et spatiale) ; des *troubles de la vie émotionnelle et affective* (anxiété, angoisse, indifférence affective, discordance affective, instabilité affective, troubles du caractère, immaturité affective, timidité) et *l'expression somatique des troubles psychiatriques*.

Nous retrouvons ici toute une symptomatologie psychiatrique commune aux états psychotiques, qu'il y ait handicap psychique ou non. Nous ne pouvons pas nier qu'ils puissent apparaître chez les peshop, ceux dont le handicap psychique est une conséquence sociale d'une pathologie mentale avérée, ce qui n'est pas toujours le cas.

L'enquête handicap-santé déjà mentionnée nous apporte des éléments complémentaires :

« Approcher la notion de handicap psychique suppose que l'on étudie également les limitations fonctionnelles [...] en termes de capacité de concentration, difficulté à comprendre les autres, mise en danger de soi-même, agressivité, besoin de stimulation pour effectuer les actes de la vie quotidienne, difficulté à nouer des relations, [...] » (p. 187).

Nous constatons à l'inverse du point précédent, que c'est la situation sociale de la peshop qui est mise en avant, en dehors de toute pathologie mentale. Ceci illustre le débat que nous suivons depuis le début de cette recherche.

Concernant l'accès à l'emploi, nous avons vu précédemment que, lorsque la personne handicapée a un taux d'incapacité situé entre 50 et 79 %, pour obtenir l'AAH, il lui faut montrer qu'elle a une Restriction substantielle et durable à l'accès à l'emploi. Pour apprécier cette RSDAE, l'équipe pluridisciplinaire de la MDPH doit prendre en compte aussi bien les critères personnels que les facteurs extérieurs à la personne. Il convient ainsi qu'elle d'apprécie l'impact des déficiences et des limitations d'activité sur les possibilités d'accès à l'emploi. Pour cela, l'EP s'appuie sur le Géva, dans son volet 6 (activités, capacités fonctionnelles). Celui-ci comporte les activités du domaine « mobilité, manipulation » (se déplacer) ; les activités du domaine « tâches et exigences générales, relation avec autrui » (s'orienter dans le temps, s'orienter dans l'espace, avoir des relations avec autrui conformes aux règles sociales) ; les activités du domaine « communication » (mener une conversation, utiliser des appareils et techniques de communication) ; les activités du domaine « application des connaissances, apprentissage » (acquérir un savoir-faire, application d'un savoir-faire).

Nous voyons bien dans cette énumération des activités décrites ci-dessus que des déficiences peuvent apparaître à chacun des niveaux ; cependant, l'EP ne dispose d'aucun moyen pour les évaluer, si ce n'est le discours de la personne concernée. Une peshop peut tout aussi bien noircir le tableau de sa situation au point de ne plus être crédible, alors que c'est son vécu ; ou, au contraire, dans un grand déni de ses difficultés, minorer les obstacles qu'elle rencontre et ainsi se disqualifier et être considérée comme « handicapée sociale » et ne pas acquérir les droits auxquels elle pourrait prétendre. Seule une mise en situation, ou – mieux encore – une évaluation en milieu quotidien, pourrait permettre d'objectiver le handicap.

Nous avons pu rassembler les différents points de vue concernant la situation de handicap psychique depuis que le handicap est reconnu en France. Nous avons maintenant une description plus précise des manifestations quotidiennes sur lesquelles nous allons pouvoir nous appuyer pour caractériser des shops, mais qui sont à la fois d'ordre sociologiques et psychologiques, et qui ne distinguent pas les symptômes des signes cliniques. Nous allons donc effectuer un tri parmi ces éléments pour retenir ceux qui nous seront utiles pour caractériser la shop.

Conclusion de la section 2.3

Depuis le livre blanc de santé mentale de 2001, en passant par le rapport Charzat de 2002, jusqu'à 2016, plusieurs ouvrages ont abordé les déficiences constatées par les professionnels et par les proches chez les personnes en situation de handicap d'origine psychique. Ces observations cliniques sont concordantes : elles nous permettent d'avoir une image de la situation de handicap d'origine psychique.

Cependant, nous ne pouvons pas nous contenter de cette approche. En effet, les descriptions mélangent des aspects cliniques psychologiques et sociologiques, les déficiences et leurs conséquences sociales.

2.4. Clinique psychopathologique

Si nous reprenons les indications des chapitres précédents, et si nous les croisons avec celles ci-dessus, nous pouvons résumer ci-dessous les manifestations du handicap psychique afin de le caractériser.

Parmi les manifestations des situations de handicap d'origine psychique, nous allons écarter celles ci-après qui, selon nous, sont du domaine sociologique. Ce sont les répercussions des troubles psychologiques dans la sphère sociale, notamment dans le logement, la formation, l'apprentissage, l'emploi ou lors des actions collectives, de culture, de loisirs ; elles se traduisent par une réduction de la participation de la personne, dans ses différents rôles sociaux (citoyen, habitant, conjoint, employé, parent).

Clinique psychopathologique

Nous avons recensé, dans les travaux repris ci-dessus, chez les personnes en situation de handicap d'origine psychique : un repli sur soi, le confinement chez soi, l'isolement social ; l'incapacité à se maintenir dans son logement, à organiser une vie sociale et des loisirs ; la fragilité, vulnérabilité, les situations de manipulation et de maltraitance ; les difficultés relationnelles ; les bizarreries du comportement et le risque de stigmatisation ; la souffrance de l'entourage notamment de la famille ; les troubles de la communication, du comportement ; une agressivité envers les autres ; un comportement imprévisible, soudain, déconcertant ; l'absence de relations durables ; le rejet par l'entourage du fait d'une mauvaise hygiène personnelle ; l'accumulation d'objets et les plaintes de l'entourage ; l'absence d'entretien du logement et les plaintes de l'environnement ; les réactions inadaptées par interprétation erronée d'un comportement, d'une parole ou d'un regard ; une susceptibilité exagérée ; une hypersensibilité aux événements familiaux ; un besoin constant de stimulation ; une difficulté à nouer des relations ; l'incapacité à assurer une activité ; les difficultés à être dans la norme ; les difficultés à respecter les règles de la vie courante ; la perturbation des dispositifs de droit commun ; l'absence de participation sociale ; la rupture du lien social.

Les troubles psychologiques décrits dans les situations de handicap d'origine psychique se rencontrent dans toutes les sphères de la vie quotidienne :

- Assurer ses besoins fondamentaux (nourriture, protection, ressources),
- Prendre soin de soi (santé, toilette, habillement),
- Habiter son logement (entretien des locaux, achats),
- Avoir une vie citoyenne (démarches administratives).

Nous avons noté que les caractéristiques principales de ces troubles sont la variabilité dans le temps, l'imprévisibilité, l'évolutivité par phases, la durabilité et une possible chronicisation, avec la plupart du temps maintien des facultés intellectuelles.

Nous les avons regroupés en onze familles, selon un ordre décroissant de caractérisation, de spécificité de la shop, qui nous est propre :

1. Troubles de la volition :
 - a. pas de prise d'initiatives
 - b. apragmatisme, impossibilité d'agir par incapacité à vouloir
 - c. incapacité à assumer les gestes de la vie quotidienne par :
 - i. incapacité à décider
 - ii. incapacité à agir
 - d. incapacité à s'empêcher d'agir, actes compulsifs

2. Troubles de la conscience et de la vigilance :
 - a. non conscience des troubles
 - b. absence d'expression des besoins
 - c. non pouvoir faire une demande d'aide

3. Troubles de l'humeur :
 - a. perte d'estime de soi
 - b. négativisme
 - c. troubles dépressifs
 - d. comportement hypomaniaque

4. Souffrance psychique :
 - a. tristesse
 - b. manque de confiance en soi
 - c. démotivation
 - d. hypersensibilité au stress
 - e. sentiment de dévalorisation
 - f. recours à l'alcool ou au cannabis
 - g. inscription silencieuse dans la pathologie
 - h. indifférence pour sa propre vie, se laisser mourir
 - i. idées de mort et de suicide

5. Troubles de la pensée :
 - a. lenteur ou appauvrissement de la pensée
 - b. déni de la pathologie
 - c. fuite ou incohérence des idées
 - d. idées obsédantes
 - e. délire

6. Expressions somatiques :
 - a. fatigabilité
 - b. lenteur malgré des potentialités réelles
 - c. agitation psychomotrice
 - d. hypersensibilité sensorielle (visuelle, auditive)
 - e. somatisations

- f. dégradation de l'état physique
- g. altération de l'état général

7. Troubles intellectuels :

- a. déficit d'attention
- b. difficultés de conceptualisation et d'abstraction
- c. troubles de l'attention
- d. troubles de la mémoire
- e. troubles de l'orientation temporelle et spatiale
- f. défaut d'analyse du contexte environnemental
- g. incapacité à prévoir les conséquences d'un acte
- h. troubles du jugement

8. Troubles de la vie émotionnelle :

- a. dérégulation émotionnelle
- b. indifférence
- c. anxiété
- d. angoisse

9. Troubles de la vie affective :

- a. difficulté à nouer des relations
- b. discordance ou instabilité affective
- c. troubles du caractère

10. Troubles du comportement :

- a. agitation
- b. suractivité
- c. agressivité
- d. difficulté à respecter les règles
- e. changements brusques d'attitude, imprévisibilité
- f. envahissement
- g. troubles du sommeil
- h. troubles alimentaires
- i. rituels
- j. évitements phobiques d'objets ou de situations anxiogènes
- k. accumulation d'objets
- l. incurie
- m. errance

11. Troubles de la perception :

- a. hallucinations,
- b. déréalisation.

Conclusion de la section 2.4

Si nous reprenons notre première approche des shops, nous retrouvons dans cette grille une parenté avec les troubles de la volition – que nous avons mis en première place – : l'absence de prise d'initiatives avec la procrastination et l'apragmatisme ; l'incapacité à décider et à agir avec l'aboulie. Cette grille semble comprendre ce que nous avons repéré des principales caractéristiques des situations de handicap d'origine psychique ; elle est cependant beaucoup plus complète.

Nous allons pouvoir confronter ce tableau clinique aux éléments apportés par les vignettes cliniques.

Conclusion du chapitre 2

Dans ce chapitre, nous avons repris les différents éléments cliniques décrits dans les documents produits depuis la reconnaissance du handicap psychique en France en 2005.

La loi de 2005 sur le handicap se base sur la CIF (OMS) et indique que le handicap comprend trois dimensions : les déficiences (D), les limitations d'activités (LA) et les restrictions de la participation (RP), « modulés par des facteurs personnels et des facteurs environnementaux ». Une évaluation du handicap psychique devrait donc se porter sur chacun de ces trois domaines.

Les compétences et les troubles cognitifs (D) et leur utilisation dans les tâches diverses de la vie quotidienne sont appréhendées par les évaluations neuropsychologiques. Les capacités d'évaluation des compétences notamment cognitives dans les tâches de la vie quotidiennes font l'objet d'évaluations ergothérapeutiques. Un bilan psychologique va se pencher sur les facteurs personnels (FP) et sur les facteurs environnementaux (FE). Ces derniers seront aussi étudiés par les assistants sociaux, les systémiciens, etc. (Prouteau et coll., 2016).

Les pratiques locales divergent concernant l'objectivation des LA et des RP sur le terrain ; si les LA sont mieux prises en compte au cours du temps, l'évaluation des RP semble insuffisante notamment lorsqu'il s'agit de compenser le handicap (Belio, 2012).

Nous voyons cependant apparaître des instruments de mesure basés sur les performances en situation (*performance-based instruments*), le fonctionnement en vie réelle (*real world functioning*) (Bowie et coll., 2008).

Quant à nous, nous avons pu étudier le rapport du Colloque de Versailles de 2009 qui réunissait les acteurs de l'époque pour faire le point sur la recherche sur le handicap psychique et sur les différentes modalités d'accompagnement. Une partie importante de ce rapport concernait l'accompagnement des peshops dans le logement ; il faisait notamment référence à un dispositif particulier d'anticipation de l'accompagnement d'un SAMSAH en amont d'une orientation par la MDPH. Nous avons pu montrer une grande similitude des modalités d'accompagnement de ce service avec celui actuel de la Médiation logement décrit dans la deuxième partie de cette thèse.

Nous avons ensuite repris certains passages du rapport Charzat, notamment les descriptions de comportements qui caractérisent le handicap psychique, et les répercussions sociales de ceux-ci, notamment dans la vie quotidienne et particulièrement le logement.

Puis nous avons recherché dans d'autres sources, pour affiner la perception du handicap psychique au quotidien, par des proches, des professionnels et quelques chercheurs. Nous avons pu voir ainsi un très grand nombre de situations dans lesquelles les peshops se trouvent en difficulté, personnellement et dans leur rapport aux autres.

Nous avons mis de côté les aspects sociologiques des shops, et retenus les caractéristiques psychologiques. Nous avons établi un tableau clinique à partir duquel nous avons construit une grille clinique de lecture de le shop.

Dans le chapitre suivant, nous allons nous servir de cette grille d'évaluation clinique pour tenter d'objectiver des shops dans les six cas cliniques que nous avons retenus dans la deuxième partie.

3. Reconnaître le handicap psychique

Dans ce troisième chapitre cette dernière partie, nous allons reprendre les vignettes cliniques présentées dans la deuxième partie. Nous allons appliquer notre grille de lecture clinique du handicap psychique élaborée dans le chapitre précédent et nous montrerons qu'il est tout à fait possible de faire le diagnostic de situation de handicap d'origine psychique, alors même qu'il s'agit de personnes dont nous avons vu qu'elles ne sont pas reconnues comme malades mentales. Nous montrerons ainsi que le diagnostic de ce handicap se passe aisément de la médecine.

Reconnaître le handicap psychique

Nous allons maintenant reprendre les vignettes cliniques issues de la pratique de la Médiation logement sur les différents sites sarthois de 2007 à 2016 et montrer en quoi les personnes décrites sont bien en situation de handicap d'origine psychique.

3.1 Reprise des vignettes cliniques

Dans la deuxième partie de ce travail, au chapitre deux, nous avons présenté six vignettes cliniques qui nous ont paru exemplaires des situations des personnes accompagnées par les psychologues dans le cadre de la médiation logement. Dans la troisième partie, au chapitre deux, nous avons élaboré une grille de lecture pour objectiver les situations de handicap d'origine psychique.

Nous allons maintenant utiliser cette grille avec les six vignettes cliniques pour voir si ces personnes sont bien en situation de handicap d'origine psychique, alors qu'aucune d'entre elles n'a de maladie mentale avérée et qu'aucune n'a de reconnaissance d'un handicap psychique par la MDPH.

Nous noterons aussi, lorsque nous les rencontrerons, les quelques éléments de psychopathologie décrits par les psychologues et aussi des éléments du parcours de vie pouvant avoir une influence sur l'apparition ou la manifestation du handicap, s'il y a lieu.

Monsieur A :

- 1b (absent au passage de l'électricien)
- 1c (ne gère pas ses ressources, achète un scooteur dont il ne peut se servir, ne peut empêcher ses copains d'entrer avec de l'alcool, ne répare pas la porte de sa boîte aux lettres)
- 1d (n'a pas pu s'empêcher d'acheter le scooteur)
- 2a (conteste tout traitement psychiatrique, refuse mesure de protection juridique)
- 3a (veut montrer au bailleur qu'il est capable)
- 3c (sentiment de ne servir à rien, n'ouvre pas quand on sonne)
- 3d (s'empresse de nettoyer son logement avant passage du bailleur)
- 4c (n'a pas attendu l'électricien)
- 4f (graves alcoolisations)
- 5b (va pouvoir remettre en état son logement, faire le ménage, travailler)
- 5c (parle de sa mère comme si elle venait de décéder)
- 5d (veut se soigner à sa manière, refuse une aide pour ses papiers)
- 6f (diabète, cholestérol, épilepsie)
- 6g (nombreuses chutes)
- 7c (troc non équitable)
- 7d (ne se rappelle pas les noms)
- 7f (mauvaise analyse du troc)
- 7g (altercations vives)
- 7e (désorienté, date de décès de la mère, rendez-vous le même jour et à la même heure)
- 7f (achat inapproprié du scooteur)
- 7h (en pyjama dans la rue)
- 10d (consomme ses médicaments à sa guise, ne règle pas ses dettes)
- 10g (triple la dose des médicaments)
- 10h (se nourrit mal)
- 10k (logement encombré)
- 10l (incurie)

Éléments de psychopathologie :

Il a une humeur très changeante. Il a perdu sa mère il y a deux ans ; il en parle comme si c'était hier.

Monsieur B :

- 1a (carte d'identité pas renouvelée depuis 20 ans, absences injustifiées au travail, ne voit pas la pelade de son chien)
- 1b (ne lave pas ses vêtements, ne veut pas être opéré, ne veut pas rester sans rien faire, accepte de faire mais ne fait pas et fuit)
- 1c (ne sortait pas ses chiens, vit à découvert, ne veut pas montrer ses papiers administratifs, logement pas nettoyé après plusieurs mois)
- 1d (a défoncé la porte)

- 3c (ne peut rester sans rien faire)
- 4f (s'alcoolise beaucoup)
- 4g (tous les jours sont les mêmes)
- 4i (la retraite est l'antichambre de la mort)
- 7b (nettoie son logement avant l'arrivée de l'auxiliaire de vie, n'arrive pas à souscrire une assurance décès faute d'héritier)
- 7f (ne vit pas dans sa chambre, défonce la porte au lieu de la réparer)
- 9a (accepte la psychologue parce qu'il connaît l'Adgesti, ne veut montrer ses papiers à personne)
- 10k (logement encombré)
- 10l (incurie)

Évènement remarquable :

Sa mère est hospitalisée, il disparaît.

Madame C :

- 1b (a souscrit de nombreux contrats d'assurance inutiles, ne se soigne pas, ne peut faire de démarches si la psychologue n'est pas à ses côtés)
- 1c (ne peut faire seule ses démarches administratives, ne fait pas les démarches promises)
- 1d (dépense sans compter, sort marcher la nuit)
- 3c (dit qu'elle ne va pas bien dans sa tête)
- 4f (consomme beaucoup d'alcool)
- 4i (a eu une période cimetière)
- 5b (son médecin lui donne des traitements inappropriés, il est trop tôt pour se soigner, prétexte un déménagement pour fuir le CMP)
- 5f (poursuivie par la Gestapo, les antisémites)
- 6e (nombreuses plaintes somatiques)
- 6f (physiquement dégradée, problème de thyroïde, diététicienne)
- 6g (mauvais état de santé général)
- 7f (dépense tout son argent en début de mois)
- 10e (quitte brusquement son logement)
- 10m (SDF à Paris)
- 10l (état d'insalubrité avancé)
- 11a (entend des insultes, des menaces de mort, apparition de visages, thématique du tabou, hallucine la première psychologue nue – c'est Satan)
- 11b (fonds mystique, est attendue aux USA)

Antécédents remarquables :

Elle a avorté, elle a peut-être été violée. Elle a eu de nombreuses ruptures.

Éléments de psychopathologie :

Mauvaise hygiène corporelle. Tenue vestimentaire très négligée. N'a pas investi son logement. Délire de persécution. Hallucinations.

Madame D :

- 1c (ne boit pas son jus de fruit)
- 4e (travaille jusqu'à l'épuisement)
- 5b (refuse un accompagnement SAMSAH)
- 5d (est-ce son beau-frère ou son ex-beau-frère ?)
- 6f (sueurs intenses, poussées de HTA)
- 6g (maigrît à vue d'œil)
- 10c (ce sera de votre faute)
- 10e (déménage souvent, se bat soudain avec sa sœur)
- 10h (boit beaucoup de café)
- 10k (réfrigérateur plein de boîtes de conserve)

Antécédents remarquables :

Elle a été maltraitée par son mari, elle a été battue, elle a subi des sévices sexuels.

Éléments de psychopathologie :

Peu habillée, elle reçoit la psychologue en nuisette. Pas vraiment installée dans son logement ; elle n'a pas défait ses cartons de déménagement. Elle vit dans le noir.

Monsieur E :

- 1b (passivité devant arrêt allocation logement)
- 2a (non conscient de ses troubles)
- 2c (difficulté de relogement, de faire valoir retraite, réticence à montrer ses papiers)
- 4i (fusil pour éliminer sa propriétaire et se tuer ensuite)
- 6f (douleurs physique d'une jambe)
- 7d (ne mémorise pas les rectifications juridiques)
- 7f (ne peut rembourser le trop perçu d'AAH)
- 7g (ne veut pas rembourser ses dettes, ne veut pas fournir ses papiers)
- 9a (suppose l'incompétence de l'assistante sociale)
- 9b (n'accepte pas les aides, ne sait pas solliciter ses proches)
- 9c (perçu comme impressionnant, voie inquiétant)
- 10a (troubles graves du voisinage)
- 10c (s'est emporté à de nombreuses reprises, relations tendues)
- 10d (troubles du voisinage)

10f (discours envahissant)

Antécédents remarquables :

Il a eu dans le passé une fracture du crâne. Il a une épilepsie qui est traitée.

Éléments de psychopathologie :

Logorrhée. Se réfère souvent à la Loi, aux hommes détenteurs de l'autorité. Très respectueux de la hiérarchie.

Très procédurier. Complaisance à vivre dans le conflit.

Madame F :

1b (débordée par le ménage)

4f (addiction à l'alcool)

6f (douleurs de hanches, diabète)

10k (odeurs, détritits)

10h (colis alimentaire)

10l (incurie)

11b (peur d'être agressée)

Antécédents remarquables :

Actes de cannibalisme rapportés.

Décès de la mère.

Éléments de psychopathologie :

Mauvaise hygiène corporelle.

On l'épie, on lui en veut. Peur de la venue de squatteurs.

Caractérisation des shops :

Nous avons repris les vignettes cliniques retenues ; nous constatons que l'application de notre grille clinique fait apparaître des scores pour chacun des critères que nous avons choisis pour décrire une shop.

Notre grille clinique comporte onze items. Elle permet de caractériser une situation de handicap d'origine psychique. Parmi notre échantillon de six vignettes cliniques retenues et exemplaires des situations d'accompagnement des psychologues à domicile de la Médiation logement, les situations matchent :

Monsieur A : 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 10

Monsieur B : 1, 3, 4, 7, 9, 10

Madame C : 1, 3, 4, 5, 6, 7, 10, 11

Madame D : 1, 4, 5, 6, 10

Monsieur E : 1, 2, 4, 6, 7, 9, 10

Madame F : 1, 4, 6, 10, 11

Nous constatons que tous matchent dans les premiers critères que nous avons classés dans un ordre décroissant de caractérisation du handicap psychique. Nous rappelons que nous nous basons sur des écrits des observations des psychologues qui ne connaissent pas notre grille. Nous pouvons ainsi conclure que ces personnes matchent au moins dans les catégories définies, sans préjuger de ce qu'apporterait une exploration approfondie.

Plusieurs matchent plusieurs fois dans le même critère :

Monsieur A : en 1b, c, et d ; 3a, c, et d ; en 4c et f ; 5b, c et d ; en 6f et g ; 7c, d, f, g, et e ; 10 d, g, h, k et l.

Monsieur B : en 1a, b, c, et d ; 4f, g, et i ; 7b et f ; 10 k et l.

Madame C : en 1b, c, d ; 4f et i ; 5b et f ; 6e, f et g ; 10e, l, m ; 11a et b.

Madame D : en 5b et d ; 6f et g ; 10 c, e, h et k.

Monsieur E : en 2a et c ; 7d, f et g ; 9a, b, et c ; 10a, c, d, f.

Madame F : en 10b, h, k et l.

et même dans un seul sous-critère :

Monsieur A : 4 fois en 2a, 2 en 3C ; 3 en 5b ; 2 en 5d ; 3 en 6f ; 3 en 7e, 2 en 10d.

Monsieur B : 3 fois en 1a ; 4 en 1b ; 4 en 1c ; 2 en 7b ; 2 en 7f ; 2 en 9a.

Madame C : 3 fois en 1b ; 2 en 1c ; 2 en 1d ; 3 en 5b ; 2 en 5f ; 3 en 6f ; 5 en 11a ; 2 en 11b.

Madame D : 2 fois en 6f ; 2 en 10e.

Monsieur E : 3 fois en 2c ; 2 en 7g ; 2 en 9b ; 2 en 10c.

Peut-être pourrions-nous, à partir de cette observation, caractériser plusieurs situations typiques de handicap d'origine psychique, en fonction d'une plus grande émergence des signes cliniques dans certain critères.

Conclusion de la section 3.1

Nous notons que chacune des six personnes matche dans la catégorie 1, celle que nous avons repérée pour contenir les éléments de notre première approche des shop, à savoir la procrastination, l'apragmatisme et l'aboulie. Nous les aurions classées d'emblée parmi les peshops, ce qui est maintenant confirmé.

Nous notons aussi que des événements peuvent être à l'origine d'un déclenchement de la situation de handicap : décès de la mère ; sa mère est hospitalisée, il disparaît ; elle a avorté, elle a peut-être été violée ; elle a été maltraitée par son mari, elle a été battue, elle a subi des sévices sexuels ; elle a eu de nombreuses ruptures ; il a eu dans le passé une fracture du crâne, il a une épilepsie qui est traitée ; actes de cannibalisme rapportés.

Des signes cliniques laissent apparaître des troubles de la personnalité, même si aucune maladie mentale n'est reconnue. Nous pouvons former l'hypothèse que le handicap psychique peut apparaître chez une personne vulnérable à l'occasion d'un traumatisme social.

Nous trouvons aussi des troubles évoquant une psychose : délire de persécution ; hallucinations ; logorrhée ; on l'épie, on lui en veut ; il a perdu sa mère il y a deux ans, il en parle comme si c'était hier ; mauvaise hygiène corporelle ; tenue vestimentaire très négligée ; peu habillée, elle reçoit la psychologue en nuisette ; mauvaise hygiène corporelle. Sans doute une personnalité psychotique peut-elle constituer une fragilité particulière, une prédisposition au handicap psychique. Cela évoque la psychose ordinaire des lacaniens.

Nous voyons aussi des signes qui évoquent un trouble de la personnalité : complaisance à vivre dans le conflit ; peur de la venue de squatteurs ; se réfère souvent à la Loi, aux hommes détenteurs de l'autorité ; très respectueux de la hiérarchie ; très procédurier, elle vit dans le noir ; il a une humeur très changeante ; n'a pas investi son logement ; pas vraiment installée dans son logement, elle n'a pas défait ses cartons de déménagement. Un trouble de la personnalité peut peut-être aussi provoquer une vulnérabilité particulière, notamment dans l'interaction avec l'environnement, et favoriser l'apparition d'une situation de handicap d'origine psychique.

Ces éléments pourraient être exploités pour une étude plus approfondie de la personnalité des personnes retenues dans cet échantillonnage.

Conclusion du chapitre 3

L'intervention de psychologues à domicile, dans le cadre de la Médiation logement, nous permet une observation clinique directe de la situation de handicap d'origine psychique, au plus près de son apparition, par un personnel compétent et expérimenté.

Or Plagnol et Pachoud (2016) révèlent que les références au « fonctionnement en situation réelle » se multiplient dans les différentes études sur le retentissement fonctionnel des troubles mentaux sévères. D'une manière plus générale, les situations de laboratoire pour l'élaboration de connaissances pertinentes pour la vie des personnes (*lablife gap*) est interrogée et critiquée sur le plan épistémologique ; l'intérêt se porte donc sur l'importance du contexte « écologique » (*ecological validity*). C'est ainsi que sont valorisées en psychologie les expérimentations immergeant les personnes dans des situations de *real-world* (Cohen et Conway, 2008).

Dans le champ du handicap, c'est la nécessité de préciser les effets concrets des dispositifs d'aide aux personnes en situation de handicap (*pesh*) qui a suscité l'intérêt pour le fonctionnement en situation réelle. La notion de *real-world fonctionnement* (RWF) est apparue dans l'idée de la double prise en compte de la personne et de son environnement ; le recueil d'éléments « objectifs » d'évaluation concernant la personne se double ainsi d'une observation in vivo des relations subjectives et aussi de l'interaction dynamique de la *pesh* et de son environnement.

En pratique, dans l'abord des RWF, trois pôles sont concernés : les tâches de la vie quotidienne et la gestion du logement ; le fonctionnement social et communautaire ; la formation et l'insertion professionnelle. Nous notons cependant que

« De multiples outils ont été construits pour évaluer directement le fonctionnement en situation réelle. À notre connaissance, il n'existe pas actuellement de gold standard abordant simultanément toutes les dimensions du RWF. » (Plagnol et Pachoud, 2016, p. 203).

Nous avons, nous aussi, pris en compte le fonctionnement quotidien en situation réelle des *peshops*, mais sans avoir à immerger celles-ci dans une situation réelle, puisque c'est dans celle-ci que nous les rencontrons. Nous les avons observées au quotidien dans un des trois domaines concernés, à savoir le logement et le fonctionnement au quotidien.

Nous avons pu reprendre les six vignettes cliniques sélectionnées et les lire au travers de la grille clinique que nous avons élaborée.

Nous avons pu constater que les personnes décrites sont bien en situation de handicap d'origine psychique alors qu'elles n'ont ni pathologie psychiatrique avérée, ni soins psychiatriques en cours.

Nous avons pu ainsi objectiver que des *peshops* peuvent être repérées à leur domicile du fait de la mise en œuvre d'un accompagnement spécifique dans le cadre de la médiation logement.

Nous pouvons maintenant nous interroger sur ce qui se serait passé pour elles s'il n'y avait pas eu cette intervention d'une psychologue à leur domicile, mais plus encore, sur le fait qu'il doit exister de nombreux cas de ce genre sur le territoire national qui ne sont pas révélés faute d'un dispositif ad hoc.

4. Un syndrome à l'origine du handicap psychique

À l'encontre d'une représentation commune du handicap psychique comme conséquence sociale néfaste d'une maladie psychiatrique, nous pouvons, avec les psychologues de l'ADGESTI, considérer le handicap psychique en tant que la résultante d'une fragilité psychologique individuelle et d'un environnement hostile, ou du moins peu compréhensif vis-à-vis des manifestations d'une souffrance psychique. Leur représentation de la situation de handicap d'origine psychique permet d'appréhender les peshops comme des citoyens à part entière, acteurs de leur parcours de vie, auxquelles les psychologues apportent un soutien psychologique qui peut aller jusqu'à la mise en place d'une psychothérapie, à domicile s'il le faut. C'est sans doute le seul exemple d'une intervention de première intention de psychologues cliniciens au domicile de personnes en grande souffrance psychique, dans le déni et donc sans demande, alors qu'il est communément admis chez les psychologues qu'ils reçoivent à leur cabinet –privé ou en institution – des personnes qui viennent avec une demande.

Nous devons cette avancée à une équipe de psychologues qui interviennent à domicile ; elles vont à la rencontre de personnes en situation sociale dramatique, puisque – pour certaines - menacées d'expulsion locative. Ces psychologues cliniciennes travaillent dans le cadre d'un dispositif, expérimental depuis 2007, qui vient d'être pérennisé dix ans après. Elles sont salariées d'une association départementale qui accompagne depuis plus de trente ans des personnes en souffrance psychiques, et qui met en œuvre des dispositifs innovants pour répondre au mieux aux besoins actuels et émergents de personnes particulièrement vulnérables.

Prenant appui sur le travail des psychologues de la Médiation logement, nous avons revisité le handicap psychique, que nous appelons désormais Situation de handicap d'origine psychique (shop). Au cours de ce travail de recherche, la shop a hérité d'une nouvelle définition, laquelle ne fait pas référence à une maladie psychiatrique. La shop a aussi maintenant une grille de lecture clinique qui permet de poser un diagnostic en amont de toute démarche de reconnaissance d'un handicap par une MDPH et – surtout - de toute évolution morbide vers une éventuelle pathologie psychiatrique.

L'expérience nous montre que les Personnes en situation de handicap d'origine psychique (peshops) que les psychologues ont rencontrées avaient une vie normale avant qu'un évènement personnel et/ou social vienne gravement les perturber. Un accident social révèle ainsi une fragilité insoupçonnée. Une telle fragilité a été décrite pour la première fois par Freud (1900) sous la métaphore du cristal :

« Si nous jetons un cristal par terre, il se brise, mais pas n'importe comment, il se casse suivant ses directions de clivage en des morceaux dont la délimitation, bien qu'invisible, était cependant déterminée à l'avance par la structure du cristal. Des structures fêlées et fissurées de ce genre, c'est aussi ce que sont les malades mentaux. »

Nous apprenons aussi que, suite à ce traumatisme personnel ou social, les personnes se dégradent lentement. Lorsque les psychologues interviennent, ces personnes peuvent être, pour certaines, proches d'une décompensation psychotique.

Nous avons vu qu'une intervention de formation élémentaire en psychopathologie des gardiens d'immeuble a suffi à ce que les interventions des cliniciennes soient plus précoces, les signes cliniques les plus flagrants pouvant alerter le bailleur avant que la situation sociale ou personnelle ne soit trop dégradée.

Aussi, nous pouvons penser qu'il devrait être possible de repérer les premières manifestations de cette fragilité psychique dès leur apparition, au moment de la constitution de ce que nous considérons être un syndrome, au sens d'un ensemble de signes cliniques concomitants et concordants, et que nous nommons *Syndrome incapacitant discret d'origine psychique* (sidop). Les signes cliniques de ce syndrome sont ceux de notre grille clinique, mais moins nombreux et moins bruyants ; un questionnaire clinique plus précis devrait pouvoir être élaboré.

Il serait dès lors utile qu'une équipe mobile puisse être saisie pour une intervention très précoce, dès le soupçon d'un sidop, pour confirmer ou infirmer le diagnostic, et alors mettre en œuvre, si nécessaire, un accompagnement psychologique et social de la personne au bord de la décompensation.

Nous avons indiqué, dans la première partie, au chapitre deux, l'idée de la création d'équipe spécialisée d'évaluation du handicap psychique (ESEHP). Cette équipe, dotée d'un questionnaire clinique précis, pourrait avoir en son sein ce dispositif d'intervention rapide de diagnostic et de premiers soins psychologiques.

Conclusion du chapitre 3

Ce chapitre nous a permis de reprendre les six vignettes cliniques que nous avons retenues dans la deuxième partie. Nous rappelons que ces personnes ne sont pas malades mentales, qu'elles sont sans diagnostic d'une quelconque pathologie mentale et sans aucun traitement psychotrope.

Nous avons élaboré une grille clinique caractérisant la shop et nous avons soumis les éléments rapportés par les psychologues à celle-ci. Nous remarquons que toutes les personnes matchent dans plusieurs des onze critères retenus. La grille utilisée ayant été construite d'après des éléments convergents de sources diverses décrivant le handicap psychique, ceci nous paraît suffisant pour indiquer que ces personnes sont bien en situation de handicap d'origine psychique (peshops). De plus, nous avons hiérarchisé notre grille en fonction de critères qui nous ont paru comme les plus représentatifs de la shop d'après les diverses descriptions, et nous avons noté que les personnes matchent toutes dans les premiers critères, ce qui nous conforte dans l'idée qu'il s'agit bien d'une shop et non de signes cliniques associés d'un autre handicap.

Nous notons que certaines personnes matchent à de nombreuses reprises dans certains critères, et qu'il serait donc sans doute possible de caractériser plusieurs types de shops.

Nous avons ainsi montré qu'il existe des personnes handicapées psychiques dont la situation de handicap n'a pas pour origine une maladie mentale. Nous rappelons que ces six vignettes cliniques sont des illustrations des dizaines de cas rencontrés dans le cas de la Médiation logement depuis plusieurs années. Il ne s'agit donc pas de cas isolés, mais d'exemples de ce que les psychologues de ce service rencontrent au quotidien.

À partir de ces éléments, nous estimons qu'il devrait être possible de repérer, dès leur apparition, les signes d'une fragilité particulière qui, sans intervention, se dégradera sans doute en shop. Ainsi, le diagnostic du *Syndrome incapacitant discret d'origine psychique* (sidop) pourrait-il être établi par une équipe mobile (EM) au moyen d'un questionnaire clinique à élaborer à partir de notre grille clinique ; cette équipe mobile pourrait être intégrée dans une équipe d'évaluation du handicap psychique (ESEHP) départementale, et assurer un accompagnement psychologique et social précoce.

Conclusion de la troisième partie

Dans cette troisième partie nous avons produit une définition du handicap psychique qui ne fait pas référence à une quelconque maladie mentale. Nous sommes allés rechercher des définitions du handicap psychique, et nous en avons trouvé quatre qui ne faisaient pas référence à la maladie mentale. Nous avons ensuite proposé une définition qui rassemble les idées émises par les trois que nous avons retenues.

Puis nous avons repris les nombreuses descriptions des manifestations du handicap psychique, dans différents supports, et, à partir de celles-ci, nous avons construit un tableau clinique de la situation de handicap d'origine psychique (shop).

Nous avons alors repris les vignettes cliniques rassemblées dans la deuxième partie de cette recherche, et nous les avons confrontées à notre grille de lecture clinique ; nous avons montré que ce qui était rapporté par les psychologues montrait qu'il s'agissait bien de personnes en situation de handicap psychique (peshop), alors qu'aucun diagnostic médical n'avait été établi.

Nous avons ainsi été confortés dans notre idée que le handicap psychique, vu comme la conséquence d'une maladie mentale, n'est qu'une des formes de la situation de handicap d'origine psychique. Nous avons donc bien identifié des shops sans faire référence à une quelconque maladie mentale.

Cependant, nous nous sommes intéressés, dans cette recherche, aux peshops, c'est-à-dire aux personnes qui sont déjà dans une situation de handicap. Nous avons indiqué une possible fragilité psychique de ces personnes, et nous avons évoqué ce qui pourrait être des signes avant-coureurs de la situation de handicap. En effet, lors de notre description du dispositif Médiation logement, nous avons indiqué l'étonnement que des situations de handicap si lourdes n'aient pas été vues plus en amont et que la question s'était alors posée d'une action de repérage de signes cliniques par les agents de proximité, à savoir les gardiens d'immeubles, pour lesquels une première formation en psychopathologie a donc été mise en place. Nous pouvons donc, maintenant, nous interroger, à partir de notre grille de lecture clinique, sur la possibilité de découvrir assez précocement des moments d'expression d'une certaine fragilité psychique qui pourrait, sans intervention, faire basculer la personne dans une shop.

À l'écoute des proches des peshops, des professionnels et des personnes concernées elles-mêmes, nous avons obtenu des témoignages que, la plupart du temps, la situation de handicap s'est installée progressivement et que des signes prodromiques étaient passés inaperçus.

Nous pensons donc que notre grille de lecture clinique pourrait être utilisée pour construire un questionnaire clinique afin de détecter un cumul progressif de signes cliniques qui conduiraient, à partir d'un certain niveau, à considérer que la personne présente un Syndrome incapacitant discret d'origine psychique (sidop) qui, sans intervention préventive, pourrait conduire à une shop.

Nous avons donc proposé l'utilisation de ce questionnaire clinique par une équipe mobile issue d'une ESEHP pour établir précocement le diagnostic d'un sidop et mettre en œuvre des premiers soins psychologiques d'urgence.

Conclusion

Comme nous l'avons évoqué en introduction, les grecs anciens se posaient la question de savoir si la folie était du registre de la médecine ou de la philosophie. La question se poursuit aujourd'hui concernant le handicap psychique, de savoir s'il ressort de la médecine ou de la psychologie. Nous avons montré que nous pouvons laisser la maladie mentale à la psychiatrie et confier la situation de handicap d'origine psychique aux psychologues. En effet, notre recherche a permis de mettre en exergue le travail quotidien de psychologues cliniciens au domicile de personnes en grande détresse sociale et psychologique alors qu'aucun diagnostic ni suivi médical n'était mis en place. Tout comme Clémenceau disait que la guerre était une chose trop grave pour la confier à des militaires, nous pensons que le handicap psychique est une affaire trop sérieuse pour la confier aux médecins.

Dans une première partie, nous avons retrouvé l'origine du terme « handicap », dans ses différentes acceptions, notamment en France depuis la deuxième guerre mondiale. Nous avons pu examiner le secteur du handicap à partir de ses instances institutionnelles, puis nous avons zoomé sur cette particularité française qu'est le handicap psychique. Nous avons montré la connexion de ce champ avec celui de la maladie mentale duquel nous l'avons différencié.

Dans la deuxième partie, nous avons découvert des personnes en situation sociale extrême du fait d'un risque d'expulsion locative. Parmi elles, nous sommes allés à la rencontre de personnes qui se trouvent de fait dans le champ du handicap psychique et n'appartiennent pas à celui de la maladie mentale, prouvant ainsi la distinction entre ces deux champs. Ces personnes sont abordées par des psychologues cliniciennes qui interviennent à domicile dans un dispositif expérimental qui vient de se pérenniser, la Médiation logement. Nous avons décrit le travail particulier de ces psychologues ainsi que le contexte de leur intervention.

Dans la troisième partie, nous avons défini le handicap psychique, ou plutôt la situation de handicap d'origine psychique (shop), sans faire référence à une quelconque pathologie psychiatrique. Nous avons montré qu'une personne en situation de handicap d'origine psychique (peshop) pouvait ne pas être malade mentale. Nous avons décrit l'ensemble des signes cliniques caractérisant la shop, et nous en avons déduit comme origine à cette situation un syndrome incapacitant discret d'origine psychique (sidop). Nous avons alors préconisé la mise en place d'équipes mobiles pour faire le diagnostic précoce de sidop et la mise en œuvre d'un accompagnement psychologique rapide de proximité.

Nous avons pu voir que la mise en place d'une formation initiale de gardiens d'immeubles à la psychopathologie avait eu des effets sur le dépistage des shops : ils interviennent dès l'apparition des premiers signes cliniques d'une souffrance psychique et évitent l'enkystement des situations sociales. Nous avons aussi indiqué que cette action précoce et pédagogique vis-à-vis de l'entourage pouvait conduire à une meilleure tolérance de l'environnement quant à la manifestation de troubles psychiques et donc à réduire les processus de production du handicap (PPH).

Nous pensons que ce type de formation pourrait être proposé à toutes les personnes qui sont en contact avec le public, à savoir toutes celles qui, à un guichet, peuvent avoir affaire à des peshops, qu'il s'agisse d'organismes

publics ou privés, mais aussi de tous les agents des services publics et de tous les cadres des entreprises. Il serait salubre que la souffrance psychique puisse être traitée dès son apparition, dès qu'une personne se trouve en difficulté de par son comportement du fait d'une shop. Le regard des enseignants, des policiers, des juges, de toute personne ayant autorité, serait sans doute plus bienveillant envers les peshops s'ils avaient conscience de leurs difficultés à vivre au quotidien.

Bien que nous n'ayons abordé dans cette recherche que le cas de peshops adultes, nous ne devons pas ignorer que les enfants, les adolescents et les personnes âgées sont aussi concernées par les shops. Les signes cliniques du sidop sont à rechercher dans toute la population sans exception.

La population française est invitée à se former aux Premiers secours (PSC1)⁸⁰ afin de pouvoir intervenir efficacement en cas d'accident dans l'attente des secours publics. Pour les secouristes, il existe, depuis 2011, à l'initiative de l'OMS, une formation aux Premiers secours psychologiques (PSP)⁸¹, pour qu'ils sachent intervenir en cas de catastrophe auprès du public traumatisé.

Nous préconisons quant à nous une formation aux Premiers soins en santé mentale (PSSM) pour que chacun sache s'y prendre avec une personne en détresse psychique. Cette formation existe au Canada⁸², et elle devrait commencer à se mettre en place en France dans les mois qui viennent :

« Les premiers soins en santé mentale (PSSM) sont l'aide apportée aux personnes qui commencent à manifester un problème de santé mentale ou qui traversent une crise psychologique. Tout comme les premiers soins apportés en cas de blessures physiques, les premiers soins en santé mentale sont prodigués jusqu'à ce qu'un traitement approprié soit offert ou jusqu'à ce que la crise se résorbe.

Le programme de PSSM Canada vise à améliorer les connaissances en santé mentale et à donner aux personnes qui le suivent les compétences et les connaissances nécessaires pour mieux gérer des problèmes associés à la santé mentale qui pourraient se présenter ou qui commencent à se manifester chez elles, chez un membre de leur famille, un ami ou un collègue. ».

En aval de cette première intervention citoyenne, il conviendra qu'une équipe mobile spécialisée prenne le relais si nécessaire. Ce pourra être le rôle des ESEHP dont nous avons parlé dans la première partie de cette recherche.

Nous avons aussi indiqué dans la troisième partie qu'au sein de cette ESEHP une équipe mobile pourra aussi être chargée de faire le diagnostic de sidops. Nous avons vu qu'à l'ADGESTI des binômes se sont formés, d'un psychologue et d'un travailleur social, pour des accompagnements à domicile dans le cadre de l'AVDL et aussi dans la formation. Ce binôme d'un théoricien-praticien de la psychologie et d'un travailleur social de terrain montre toute sa pertinence pour apporter à un large public tous les éléments de psychopathologie pour un repérage précoce des shops et donc la prise en compte des difficultés singulières des peshops.

⁸⁰ <http://www.secourisme-pratique.com/pages/format/fiches/psc1.htm>

⁸¹ http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2011/humanitarian_relief_20110819/fr/

⁸² <http://www.mentalhealthcommission.ca/Francais/focus-areas/premier-soins-en-sante-mentale>

Concernant la *Médiation logement*, la question pourrait se poser de la légitimité d'une intrusion du psychologue au domicile de personnes sans demande. Cependant, nous constatons sur le terrain des drames concernant des personnes expulsées de leur logement, perdant tout d'un coup tous leur mobilier, leurs documents et souvenirs qui partent à la déchèterie sur commandement d'un huissier.

Certaines personnes ne partagent tellement pas notre réalité qu'elles sont dans l'incapacité de prévoir, voire de croire, aux conséquences de leur inaction, de leur non-réaction. N'ayant pas conscience de leurs difficultés, elles n'ont pas idée de faire appel à qui que soit. Ou alors, leur comportement bizarre a amené les personnes bienveillantes à renoncer à les aider. Si nous n'allons au-devant de ces personnes particulièrement vulnérables, elles risquent de se retrouver à la rue, d'être la proie de personnes mal intentionnées, d'être exposées à la maltraitance psychique et physique, d'être dépouillées de tous leurs biens, d'être soumises à la consommation de drogues, d'être sexuellement abusées, contraintes à la prostitution, de se dégrader physiquement très rapidement, voire de décéder à court terme (l'espérance de vie en France est de 80 ans, de 46 ans dans la rue). Aller au-devant de ces personnes c'est leur donner – souvent – la possibilité de retrouver une vie quotidienne apparemment normale.

Une sociologue travaillant au SAMU Social de Paris indiquait récemment que les équipes de maraude se posent régulièrement la question de leur insistance à proposer leur aide aux personnes à la rue. Le témoignage de certaines d'entre elles, qui ont fini par quitter la rue et accepter de prendre soin d'elles, indique que, même si les personnes à la rue manifestent leur souhait qu'on les laisse en paix, certaines attendent le passage régulier de l'équipe de maraude, et que cette sollicitude les aide à se considérer comme des êtres humains dignes de respect.

Ainsi, même si une peshop ne manifeste aucune demande, les psychologues s'autorisent à aller à leur rencontre, quitte à insister pour se faire ouvrir la porte de leur logement, parce qu'ils ont la conviction que, la plupart du temps, la personne concernée finira par accepter l'aide proposée. Il y a bien sûr des refus (environ 10%), mais cela indique a contrario qu'il leur est toujours possible de refuser qu'on les approche. Il y a aussi des échecs (encore environ 10 %), la personne disparaissant (nous l'avons vu dans une vignette clinique) ou refusant la poursuite de l'accompagnement. Mais cela fait quand même plusieurs dizaines de personnes qui ont été secourues par les psychologues sur une seule agglomération. Élément intéressant, l'Agence régionale de santé a pu mesurer que, sur le quartier défavorisé sur lequel la psychologue intervient depuis dix ans, le nombre d'hospitalisations sous contrainte en psychiatrie a nettement diminué et est inférieur à celui des quartiers voisins.

Il n'est pas encore possible de mesurer l'impact des récentes formations en psychopathologie données aux gardiens d'immeuble. On peut cependant remarquer que les cas présentés dans les différentes plateformes de médiation logement sont de moins en moins graves, que les situations sont beaucoup moins enkystées que dans les débuts des dispositifs, que le bailleur réagit beaucoup plus précocement à l'apparition de comportements bizarres.

Il semble aussi que les réunions des plateformes de médiation logement permettent une acculturation des participants aux troubles psychologiques, et donc une dédramatisation des situations qui étaient parfois présentées comme catastrophiques.

Il existe bien sûr encore des cas inextricables, ou ni l'ADGESTI ni l'EPSM ne parviennent à empêcher une intervention brutale des pouvoirs publics. La réflexion se poursuit pour inventer d'autres formes de logement pour des personnes dont le comportement n'est pas acceptable par le voisinage.

Même si Chapireau (2014) indique que le handicap psychique est une « construction sociale d'un nouveau trouble spécifiquement français », que « cette nouvelle notion française » est « difficile à traduire dans une langue étrangère », la situation de handicap d'origine psychique est bien une réalité quotidienne à laquelle sont confrontées les psychologues qui interviennent à domicile.

La recherche concernant le handicap psychique semble encore timide, notamment en psychologie. Hardy-Baylé (2015) a produit un rapport qui a suscité un grand intérêt parmi les acteurs du handicap psychique ; cependant nous remarquons, encore une fois, que le handicap psychique s'entend comme « sous tendu par un trouble schizophrénique ».

Une « plateforme collaborative de recherche en santé mentale et handicap psychique » s'est mise en place en 2015 en Île-de-France. Sous l'égide de l'Agence régionale de santé, elle est pilotée par l'établissement public de santé mentale de Ville-Évrard qui en est à l'initiative⁸³. Parmi les thèmes appelés à faire l'objet de recherches, nous retenons que les dispositifs d'accueil, d'information, d'évaluation et d'orientation sont cités.

Plus récemment, le 2 décembre 2016, le Comité interministériel du handicap (CIH) a déterminé quatorze actions prioritaires pour accompagner l'autonomie des personnes handicapées. Parmi elles figure : « Mieux prendre en compte le handicap psychique ».

Ainsi, douze ans après la loi sur le handicap qui a vu apparaître au-devant de la scène le handicap psychique, nous pouvons constater que celui-ci fait encore l'objet d'une attention de la part des chercheurs et des institutionnels.

Le chantier n'est donc pas clos.

⁸³ <http://www.eps-ville-evrard.fr/enseignement-recherche/recherche-handicap-psychique-ursm-hp/>

Bibliographie

Association Française de Psychiatrie ; Comité d'Action Syndical de la Psychiatrie ; Conférence nationale des Présidents ; Fédération d'aide à la Santé Mentale Croix-Marine ; Fédération Nationale des associations d'(EX) Patients-Psy ; Fédération Française de Psychiatrie ; Ligue Française pour la Santé Mentale ; UNAFAM. 2001. *Le Livre Blanc des partenaires de Santé Mentale France, pour une association d'usagers de la psychiatrie, de soignants et de responsables de social dans la cité*, Paris, Éditions de Santé.

BAILLON, G. 2009. *Les usagers au secours de la psychiatrie. La parole retrouvée*, Paris, érès.

BAPTISTE, R. 2005. *Reconnaitre le handicap psychique ; développer et améliorer la réinsertion sociale et professionnelle*, Paris, Chronique sociale.

BÉLIARD, A. ; EIDELIMAN, J.-S. 2009. Aux frontières du handicap psychique: genèse et usage des catégories médico-administratives, *Revue française des affaires sociales*, N° 162, p. 99-116.

BELIO, C. 2012. *Handicap, cognition et représentations*, Bordeaux, Université Bordeaux Segalen.

BLOCH-LAINÉ, F. 1969. *Étude du problème général de l'inadaptation des personnes handicapées*, Paris, La Documentation française.

BLUM, R. ; BORGERSON, K. 2011. Evidence-based medicine, in F. Gifford, *Handbook of the Philosophy of Science*, vol. 16, *Philosophy of Medicine*, London, Elsevier, p. 203-238.

BOUCHERAT-HUE, V. ; PERETTI, P. 2012. Du handicap revisité au handicap psychique : un nouveau concept qui pourrait bien faire date ?, *Annales Médico-Psychologiques*, 170(9).

BOUCHERAT-HUE, V. 2012. Le « péripsychotique » dans les cliniques interstitielles de l'excitation et de l'inhibition somato-psychique, *Recherches en psychanalyse*, n° 13, p. 32-42.

BOUCHERAT-HUE, V. 2013. « Du difforme au modelage de l'informe. Le travail du contre-transfert corporel dans la cure d'un jeune homme "péripsychotique" souffrant d'un handicap "somato-psychique" », *Champ psychosomatique*, « Le corps de l'analyste », n° 63, p. 75-88.

BOUCHERAT-HUE, V. 2016. Introduction. Pour une approche « somato-psychique » du handicap en psychiatrie, dans V. Boucherat-Hue, D. Leguay, B. Pachoud, A. Plagnol et F. Weber, *Handicap psychique : question vives*, Toulouse, érès, p. 315-324.

BOUCHERAT-HUE, V. ; FRÈRE ARTINIAN, C. 2016. Handicap et troubles névrotiques. L'expérience sensorielle de la « (re)médiation corpo-psycho-physique », dans V. Boucherat-Hue, D. Leguay, B. Pachoud, A. Plagnol et F. Weber, *Handicap psychique : question vives*, Toulouse, érès, p. 351-365.

BOULON, Y. ; GAYTON, R. 2009. L'évaluation du handicap d'origine psychique et des besoins de compensation. Présentation d'une expérimentation des ESEHP. R. Gayton et Y. Boulon, dans J. Delbeck et F. Weber (coordonné par), *Handicap psychique et vie quotidienne*, La Documentation française, Revue française des affaires sociales.

BOULON, Y. ; DESCHAMP, V. 2009. Situation de handicap psychique, de l'évaluation à la compensation, expérimentation des ESEHP (équipes spécialisées d'évaluation du handicap psychique), dans Galaxie, CNSA, *Rapport d'étude*, www.reseau-galaxie.fr

BOWIE, C.R. ; REICHENBERG, A. ; PATTERSON T.L. ; HEATON R.K. ; HARVEY, P.D. 2006. Determinants of real-world functional performance in schizophrenia subjects: Correlation with cognition, functional capacity, and symptoms, <http://dx.doi.org/10.1176/appi.ajp.163.3.418>

BROSSARD, B. ; WEBER, F. 2016. « Folie » et société : ce qu'apporte et ce que manque la question du handicap, dans V. Boucherat-Hue, D. Leguay, B. Pachoud, A. Plagnol et F. Weber, *Handicap psychique : question vives*, Toulouse, érès p. 173-191.

BUTEL, M.-C. 2012. *Rapport de l'Atelier consacré à la politique d'hébergement et d'accès au logement, pour un choc de solidarité en faveur des sans-abri et des mal-logés*, Conférence nationale contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale des 10 et 11 décembre 2012, mission confiée par madame Cécile DUFLOT, ministre de l'égalité des territoires et du logement à Alain RÉGNIER et Christophe LAMBERT.

CASELLAS-MÉNIÈRE, M.-F. 2006. La prestation de compensation appliquée au handicap psychique, UNAFAM, Dossier MDPH, *Un autre regard*, Revue de liaison trimestrielle de l'UNAFAM, n° 2-2006.

CASTEL, R. 1981. *La gestion des risques : de l'antipsychiatrie à l'après psychanalyse*, Paris, Les Éditions de Minuit.

CASTEL, R. 1995. *Les métamorphoses de la question sociale, une chronique du salariat*, Paris, Fayard.

CHAPIREAU, F. 2014. *Le handicap psychique : la construction sociale d'un nouveau trouble spécifiquement français*, Socio-logos [En ligne], 9 | 2014, mis en ligne le 17 avril 2014, consulté le 04 novembre 2016. URL : <http://socio-logos.revues.org/2824>

CNSA. 2013. *Guide des éligibilités pour les décisions prises dans les Maisons départementales pour les personnes handicapées*, www.cnsa.fr

COHEN, G. ; CONWAY, M. A. 2008. *Memory in the Real World*, New York Psychology Press.

Collège National des Universitaires en Psychiatrie (CNUP) ; Association pour l'Enseignement de la Sémiologie Psychiatrique (AESP) ; Collège National Universitaires des Enseignants en Addictologie (CUNEA). 2014. *Référentiel de Psychiatrie et addictologie. Psychiatrie de l'adulte. Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. Addictologie*, Tours, Presses Universitaires François Rabelais.

DAVIDSON, L. ; ROWE, M., TONDORA, J., O'CONNELL, M.J. ; LAWLESS, M.S. 2008. *A Practical Guide to Recovery-Oriented Practice: Tools for Transforming mental Health Care*, Oxford University Press.

DEMAILLY, L. 2012. « La santé mentale », *Actualités Sociales hebdomadaires*, n° 2778, p. 32.

DELEU, G. 2012. *Où nous mène la Réhabilitation Psychiatrique*, Bruxelles, Socrate.

Direction recherche, études, évaluation et statistiques (Drees). 2010. *Enquête handicap santé, 2008-2009*. www.drees.sante.gouv.fr/les-enquetes-handicap-sante,4267.html

EMERSON, R. M. ; MESSINGER, S. L. 1977. The micro-politics of trouble, *Social Problems*, vol. 25, n° 2, p. 121-134.

ESPING-ANDERSEN, G. 1990. *Les trois mondes de l'État-providence*, Paris, Presses Universitaires de France.

FALISSARD, B. 2016. Commentaire. Handicap et maladie mentale : histoire d'une tension qui n'a pas encore trouvé de résolution, dans V. Boucherat-Hue, D. Leguay, B. Pachoud, A. Plagnol et F. Weber, *Handicap psychique : question vives*, p. 87-89, Toulouse, érès.

FÈVRE, É. 2011. *Apprendre à lire avec Maria Montessori. L'enseignement de la correspondance grapho-phonologique en français et en anglais*, Berlin, Éditions Universitaires Européennes, ISBN 978-613-1-55989-1.

FOUCHER, J.-R. (2008). L'approche de la schizophrénie par la neuropsychologie cognitive. *Document non publié*.

FOUGEYROLLAS, P. 1986. Processus de production du handicap et lutte pour l'autonomie des personnes handicapées, *Anthropologie et Sociétés*, vol. 10, n° 2 p. 183-186, URI : <http://id.eudit.org/iderudit/OO6357ar>

FOUGEYROLLAS, P. 1998. « Réseau international sur le processus de production de handicap », *Classification québécoise – Processus de production du handicap*, Lac Saint-Charles, Québec, RIPPH-SCCIDIH.

FREUD, S. 1900. L'interprétation de rêves, Paris PUF (2005), ([ISBN 2-13-052950-X](https://www.puf.com/fr/ouvrage/freud-sigmund/l-interpretation-de-reves))

FULFORD, K. ; CAROLL, H. ; PEILE, E. 2011. « Values-based practice: linking science with people », *Journal of Contemporary Psychotherapy*, n° 41, p. 45-56.

GALAXIE ; CNSA. 2009. *Situation de handicap psychique, De l'évaluation à la compensation, Expérimentation des ESEHP (Équipes Spécialisées d'Évaluation du Handicap Psychique)*, Rapport d'étude. www.reseau-galaxie.fr

GIORDANO, G. 2016. Le handicap psychique des adultes à l'épreuve de l'action publique, dans V. Boucherat-Hue, D. Leguay, B. Pachoud, A. Plagnol et F. Weber, *Handicap psychique : question vives*, Toulouse, érès, p. 29-44.

GIRAUD-BARO, É. 2016. Handicap psychique : les soins de santé. La réhabilitation psychosociale dans son versant sanitaire, dans V. Boucherat-Hue, D. Leguay, B. Pachoud, A. Plagnol et F. Weber, *Handicap psychique : question vives*, Toulouse, érès, p. 247-257.

GREACEN, T. 2016. Commentaire. Au-delà du handicap psychique : le rétablissement et la valorisation des acquis de l'expérience de la maladie psychique, dans V. Boucherat-Hue, D. Leguay, B. Pachoud, A. Plagnol et F. Weber. *Handicap psychique : question vives*, Toulouse, érès.

HAMONET, C. 2010. *Les personnes en situation de handicap*, Paris, PUF, Que sais-je ?

HENCKES, N. 2009. « Les psychiatres et le handicap psychique. De l'après-guerre aux années 1980 », *Revue française des affaires sociales*, vol. 1, n° 1-2, p. 25-40.

HENCKES, N. 2011. *La politique du handicap psychique, familles, psychiatres et État face à la chronicité des maladies mentales, des années 1960 aux années 1980*, rapport DREES/MIRE.

Inspection Générale des Affaires Sociales. 2011. *La prise en charge du handicap psychique*, Rapport tome 1, s, RM2011-133P.

JACOBSON, N. : GREENLEY, D. 2001. What is recovery? A conceptual model and explication, *Psychiatric Services*, vol. 52, n° 4, p. 482-485.

JAEGER, M. (sous la direction de) 2003. *Guide de la législation en droit social*, Paris, Dunod.

HANSSON, 1996. Sectorised services outcome research, dans H.C. Knudsen H.C et G., Thornicroft, *Mental health service evaluation*, p. 197-212, Cambridge, Cambridge University Press.

HAXAIRE, C. 2010. Médecine magique, médecine rationnelle, dans MOUILLIE Jean-Marc, LEFÈVRE Céline, VISIER Laurent (sous la direction de), *Médecine et sciences humaines, manuel pour les études médicales*, Paris, Les belles lettres, collection Médecine et sciences humaines, p. 27 – 37.

LACAN, J. 1959. L'éthique de la psychanalyse, texte établi par Jacques-Alain MILLER (1986), *L'éthique de la psychanalyse, le séminaire livre VII*, Paris, Seuil.

LACAN, J. 1966. Le temps logique et l'assertion de certitude anticipée, un nouveau sophisme, in *Écrits*, Paris, Éditions du Seuil, p. 197-213.

LAUSSINOTTE, S. 1994. *L'Expulsion : De la reconnaissance du droit au logement à la réalité des sans-logis*, Paris, TSA Éditions.

LENOIR, R. 1974. *Les exclus. Un français sur dix*, Paris, Seuil.

LE ROY-HATALA, C. 2009. Les handicaps psychiques : un nouvel enjeu pour les entreprises ou une nouvelle façon de traiter un problème ancien ?, dans BEULNÉ Thierry, ZRIBI Gérard (sous la direction de), *Les handicaps psychiques, Concepts, approches, pratiques*, Rennes, Presses de l'EHESP, p. 107-115

LELIÈVRE, J. 2005. *L'enfant inefficient intellectuel*, Bréal, Amphi psychologie.

LIBERMAN, R. P. 2008. *Recovery from Disability: Manual of Psychiatric Rehabilitation*, American Psychiatric Pub.

LIBERMAN, R. 2011. *Handicap et maladie mentale*, Paris, PUF, Que sais-je ?

MECHANIC, D. 1999. *Mental health and social policy: The emergence of managed care*, 4th Edition, Boston: Allyn & Bacon.

MOREAU, D. 2010. Que fait-on quand on nomme ? Le handicap psychique face aux figures de la "folie" et de la maladie mentale, *Annales médico-psychologiques*, vol. 168, n° 10, p. 770-772.

OETH ; Vivre Émergence. 2011. *Handicap psychique et emploi, si on en parlait*.

https://www.defi-metiers.fr/sites/default/files/users/379/oeth_-_handicap_psychique_et_emploi.pdf

PACHOUD, B. ; PLAGNOL, A. 2016. La perspective du rétablissement : sortir du handicap psychique plutôt qu'en attendre la compensation, dans V. Boucherat-Hue, D. Leguay, B. Pachoud, A. Plagnol et F. Weber, *Handicap psychique : question vives*, Toulouse, érès, p. 103-123.

PEINTRE, C. 2010. Quels services d'accompagnement pour les personnes en situation de handicap d'origine psychique ? Cedias, musée social, CREAHI Île-de-France, DREES-MiRe et CNSA, en collaboration avec la DGAS, le GIS-IRESP et l'UNAFAM, *Programme de recherche 2008 « Handicap psychique, autonomie, vie sociale », Rapport partiel*.

PEINTRE, C. 2010. Quels services d'accompagnement pour les personnes en situation de handicap d'origine psychique ? Cedias, musée social, CEAHI Île-de-France, DREES-MiRe et CNSA, en collaboration avec la DGAS, le GIS-IRESP et l'UNAFAM, *Programme de recherche 2008 « Handicap psychique, autonomie, vie sociale », Résumé.*

PIVIN, M. 2006. Une réponse aux attentes des personnes handicapées psychiques ?, UNAFAM, Dossier MDPH, *Un autre regard*, Revue de liaison trimestrielle de l'UNAFAM, N° 2-2006.

PLAGNOL, A. ; PACHOUD, B. 2016. Capacité fonctionnelle et fonctionnement en situation réelle, dans V. Boucherat-Hue, D. Leguay, B. Pachoud, A. Plagnol et F. Weber, *Handicap psychique : question vives*, p. 193-214, Toulouse, érès.

PROUTEAU, A. ; KOLECK, M. ; BELIO, C. ; BONILLA-GUERRERO, J. ; DAYRE, E., DESTAILLATS, J.-M. ; MAZAUX, J.-M. 2016. Appréhender les situations de handicap psychique ; intérêts et limites des méthodes d'évaluation, dans V. Boucherat-Hue, D. Leguay, B. Pachoud, A. Plagnol et F. Weber, *Handicap psychique : question vives*, Toulouse, érès, p. 125-142.

RAPOPORT, J.L.; INOFF-GERMAIN, G. 2000. Update on childhood-onset schizophrenia. *Current Psychiatry Reports*, 2 (5): p. 410-415.

REY, A. (sous la direction de) 2016. *Dictionnaire Historique de la langue française*, Paris, Le Robert.

REY, A ; REY-DEBOVE, J. (sous la direction de) 2014. *Le Petit Robert*, Paris, Le Robert.

RIDWAY, P. 2001. « Restorying psychiatric disability: learning from first person recovery narratives », *Psychiatric rehabilitation Journal*, vol. 24, n° 4, p. 335.

ROE, D. ; KRAVETZ, S. 2003. Different ways of being aware of a psychiatric disability: a multifunctional narrative approach to insight into mental disorder, *The Journal of Nervous and Mental Disease*, vol. 191, n° 7, p. 417-424.

ROMAN, D. (sous la direction de). 2012. *Les droits sociaux, entre droits de l'homme et politiques sociales. Quels titulaires pour quels droits ?*, Paris, LGDJ.

RÖSSLER, W. ; SALIZE, H.J. ; van OS, J. ; RIECHER-RÖSSLER, A. (2005). Size of burden of schizophrenia and psychotic disorders. *European Neuropsychopharmacology*, 15, p. 399-409.

ROUSSEL, P. ; VELCHE, D. 2011. « La participation sociale des personnes présentant un handicap psychique : effet de rhétorique ou perspective nouvelle », rapport IRESP/EHESP.

ROUSSEL, P. ; GIORDANO, G. ; CUENOT, M. 2014. De la difficulté d'estimer le handicap psychique dans une enquête en population générale. L'exemple de l'enquête handicap-santé, *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*, n° 11, p. 184-191

SARFATY, J. 2009. Handicaps psychiques ?, dans T. Beulné, G. Zribi (sous la direction de), *Les handicaps psychiques ; Concepts, approches, pratiques*, Rennes, Presses de l'EHESP, p. 41-43.

SHEPHERD, G. ; BOARDMAN, J. ; SLADE, M. 2008. *Making Recovery a Reality*, London, Sainsbury Centre for Mental Health.

SLADE, M. 2009. *Personal recovery and Mental Illness. A guide for mental Health Professionals*, Cambridge University Press.

STIKER, H.-J. 1996. *Corps infirmes et société*, Paris, Dunod.

STIKER, H.-J. 2009. *Les métamorphoses du handicap de 1970 à nos jours. Soi-même avec les autres*, Grenoble, PUG, Collection handicap vieillissement société.

UNAFAM ; CNSA ; UNA. 2008. *L'accueil et l'accompagnement des personnes en situation de handicap psychique dans le cadre de l'application de la loi pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées*.

VAGINAY, D. 2006. *Découvrir les déficiences intellectuelles*, Lyon, érès.

VAN OS, J. 2010. Are psychiatric diagnoses of psychosis scientific useful? The case of schizophrenia, *Journal of Mental Health*, vol. 19, n° 4, p. 305-317. Doi : 10.2010.4924173109/09638237

VEIL, C. 1968. *Handicap et société*, Paris, Flammarion.

WEBER, F. 2011. *Handicap et dépendance, drames humains, enjeux politiques*, Paris, Éditions rue d'Ulm, collection du CEPREMAP.

WEBER, F. 2016. Introduction ; Mental, cognitif ou psychique ; qualifier le handicap pour qualifier sa prise en charge professionnelle, dans V. Boucherat-Hue, D. Leguay, B. Pachoud, A. Plagnol et F. Weber, *Handicap psychique : question vives*, Toulouse, érès, p. 21-27.

ZRIBI, G. 2009. Les handicaps psychiques : état des lieux et problématique, dans BEULNÉ Thierry, ZRIBI Gérard (sous la direction de), *Les handicaps psychiques, Concepts, approches, pratiques*. Rennes, Presses de l'EHESP, p. 13-23.

Table des matières

JURY	1
Résumé	2
Abstract	2
INTRODUCTION	1
PREMIERE PARTIE	6
1. Les handicaps	7
1.1 La prise en compte des handicaps	7
1.2 Le handicap	11
1.2.1. Les institutions mondiales et le handicap	13
1.2.2. Les institutions européennes et le handicap	15
1.2.3. La France du XX ^{ème} siècle et le handicap	17
1.2.4. La législation française du début du XXI ^{ème} siècle	20
1.2.5. La MDPH	23
a) Des outils pour mesurer le handicap	25
b) Les recours contre les décisions de la CDAPH	28
1.2.6. Les personnes vulnérables	30
1.2.7. Le processus de production du handicap	33
2. Le handicap psychique	38
2.1. Le handicap psychique en France	40
2.1.1. Le rapport Charzat	42
2.1.2. La CNSA	45
2.1.3. Les ESEHP	50
2.1.4. Le rapport Chossy	52
2.2. Handicap psychique et maladie mentale	54
2.2.1. Sanitaire et médicosocial	54
2.2.2. Les troubles psychiques	56
2.2.3. Le traitement de la maladie mentale	57
a) La loi de 1838	57
b) Saint-Alban	57
c) La sectorisation psychiatrique	58
d) L'antipsychiatrie	59
e) Les lois de 1975	59
f) La CIF	60
g) L'ordonnance Juppé	60
h) La charte de l'utilisateur en santé mentale	60
i) Le rapport Piel et Roelandt	61
j) Le médicosocial	61
k) La psychiatrie générale	62
l) La réadaptation	64
m) La réhabilitation psychiatrique	64
n) La réhabilitation psychosociale	64
o) Le rétablissement	65
2.2.4. La santé mentale	66
DEUXIEME PARTIE	71
1. Des personnes en difficulté dans leur logement	72
1.1. Les expulsions locatives	74
La loi ALUR	75
1.2. La protection des locataires	77
1.2.1. La politique de la ville	77
1.2.2. Le rapport Régnier	78
1.2.3. Le PDALPD	80
1.2.4. Le FSL	80
1.2.5. La loi DALO	81
1.2.6. Les associations agréées	81
1.2.7. L'AVDL	82

1.2.8. La nouvelle politique de la ville	82
1.2.9. Dix mille logements accompagnés	82
2. Des personnes en situation de handicap psychique	84
2.1. La méthodologie	84
2.2. Statistiques	85
2.3. Les vignettes cliniques.....	86
2.3.1. Vignette clinique N° 1 : Monsieur A.....	87
2.3.2. Vignette clinique N° 2 : Monsieur B.....	91
2.3.3. Vignette clinique N° 3 : Madame C	94
2.3.4. Vignette clinique N° 4 : Madame D	99
2.3.5. Vignette clinique N° 5 : Monsieur E.....	102
2.3.6. Vignette clinique N° 6 : Madame F.....	106
3. Les psychologues	109
3.1. Le contexte de la rencontre.....	110
3.2. La méthodologie d'approche des personnes concernées	113
3.2.1. La prise de renseignements	114
3.2.2. Le premier contact avec la personne concernée	114
3.2.3. La visite directe à domicile.....	115
3.3. L'action du psychologue.....	119
3.3.1. Quelques questions actuelles	121
4. La médiation logement.....	123
4.1. Naissance du dispositif Médiation logement	123
4.1.1. Le diagnostic habitant habitat	124
4.1.2. Les débuts de l'expérimentation médiation expulsion.....	125
4.1.3. Le dispositif initial de la Médiation expulsion	128
4.1.4. Les premiers constats.....	129
4.1.5. Les premières conséquences	130
4.2. L'évolution du dispositif Médiation logement	132
4.2.1. Une charte de confidentialité.....	133
4.3. Une innovation reconnue et partagée	134
4.3.1. Un premier bilan	135
4.3.2. Évolution du dispositif, les plateformes de 2015	135
4.3.3. Les nouveaux partenaires	138
4.3.4. Une nouvelle plateforme au Mans	139
4.3.5. La plateforme avortée de Mamers.....	141
4.3.6. Les futures plateformes du Mans	143
TROISIEME PARTIE.....	148
1. Définir le handicap psychique	150
1.1. La notion de handicap psychique	150
1.1.1. Une difficulté partagée	150
1.1.2. L'absence de consensus.....	151
1.1.3. Les familles	152
1.1.4. Les professionnels.....	153
1.1.5. L'ANESM	153
1.2. Les définitions	154
1.2.1. La définition de l'ADGESTI	155
1.2.2. La définition du COHPSY 72	155
1.2.3. La définition du CReHPSy Pays de la Loire.....	157
1.2.4. Une définition psychanalytique	158
1.2.5. Notre définition du handicap psychique	158
2. Caractériser le handicap psychique.....	160
2.1. SAMSAH et Médiation logement.....	161
2.2. Le rapport Charzat	166
2.3. Éléments cliniques complémentaires	169
2.3.1. La difficulté à planifier une action	169
2.3.2. La variabilité du handicap psychique	169
2.3.3. Le rapport perturbé au temps.....	170
2.3.4. Des altérations relationnelles	170

2.3.5. L'incapacité à formuler une demande	171
2.3.6. Une structure singulière de la peshop ?	171
2.3.7. La maladie psychique à l'origine du handicap	171
2.3.8. L'imprévisibilité du handicap psychique	172
2.3.9. Les difficultés dans la vie quotidienne	172
a) L'hygiène corporelle	173
b) L'entretien du logement	173
c) Les difficultés relationnelles	173
d) Les repas	174
2.3.10. Le rôle de locataire	174
2.3.11. Le contexte sociologique du travail	174
2.3.12. Les caractéristiques psychologiques du handicap psychique	175
2.3.13. D'autres caractéristiques du handicap psychique	176
2.4. Clinique psychopathologique	179
3. Reconnaître le handicap psychique	184
3.1 Reprise des vignettes cliniques	184
4. Un syndrome à l'origine du handicap psychique	192
CONCLUSION	196
BIBLIOGRAPHIE	200

RÉSUMÉ

Le handicap psychique est une expression française qui s'est imposée récemment, mais qui fait l'objet de diverses acceptions. Nous le situons dans le contexte très large des vulnérabilités et dans celui plus restreint des situations de handicap. Alors qu'il est communément admis que le handicap psychique est une conséquence sociale d'une maladie mentale, nous montrons que des personnes sont en situation de handicap d'origine psychique (shop) alors qu'elles n'ont aucune pathologie mentale avérée et qu'elles ne suivent aucun traitement psychiatrique. Pour cela, nous nous appuyons sur l'expérience d'un dispositif appelé Médiation logement ; dans ce contexte, des psychologues cliniciens vont au-devant de personnes recluses dans leur logement, ou qui manifestent des troubles du comportement ou du voisinage, et qui n'ont aucun antécédent psychiatrique. Nous montrons qu'il s'agit bien de personnes en situation de handicap d'origine psychique (peshop). Cela nous conduit à donner une nouvelle définition du handicap psychique. Puis nous proposons une grille de lecture clinique qui nous permettrait qu'une équipe mobile puisse faire un diagnostic précoce d'un syndrome incapacitant discret d'origine psychique (sidop) qui apparaît chez une personne ayant une fragilité singulière au moment où elle est confrontée à un événement traumatique personnel et/ou social.

mots-clés : handicap psychique, situation de handicap d'origine psychique, syndrome incapacitant discret d'origine psychique, exclusion sociale, logement, médiation, shop, peshop, sidop.

ABSTRACT

The *handicap psychique* (psychological handicap) is a French expression which has imposed itself recently. It is the subject of various meanings. We place it in the very broad context of vulnerabilities and in the more restricted situations of handicap. While it is commonly accepted that psychological handicap is a social consequence of a mental disease, we show that people with handicap of psychological origin (HOPO) have no proven mental disorder and do not undergo any psychiatric treatment. We rely on the experience of a plan called *Médiation logement*. In this "Housing mediation" clinical psychologists meet people who are reclusive in their homes, or who exhibit behaviour or neighbourhood disturbances. Those people have no psychiatric history and we show that they share a common feature: a discrete incapacitating syndrome of psychological origin (DISOPO). This leads us to give a new definition of psychological handicap. Then we propose a clinical reading tool that would allow a team to make an early diagnosis of this DISOPO that appears in a person with a singular fragility when faced with personal and / or social traumatic of stressful event.

keywords : handicap psychique, psychological handicap, discrete incapacitating syndrome, social exclusion, housing mediation, HOPO, DISOPO.

ENGAGEMENT DE NON PLAGIAT

Je, soussigné Éric Fèvre, déclare être pleinement conscient que le plagiat de documents ou d'une partie d'un document publiée sur toutes formes de support, y compris l'internet, constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée.

En conséquence, j'atteste avoir cité toutes les sources que j'ai utilisées pour écrire cette thèse.

signé par l'étudiant le **17 / 03 / 2017**