



Journée d'étude

Organisée par :

L'Observatoire National des pratiques en Santé Mentale et Précarité

(ONSMP-ORSPERE)

Sous l'égide de la DGS

LES TROUBLES DU VOISINAGE, SANTÉ MENTALE ET REGULATIONS INSTITUTIONNELLES

Jeudi 4 Mars 2010



S.O.M.M.A.I.R.E

1. PREAMBULE	3
<ul style="list-style-type: none">▪ Jean-Marie Le Guen, Adjoint au Maire de Paris, chargé de la Santé Publique et des relations avec l'AP/HP▪ Christian Laval, Docteur en sociologie, ONSMP-ORSPERE, Lyon-Bron,	
2. LES TROUBLES DU VOISINAGE SUR TROIS VILLES FRANÇAISE (PARIS XVIIIEME, RENNES, VAULX EN VELIN)	6
<ul style="list-style-type: none">▪ Jean Furtos, Psychiatre, ONSMP-ORSPERE et Michel Joubert, Sociologue, Professeur à Paris VIII	
3. COMMENT SE CONSTRUIT LA NOTION DE TROUBLES DU VOISINAGE (TROUBLES DE LA JOUISSANCE PAISIBLE, VIOLENCE).....	36
<ul style="list-style-type: none">▪ Denise Salvetti, Conseiller Juridique, Union Sociale pour l'Habitat, Paris▪ Pauline Rhenter, Chercheure politologue,CCOMS, Lille <p>Echange avec la salle, Questions, réponses</p>	
4. COMMENT FAIRE AVEC LE TROUBLE ?	52
<ul style="list-style-type: none">▪ Jean Furtos, Psychiatre ONSMP-ORSPERE▪ Francis Deplace, Directeur DELPHIS (Paris), Président de séance▪ Jean Furtos, Psychiatre ONSMP-ORSPERE▪ Pierre Morcellet, Psychiatre de l'équipe mobile de liaison psychiatrie-précarité (CH Edouard toulouse), Marseille▪ Mylène Frappas, Chargée de mission, Santé Publique de Marseille▪ Patrick Chaltiel, Psychiatre, chef de service, Bondy▪ Hélène Schützenberger, Directrice adjointe du pôle national de lutte contre l'habitat indigne, Paris <p>Echange avec la salle, Questions, réponses</p>	
5. CONCLUSIONS	86
<ul style="list-style-type: none">▪ Michel Joubert, Sociologue, Professeur à Paris VIII▪ Jean Furtos, Psychiatre ONSMP-ORSPERE▪ Marcel Jaeger, Professeur du Conservatoire National des arts et métiers, chaire de travail social et d'intervention sociale, Paris	

1. PREAMBULE

Jean-Marie Le Guen, Adjoint au Maire de Paris, chargé de la Santé Publique et des relations avec l'AP/HP

Nous sommes heureux d'accueillir aujourd'hui votre réunion de travail, parce que nous considérons que le sujet que vous allez aborder et que le travail que vous mettez en œuvre à de multiples occasions, est aujourd'hui un élément tout à fait essentiel des politiques de santé publique et singulièrement en matière de santé mentale. Vous allez débattre des troubles du voisinage. C'est une question à laquelle sont confrontés très fortement les élus, et partant de cela, je crois que c'est une question tout à fait essentielle pour les politiques, à la fois de stigmatisation des questions de santé mentale et notamment des maladies psychiatriques et aussi une clé pour les problématiques thérapeutiques et les problématiques de réinsertion. Nous sommes, en tant qu'élus fortement interpellés dans mon arrondissement du XIII^{ème} à Paris ; Il y a quelque mois, tout une cage d'immeuble HLM a dû être évacuée brutalement parce qu'un incendie avait été déclaré par un malade qui, disons-le, n'était par ailleurs absolument pas suivi, et ce vécu quotidien de la peur des gens, des conséquences sur l'habitat social est quelque chose qui est très présent chez les élus et crée des réticences très fortes à une politique pourtant d'insertion dans la Ville qui est tout à fait essentielle. Nous sommes devant des problèmes très concrets, très politiques, très différents et difficiles à gérer. En même temps nous savons que c'est un symbole très fort l'acceptation, l'insertion, l'aide à la personne en difficulté devant la santé mentale, et que c'est un enjeu majeur de civilisation. Il nous faut trouver les chemins pour essayer d'améliorer cette situation pas simplement par l'injonction, mais aussi par la mise en place de méthodes, d'explications, qui sont nécessaires. Nous sommes dans un contexte évidemment qui n'est pas anodin et en proie à une dramatisation médiatique assez systématique. Il y a des réflexes présents parfois chez certains responsables politiques, y compris au plus haut niveau, où il y a une tentation de marginalisation et de stigmatisation. Ce qui, nous le savons, est la pire des solutions et certainement pas la voie sur laquelle nous devons nous engager. C'est pour cela que nous attachons un grand intérêt à l'initiative de cette journée. Je trouve très positif que la Fondation des

Caisses d'Epargne soit aussi intégrée dans ce travail parce qu'il faut que nous puissions déborder très largement évidemment des milieux de la santé mentale et que nous soyons capables de parler entre les différents acteurs sociaux. Je sais qu'il y a des représentants des bailleurs sociaux, c'est tout à fait essentiel. Nous souhaitons sortir du modèle asilaire tout en maintenant un certain nombre de lits d'hospitalisation ; nous souhaitons réintégrer le malade dans la Ville et lui proposer des soins, un suivi, ce qui est loin d'être le cas aujourd'hui. Pour cela les politiques doivent s'engager, en lien avec les professionnels, de façon à fournir les hébergements nécessaires à l'insertion pleine et entière dans la Ville, dans un contexte de dramatisation et dans un contexte plus largement de marginalisation de la santé mentale parmi les problèmes de santé publique. Les problèmes de santé publique étant eux-mêmes à mon avis insuffisamment pris en compte dans le fonctionnement de notre société. Cela fait tout un tas de défis successifs à relever. Mais il est très important que nous réfléchissions mieux aux propositions venant des acteurs de la santé mentale et que nous soyons capables de créer des liens et d'avoir une pédagogie vis-à-vis des élus, puis vis-à-vis de la population, parce que évidemment « in fine », on ne pourra avancer dans les domaines tout à fait essentiels, qui sont ceux de la prise en charge des malades, de la lutte contre la stigmatisation, que si on est capable non pas de proférer des invectives aussi légitimes soient-elles, mais aussi de créer des liens, et encore une fois des formes de pédagogie vis-à-vis des élus, vis-à-vis de la population, puisque c'est bien de cela dont il s'agit.

Bon travail et merci de cette journée.

Christian Laval, docteur en sociologie, ONSMP-ORSPERE, Lyon-Bron,

Cette matinée de travail va se décomposer en deux moments : un premier moment où il y aura un compte rendu fait conjointement par Michel Joubert, sociologue et Jean Furtos, psychiatre. Ce qui donne la tonalité de cette recherche-action qui est pluridisciplinaire. Dans un deuxième temps, une reprise par d'autres chercheurs sur la construction de la notion de troubles. Un petit mot d'introduction pour excuser Maryvonne Lyazid qui devait intervenir après Jean-Marie Le Guen, qui va arriver en fin de matinée. Tout de suite on donne la parole aux chercheurs.

2. LES TROUBLES DU VOISINAGE SUR TROIS VILLES FRANÇAISE (PARIS XVIIIÈME, RENNES, VAULX EN VELIN)

Jean Furtos, Psychiatre, ONSMP-ORSPERE

Michel Joubert, Sociologue, Professeur à Paris VIII

Nous allons vous présenter une recherche qui a été réalisée en 2005-2006, publiée dans un Cahier spécial de Rhizome en 2007, et qui est en attente d'un ouvrage plus volumineux. Cette recherche a été intitulée « Le voisinage et ses troubles, la part de la santé mentale ». Il faudra définir le rapport du voisinage et des troubles qui ne va pas de soi, définir les mots, et dire également de quelle santé mentale nous parlons. C'est un travail qui a été dirigée par Michel Joubert, professeur de sociologie à Paris VIII et par moi-même, responsable de l'Observatoire dont le petit nom est l'ORSPERE, pour ceux qui connaisse ; pour des raisons de pure contingence, je vais présenter le diaporama du travail conjoint. Bien sûr c'est un travail entre les psys et les sociologues, ce qui en soi donne déjà l'orientation de la recherche.

Une question de mots : faut-il parler de troubles du voisinage ou faut-il parler du voisinage et ses troubles ? La question n'est pas que de pure forme. Les troubles du voisinage sont un terme utile à manier qui envisage le trouble d'un individu sur d'autres individus. Monsieur Le Guen parlait tout à l'heure de cet homme malade d'une pathologie psychiatrique, qui n'était pas soigné et qui a mis le feu. On va dire que le trouble du voisinage désigne dans ce cas l'empiètement grave et dangereux que cet homme a occasionné dans l'immeuble où il vivait. Dans cette approche, l'individu est premier, ça vient de cet homme, il était malade, il n'était pas soigné, qu'est-ce qui c'est passé dans sa tête ?... C'est une notion qui renforce les logiques de stigmatisation et de victimisation mais qui permet aussi des interventions. Peut-être aurait-il fallu en effet que cet homme soit soigné en qualité de personne ayant des troubles psychiatriques. Les troubles du voisinage ne sont donc pas à rejeter en tant que symptômes. Dans cette conception, l'individu est premier. A l'inverse, quand on parle du voisinage et de ses troubles, (très honnêtement, ce sont les sociologues de notre équipe de recherche qui ont insisté sur le fait que l'on parle de « voisinage

et ses troubles », je pense qu'ils avaient raison), ça ne disqualifie pas la première appellation, mais ça signifie que le voisinage est premier ; c'est une notion qui permet d'appréhender les processus producteurs de troubles d'une manière non seulement psycho-dynamique mais aussi psycho-sociodynamique, ce quia notre préférence. A titre de clin d'œil, j'ai trouvé chez Freud une mention aux troubles du voisinage insoupçonnée. Le Monde publie toutes les semaines un livre sur « les livres qui ont changé le monde », c'est-à-dire les livres de la modernité, et parmi eux des sociologues, des juristes, des psychologues, des penseurs... Ainsi, j'ai eu l'occasion de relire certains passages de « *malaise dans la culture* ». Je savais que Freud disait que la souffrance psychique d'origine sociale était la souffrance la plus difficile à accepter pour nous les êtres humains. Il est plus difficile d'accepter un préjudice qui nous vient d'un autre homme ou d'un groupe d'hommes que d'accepter un tremblement de terre ou le fait d'être mortel. En tout cas, c'est ce qu'il dit : la souffrance psychique d'origine sociale est la plus difficile à accepter, la plus intolérable ; et il ajoute cette chose que nous aurions pu dire et que nous disons à la fin de notre recherche : « cette souffrance est en rapport avec l'insuffisance des institutions qui règlent les relations avec les hommes au sein de la famille, de l'Etat et de la société ». Cette notion de régulation est évidente, mais je n'avais jamais lu que, parmi les régulations, la première citée par Freud concerne « l'homme comme voisin » avant l'homme comme auxiliaire, comme objet sexuel d'un autre, comme membre d'une famille ou d'un Etat. Freud a cité en premier l'homme comme voisin parmi les possibilités et les difficultés de régulation de la souffrance !

Je rappelle le nom des chercheurs :, Michel Joubert, Benoît Eyraud, Agnès Josselin, Chantal Mougin, Valérie Colin, Claire Durozard, Philippe Marchois, Christine Melato. Cette recherche a été soutenue par la Fondation des Caisses d'Epargne pour la solidarité et par la DRASS Rhône-Alpes. Notre mode de travail a été d'abord de réfléchir pendant un an en séminaire de problématisation, avec des tas de personnes compétentes, soit par leur métier, soit par leur position en tant que bailleur d'une institution spécifique ou d'une institution sociale, ou même bailleurs privés. Puis nous avons fait une étude sur trois sites, dans un arrondissement de Paris, à Rennes, à Vaulx en Velin. Nous avons anonymisé les données pour garder une certaine confidentialité, bien que tout le monde reconnaisse de quel site il s'agit. Le fait de savoir d'où ça vient n'est pas grave. Chose importante, nous avons toujours travaillé

par équipe associant un sociologue et un psychologue (ou psychiatre), aussi bien au niveau de la direction du travail qu'au niveau des trois sites qui ont été observés en position de recherche-action, c'est-à-dire d'interaction avec ceux qui travaillent. Ce croisement des regards est important parce qu'il permet un entre-deux, et je pense pouvoir dire que l'essentiel des données que nous pouvons restituer aujourd'hui, et que nous avons restitué dans Rhizome, vient de ce croisement de regard qui rétablit une complexité des relations, en tout cas qui n'interdit pas la simplification mais qui voudrait prévenir des simplifications trop rapides. Les situations sont souvent beaucoup plus complexes qu'on ne le croit et les partenariats, comme chacun sait, sont pluridisciplinaires, pluri-institutionnels. Nous vous disons ce qui nous a frappés, marqué, dans ces recherches ; on pourrait en parler des heures.

1/ Les sociologues nous l'apprennent. On ne peut travailler que par rapport à un contexte.

1.1 Il y a premièrement un contexte historique.

Les sociologues ont fait des études à partir du début du XX^e siècle et ont parlé très tôt de la perte des solidarités, ce qui nous paraît très actuel mais qui a commencé avec la sociologie ; et puis le secteur psychiatrique, initialisé à partir de 1962. On part du fait que la psychiatrie de secteur est définie comme une intervention là où les gens vivent, ce qui inclut le voisinage. Nous aurons cet après-midi certaines interventions qui parleront de comment faire là où les gens vivent ; et puis, comme conjoncture, la fermeture, ces vingt dernières années, même un peu avant, de nombreux lits psychiatriques, ce qui a abouti au fait qu'un certain nombre de patients qui autrefois auraient passé leur vie dans une structure asilaire, à la fois dans le sens noble du terme, « donner asile », et dans le sens péjoratif d'asilification, de chronicisation, et bien un certain nombre de ces patients ont été amenés à vivre dans la cité. Parmi eux, certains ne sont pas connus et vivent comme tous citoyens, je dirai, dans l'anonymat des villes, moins des campagnes ; mais un certain nombre fait parler d'eux et d'ailleurs, c'est seulement quand certains font parler d'eux qu'on met en premier la notion de maladie psychiatrique.

Il y a eu postérieurement à notre travail la loi sur la prévention de la délinquance de mars 2007, qui a cristallisé le contexte sécuritaire dont Monsieur Le Guen parlait tout à l'heure. Contexte sécuritaire qui exacerbe beaucoup de choses et qui, comme nous le savons, peut conduire à des simplifications dommageables. Puis il y a le

contexte général d'interrogation sur les conditions du « vivre ensemble » et les troubles du voisinage, qui d'une certaine manière, interrogent la paix civile qui évidemment s'oppose à la guerre civile, mais aussi la ghettoïsation collective et la ghettoïsation individuelle : comment vivre ensemble ? Cette question est portée par la notion même de trouble du voisinage et de voisinage troublé.

1.2 Il y a aussi un contexte théorique.

Là, je serai autocentré sur l'Observatoire où nous avons décrit, à partir de 1999, la clinique psychosociale qui se définit, contrairement à une clinique psychiatrique ou psychanalytique, comme la prise en compte de la souffrance psychique qui apparaît sur les lieux du social, donc a priori à des non psys, même si les psys peuvent être concernés. Elle apparaît à des non psys, à des bailleurs, à la police, aux pompiers, aux gens des villes... et donc comment prendre en compte quelque chose qui apparaît là et dont on ne peut pas se défaire ? On ne peut pas suggérer à tout le monde d'aller voir son psy », sinon 30 % de la population française serait en psychothérapie, et ce n'est ni possible ni souhaitable. Il faut décrire ce contexte de clinique psychosociale dans le cadre de la santé mentale.

Qu'est-ce que la santé mentale ? Il y a d'abord une définition délimitée aux maladies mentales ou au handicap psychique, comme la loi en parle, et il s'agit dans cette conjoncture d'avoir une psychiatrie citoyenne qui est une ambition importante. Mais la psychiatrie citoyenne s'adresse à des gens authentifiés en tant que porteurs d'un problème psychiatrique ou d'un handicap psychique authentifié. Dans la plupart des pays du monde, quand on parle de santé mentale, on parle de la psychiatrie citoyenne, une psychiatrie idéale qui prend en compte le soin mais aussi la prévention et la réhabilitation sociale. Il paraît important que cette définition soit élargie, et je vous donne une définition qui en vaut une autre, qui a été proposée à notre Congrès international de 2004 : « une santé mentale suffisamment bonne peut-être définie comme la capacité de vivre et de souffrir, c'est-à-dire la capacité de vivre avec autrui en restant en lien avec soi-même, dans un environnement donné et transformable, sans destructivité mais non pas sans révolte ». La capacité de vivre et de souffrir va à l'encontre de la définition de l'OMS qui était dans le mouvement de bien-être et d'utopie en 1946 ; on sortait d'une guerre terrible et on disait que la santé mentale était un bien-être *complet* biopsychosocial. Si on parle de bien-être complet, aujourd'hui, on parle de gens normopathes. Ce n'est pas ce à quoi nous sommes

confrontés. Mais c'est un horizon utopique. « Dans un environnement donné et transformable », ça veut dire ce que ça veut dire : Il est là, mais on a une action à faire. « La capacité de vivre avec autrui » inclut ipso facto la notion de troubles du voisinage, et affiche un refus de l'exclusion impliquant un intérêt pour les modèles atypiques, non normatifs et même psychopathologiques ; on peut y ajouter les modèles culturels qui ne sont pas nécessairement normatifs, par rapport à un environnement donné.

1.3 Troisième contexte qui nous a complètement chaviré : c'est l'une des choses incroyables de notre recherche. Nous pensions savoir ce qu'était un trouble du voisinage, des bruits, des odeurs, des violences qui s'exercent d'une manière proximale sur ceux qui vivent ensemble dans un environnement de voisinage, et puis nous nous sommes aperçus que les troubles de voisinage avaient une couleur radicalement différente selon le site où nous les investissions. Le premier site était une ville moyenne qui était le lieu d'une opération de renouvellement urbain. Le renouvellement, c'est la destruction d'un certain nombre de bâtiments ; les gens sont relogés ailleurs, soit dans la ville, soit en dehors de la ville. Nous sommes arrivés en fin d'opération avec une population résiduelle qui était considérée comme problématique, c'est-à-dire, en gros, que les gens chargés de terminer cette opération ne savaient pas trop où mettre ces personnes, comment ces familles allaient payer et comment elles allaient pouvoir être en voisinage convenable. Nous nous sommes aperçus, première découverte, qu'il n'y a pas de trouble de voisinage sans voisin. Ça paraît idiot de le dire, mais le trouble de voisinage suppose un voisinage, et là il n'y avait plus de voisinage, il n'y avait plus de voisin, et nous avons cherché désespérément des troubles de voisinage sans en trouver. Quand on est seul, il n'y a plus de troubles de voisinage. Le trouble de voisinage est d'emblé dans un collectif. Il y avait certes des retours, ce que les chercheurs sur ce site ont appelé « le retour fantomatique » des voisins, à la fois dans le discours mais dans le vécu d'un préjudice. « C'est à cause de ceux qui sont partis que l'on paye trop de charges... ». Et puis, quelques jeunes qui revenaient pour de vrai, pas comme des fantômes... En fait, nous étions dans une conjoncture où il n'y avait pas de troubles de voisinage, sauf des histoires de chasse très violentes, racontées en boucle, mais qui ne concernaient pas l'actualité. Donc, le trouble du voisinage, c'est d'abord avoir des voisins. Quand il n'y a plus du tout de troubles, il n'y a plus de voisins. Nous l'avons théorisé ensuite dans un concept qui s'appelle « même pas de troubles » ;

plus grave qu'avoir un trouble de voisinage, c'est « même pas de troubles » ! Et puis le Maire de cette ville, un homme très bien, a reconnu a posteriori qu'une opération de renouvellement urbain n'est pas une succession de cas particuliers et que l'erreur est de vouloir les résoudre individuellement, ce qui est pertinent seulement pour les gens qui vont très bien. Les gens qui vont bien se relogent tout seul, on les aide seulement. Mais pour ceux qui sont en difficulté d'une manière ou d'une autre, l'absence de traitement collectif du délogement et du relogement est un problème qui apparaissait a posteriori comme une erreur.

Il y a eu un deuxième site qui était une grande ville de France, avec différents quartiers aisés et populaires, un nombre important d'institutions ayant l'habitude de travailler ensemble depuis longtemps, avec une culture du partenariat très importante et des productions théoriques et pratiques nombreuses, la psychiatrie et le conseil général, la ville, la politique de la ville, bailleurs, groupe de travail, un groupe de réflexion... il y avait une panoplie intéressante, peut-être à la limite une surcharge de régulation institutionnelle...Et enfin un arrondissement de Paris, sur lequel nous avait orienté Michel Joubert qui pourrait en parler.

Michel Joubert, sociologue, Professeur à Paris VIII

C'était un terrain un peu particulier. Il s'agissait de considérer les troubles à l'échelle de la communauté de vie d'un quartier avec les troubles occasionnés dans les relations entre l'espace public et l'espace privé. Très souvent, les troubles classiques, tels qu'ils sont répertoriés, considèrent l'immeuble ou la cage d'escalier ou le grand ensemble d'habitat social. Là, il s'agissait de l'ensemble de plusieurs quartiers d'un arrondissement pour lesquels il y avait depuis des années énormément de plaintes, de difficultés vécues par les habitants en lien avec la présence sur l'espace public d'un nombre important d'usagers de drogue, de micro trafics, d'investissement d'un certain nombre de lieux par des publics qui venaient principalement la nuit ou dans des interstices de l'espace urbain, inscrire des activités troublantes à plus d'un titre. Du point de vue d'un certain nombre d'habitants, quelques désordres ou dommages occasionnés sur le quotidien restaient acceptables et il a semblé intéressant de considérer également ce type de scène puisque dans beaucoup de villes aujourd'hui il y a sur l'espace public des choses qui se passent, qui interfèrent ou modifient la perception et la vie quotidienne d'un certain nombre d'habitants et pour lesquels ils sont également sensibilisés et affectés. On s'est rendu compte qu'à travers cette scène de troubles sur l'espace public, il y avait énormément de choses qui se révélaient et qui s'exprimaient sur les troubles plus classiques qui se trouvaient d'une certaine manière potentialisée par ce qui se passait sur l'espace public. Sur cet arrondissement, on a fait comme sur les autres terrains, un travail en partenariat avec un certain nombre d'équipes, essayant d'agir en médiation sur les quartiers pour réduire les effets de ces troubles, pour améliorer la communication entre les habitants et les acteurs professionnels. Parce que, ce qui était troublant aussi, c'était la présence de structures spécialisées qui étaient vécues comme venant fixer un certain nombre de population dérangeante. Leur simple présence occasionnait des circulations qui, pour les gens qui habitaient les immeubles ou les rue concernées par ces implantations, étaient très mal vécues. On connaît ça avec pas mal d'équipement ou d'institution dans le champ de la psychiatrie, du handicap, où il y a très souvent des problèmes d'acceptabilité par le voisinage d'une implantation et d'une circulation de population vécues comme dérangeantes du point de vue de ce que serait un vécu normal, paisible, d'un

quartier. Ca pose plein des questions de tolérance, d'acclimatation, d'explicitation de ce que cela signifie de vivre ensemble avec des personnes différentes. C'était intéressant d'étudier cette scène où il y a des troubles du voisinage élémentaires, tout ce qui avait avoir avec les intrusions dans l'espace privé, la présence d'usagers de drogue dans les cages d'escalier, dans les halls d'immeubles. C'était également des effets sur les conditions de la vie quotidienne sur les quartiers, la circulation, les trajets, le visuel même qui était modifié sur le trajet de l'école... des problèmes réels exprimés par les habitants dans le cadre du conseil de quartier et des expériences associatives. Très intéressant parce que c'était en débat, sur la place publique. Il y avait des associations qui s'étaient constituées de par et d'autre pour faire valoir d'un côté la nécessité d'entamer un équilibre pour que les habitants puissent vivre normalement sur ces quartiers comme pour les autres quartiers. Pourquoi cet arrondissement de Paris devrait subir plus que d'autres des troubles majeurs ? Parce que c'est un arrondissement plus populaire que les autres et puis aussi parce que des associations essayaient de faire comprendre l'intérêt qu'il y aurait à améliorer, à comprendre, à composer, à réguler les relations entre les différentes composantes du quartier en considérant que les personnes qui étaient dans la rue habitaient elles aussi le quartier d'une certaine manière et faisaient partie du voisinage. C'était aussi des voisins et même si elles étaient dans une grande détresse, il devait y avoir des moyens de trouver des conditions communes qui soient acceptables. Il y a eu des choses très intéressantes qui se sont faites sur cet arrondissement en termes de communication, d'explicitations, de médiation ; c'est pour cela que ça nous a intéressés.

Jean Furtos, psychiatre, ONSMP-ORSPERE

Nous sommes ainsi passés de la situation de cette ville moyenne où il y avait une opération de renouvellement urbain, avec un phénomène de dévoisinage (Agnès Josselin), à un phénomène d'hyper voisinage, dans cet arrondissement de Paris, qui envahissait la rue, les cages d'escalier, et qui était quasiment un trouble de voisinage de quartier. On voit que la notion d'échelle du trouble du voisinage va du plus intime au plus public, et ça nous a énormément surpris.

Pour continuer, nous allons donner deux niveaux éthiques de régulation, car le niveau de compréhension de l'idéal à obtenir est important. D'abord, une définition opératoire du trouble du voisinage. Prenons-le comme un symptôme : l'expansion dérangeante de l'espace intime d'un individu ou d'un groupe d'individus dans l'espace semi-public d'un ou plusieurs individus, au regard d'une norme commune de coexistence sur le territoire considéré. Dans cette expansion dérangeante d'intime à intime, à travers des espaces socio ou semi socio privé ou semi privé, nous nous sommes aperçus, évidemment, qu'il y a des modes mineurs et des modes majeurs, et que la majorité des troubles sont des modes mineurs qui concernent plus la tranquillité que des modes majeurs qui concernent la violence, avec des empiétements graves ; un mode mineur négligé peut devenir majeur , mais aussi un mode majeur bien régulé peut devenir mineur, à mettre en correspondance avec deux types d'éthiques. Il y a une première éthique qui est une éthique de l'autonomie. L'éthique de l'autonomie correspond à un idéal de neutralité, de non interférence ; c'est ce qui porte la notion de trouble, le modèle implicite du trouble du voisinage comme symptôme d'une expansion dérangeante. Chacun chez soi et tout ira bien, avec une indifférence polie. L'individu est premier, et je dirai pourquoi pas ? C'est un modèle insistant sur l'autonomie. Le souci, dans le cadre de ce modèle, c'est d'éviter les manifestations sensorielles d'autrui vécues comme dérangeantes. Le trouble du voisinage est un symptôme comme en médecine, ou en psychopathologie, soit un symptôme social comme dans « West Side Story » ; il y avait une chanson : « je suis une maladie sociale »...(I am a social disease) Et puis il y a une deuxième éthique, qui est une éthique de la solidarité, modèle implicite du voisinage troublé, du voisinage et ses troubles. Ce modèle était déjà considéré en diminution à partir du début du XX^e siècle. Dans ce modèle, les empiétements sont normaux et même recherchés. C'est-à-dire que quelqu'un qui n'empiète pas sur autrui est considéré comme anormal. Le souci est donc ici l'absence de manifestation d'autrui ; par exemple, si quelqu'un dans son logement n'ouvre pas ses volets pendant quelques jours, il y a des voisins peut-être qui vont s'inquiéter. L'absence de manifestation devient un souci, le voisinage troublé est une responsabilité. Tout à l'heure on pourra parler de quelque chose à Grenoble qui était vraiment extrêmement surprenant et intéressant sur cette question. On peut citer Monsieur « T » qui disait : « *quand je suis bourré, personne ne vient prendre de mes nouvelles* » ; « j'aurai préféré qu'on me dise : *tu étais bourré* ». En quelque sorte, cet

homme disait « *j'aimerais bien causer un trouble du voisinage pour qu'on vienne prendre de mes nouvelles* ». C'est intéressant cette fonction d'appel du trouble du voisinage. On dit qu'il y a des tentatives de suicide d'appel, c'est probablement vrai, mais il peut y avoir aussi des troubles du voisinage d'appel : « est-ce que quelqu'un va s'apercevoir que je fais du bruit ? », « est-ce que quelqu'un va s'apercevoir que j'hurle en silence ou à haute voix et que ce hurlement silencieux ou à haute voix est à entendre » ? C'est là que « même pas de troubles » est plus grave qu'un trouble ; évidemment, un trouble qui aboutit à l'incendie d'un immeuble, je ne dirai pas que ce n'est pas grave, mais c'est exceptionnel, et quand ça existe, tout le monde en parle. Il y a aussi beaucoup de non troubles et de ghettoïsation intime. Et puis il y a le métissage des éthiques, c'est-à-dire à la fois l'autonomie et la solidarité. Au fond, on va dire que la norme aujourd'hui serait un juste milieu entre « chacun chez soi » et une solidarité suffisante. Maintenant, je parlerai des régulations de voisinage, qui impliquent essentiellement l'éthique de type 2. Ce sont les sociologues qui nous ont amenés à décrire deux niveaux de régulation, primaire et secondaire.

La régulation primaire, c'est ce que font les gens sans avoir besoin de tiers institués. C'est la régulation des gens entre eux. Il y a des codes partagés, des initiatives personnelles, des dynamiques collectives. Selon Aiguillon Habitat, à Rennes, 80 % des troubles de voisinage seraient réglés en mode primaire. On n'en parle pas puisqu'ils sont réglés en mode primaire. Il est fort possible que c'est même 90 %, mais disons l'évaluation à cet endroit c'est 80 % ; et puis, pour les 20 % restants, il faut des régulations par les institutions ou par des tiers dûment authentifiés, et on rentre dans le système des régulations secondaires. Evidemment, on comprend que notre recherche a porté sur les régulations secondaires, nous ne pouvons pas intervenir chez les gens en disant « comment vous faites quand vous avez un trouble ? ». Nous pourrions le faire, mais ce serait une autre recherche. Les régulations secondaires peuvent favoriser les régulations primaires ou les contrarier. Une régulation institutionnelle, il faut le savoir, si elle est trop visible, peut stigmatiser une personne, la catégoriser, et inhiber les régulations primaires. Quand on intervient, il y a un fil du rasoir sur lequel on doit marcher, car ces régulations secondaires peuvent justement catégoriser les malades mentaux avec « dangerosité sociale », mais quelquefois, c'est vrai, avec une nécessité de conduites tranchées : hospitalisation sous contrainte, accès aux soins libres et contractuels, rapport à la

justice et à la police, expulsion aussi, l'une des possibilités ; les régulations secondaires peuvent aussi contribuer à réguler les troubles. Que veut dire réguler les troubles ?

Nous avons remarqué que les régulations favorables, négociations, ententes, résolutions, interventions diverses, supposaient l'ouverture d'un espace intermédiaire entre le privé et le public, entre différentes personnes privées qui prenaient en compte les différentes dimensions, mais avec plusieurs questions posées. Un espace intermédiaire, cela signifie pour les psys, et pour les sociologues, tout ce qui a été dit sur l'ajustement, les adaptations. Selon sa propre discipline en dehors de sa discipline, on peut avoir un regard théorique sur cet espace intermédiaire où la question est de voir ce qui se passe, de décrire comment ça se passe, de comprendre les interactions, comment faire, comment ne pas faire... Quelquefois ne pas agir est aussi important qu'agir. Ces aires intermédiaires, choses fondamentales, intègrent la dimension de l'indécidable. Il faut que pendant un certain temps, on ne décide pas tout, pas tout de suite, sauf en cas d'urgence absolue, d'urgence d'atteinte au corps des personnes en particulier ; intégrer la dimension de l'indécidable, ne pas se presser, qu'on ne sache pas exactement trop vite d'où vient le trouble, qui a commencé, quel voisin etc.... une forme de suspension des causalités. Cette notion de suspension des causalités est importante : elle ouvre la possibilité d'intervention de tiers différents, de protagonistes en lien avec les personnes, d'institutions dans l'arrondissement. Il y a des habitants qui intervenaient quelquefois au nom d'une association et qui faisaient bien. Par contre, il y a eu une situation d'absence de tiers qui nous a été racontée par une chercheuse de notre équipe, dans le séminaire de problématisation. C'était un groupe de jeunes qui faisaient la fête, qui vivaient leur vie sur le toit d'un immeuble, la nuit de préférence ; évidemment, la situation n'est pas tout à fait exceptionnelle, et cette inversion de la norme « nuit/jour » constituait un vrai problème ; ils faisaient pas mal de bruit et une locataire a tenté de s'en occuper, de négocier avec eux, puis, faute de pouvoir discuter, elle est allée voir la police. Du coup, elle est devenue la mauvaise, a été persécutée ; elle n'a été aidée, ni par les bailleurs ni par la police : « Donnez des gâteaux à ces jeunes, apprivoisez-les », lui était-il conseillé. Justement ce n'était pas possible, et... C'est elle qui a déménagé. Quelquefois on s'aperçoit, dans les troubles du voisinage, que ce sont les plus gênés qui s'en vont ; ce qui évidemment

manifeste le fait que ce sont les personnes peut-être les plus difficiles qui vont rester entre-elles.... Une psychologue de notre équipe a fait des schémas d'interactions de tous les protagonistes de cette situation, et on s'est aperçu de cette chose inouïe : aucun tiers ne s'était adressé directement aux jeunes. Cette personne locataire avait essayé d'intervenir, et après l'échec de son intervention personnelle, ni la police, ni les bailleurs, ni aucun autre tiers ne s'était adressé soit à leurs parents, soit à eux... Il y avait eu la peur de faire tiers avec ce groupe de jeunes, et cette peur n'est pas exceptionnelle. Elle demande quelquefois un certain courage, mais en même temps, quand cette intervention n'existe pas, il se passe des choses : ce sont les plus gênés qui partent, ce qui n'est pas nécessairement l'objectif idéal.

Les objectifs de la régulation : dans la mesure où il y a un couple indissociable, personne qualifiée « troublante » et personne « troublée », l'objectif est double : Premièrement, augmenter la tolérance aux troubles des personnes troublées, si c'est possible, et deuxièmement, rendre le trouble compatible avec la vie sociale. Cette idée est intéressante : augmentation de la tolérance, et rendre le trouble compatible, si on ne peut pas toujours le faire disparaître. Il y a la notion que le mieux est l'ennemi du bien et que vouloir éradiquer complètement un trouble serait comme vouloir éradiquer les personnes troublantes. A l'inverse, il y a une cause d'échec paradoxal que nous avons authentifiée, l'hyper tolérance aux troubles. Il y avait notamment un exemple, sur l'un des sites : une place squattée par un groupe de personnes à forte alcoolisation qui occupaient toute la place. Evidemment, d'une part ces gens avaient les complications de l'alcoolisme ordinaire, ils n'étaient pas soignés, c'était certainement dommage, mais en même temps, il y avait une sorte d'hyper tolérance autour d'eux. Du coup, les mamans et les enfants ne pouvaient pas s'y promener, On ne pouvait pas y jouer. Hyper tolérance parce que c'était un quartier populaire ? Peut-être. On s'était dit, entre nous, que si ça s'était passé en centre ville, la police serait intervenue en 15 minutes ou au pire dans les 48 heures. Dans un quartier populaire, il y avait une hyper tolérance qui d'un certain côté était bonne, mais d'un autre côté signifiait l'incapacité de la régulation, l'incapacité du tiers, l'abandon au destin. Comment faire pour introduire du tiers ? On avait vu aussi, pour les usagers de drogue (à noter qu'on les appelait usagers de drogue et pas toxicomanes, ce qui était moins discriminatoire) qu'il y avait une intolérance contre l'hyper tolérance. Les gens hyper tolérants étaient accusés de laxisme. Mais il y a

une intolérance contre l'intolérance et les intolérants sont qualifiés de « fachos ». Il y a quelquefois des conflits entre les hyper tolérants et les non tolérants qui seraient à prendre en compte dans les réunions de quartier, dans les réunions animées par les élus, par les bailleurs, parfois par les psys ; On en verra des exemples cet après-midi.

Nous nous acheminons vers une conclusion provisoire, juste pour signifier qu'il y a des variations selon l'âge et d'autres critères.

Les personnes âgées sont pour les bailleurs un souci, objectif et subjectif. De plus en plus de personnes âgées habitent seules. Si elles sont autonomes, pas de problème ; si elles ont des circuits familiaux et amicaux, pas de problème. Mais l'isolement est fréquent et terrible. On a décrit des hallucinations du lien, vous savez ces vieilles personnes qui croient entendre dans l'appartement au dessus des bruits de talons, des personnes qui marchent, et en fait, elles hallucinent ; ces personnes se créent un trouble « pour » qu'il y ait quelqu'un qui soit présent sur le mode persécutoire. Il y a quelquefois des productions de troubles du voisinage qui n'existent pas, histoire de créer un lien à travers le trouble. Et puis le fameux syndrome de Diogène, l'incurie à domicile, a été décrit d'abord chez les vieilles personnes ; amoncellements de mètres cube d'objets divers ; on s'est aperçu ensuite que c'était aussi chez les malades mentaux, les handicapés psychiques, les personnes très précarisées, les personnes alcooliques, et aussi chez des gens bien sous tout rapport...

Les jeunes en groupe, j'en ai parlé.

Et puis quelquefois, aussi, le troublé est le troubleur, c'est ce que Valérie Léger a décrit comme « les protestataires », des gens qui protestent dès qu'un point du règlement intérieur est bafoué, ou qui inventent des troubles, tellement ils sont obsessionnels sur l'ordre etc.... Parfois ils ont des troubles personnels et narcissiques extrêmement importants qui en font des accusateurs ; si on était psy, on pourrait dire que c'est un comportement paranoïaque, mais il ne faut pas aller trop vite.

En conclusion, l'insistance sur les processus interstitiels et intermédiaires a conduit à ce qu'il y ait des médiateurs professionnels. Un certain nombre de bailleurs ont créé des médiations professionnelles, de nouveaux métiers pour ainsi dire, ça dépend beaucoup des régions. A d'autres endroits, des correspondants de nuit, des équipes

qui naviguent la nuit dans les cités, dans les logements pour qu'il y ait du monde, pour répondre aux demandes et qui font une véritable médiation dans un certain nombre d'endroits, et pas du tout sécuritaire, mais au contraire extrêmement productrice de tolérance et d'apaisement nocturne. Et puis la notion que toutes les professionnalités en charge de ce type de problème doivent inclure, un rapport à l'indécidabilité temporaire, c'est-à-dire à ne pas décider trop vite de la conduite à tenir, quand c'est possible, à condition que la situation soit suivie et non abandonnée.

La question des logements spécifiques. Nous savons qu'il y a des personnes qui peuvent vivre dans des logements tout venant, que d'autres doivent vivre dans des foyers, dans des lieux d'hébergement spécifiques, par exemple pour des personnes présentant des handicaps psychiques. Nous savons aussi que même dans les foyers ou les lieux d'hébergement spécifiques, il y a toujours des troubles du voisinage, je dirai heureusement.

Pour terminer, (ce n'est pas une boutade, c'est quelque chose qui est une conclusion assez générale de toute approche globale de santé mentale, qu'il s'agisse de patients schizophrènes ou qualifiés tels, qu'il s'agisse de personnes autres) : je dirai que l'isolement et la paranoïa ne sont pas bons à la santé. C'est banal de dire cela ! Je crois qu'il serait important que l'on parle de l'expérience de Grenoble¹ où il y a eu des choses hallucinantes qui se sont passées dans l'ordre de l'isolement ; en ce qui concerne la paranoïa, cette attitude sécuritaire, qui crée du ghetto collectif ou du ghetto individuel pour se défendre des persécuteurs, il y a eu une recherche-action, restituée lors d'une autre journée à Sainte Anne, sur les professionnalités : un collègue italien, le Docteur Angelo Barbato, nous a parlé d'une étude scientifique où, en interviewant les gens sur une longue période, on s'aperçoit que ceux qui ont l'habitude paranoïaque de dire que c'est les autres qui leur causent du mal ont une mortalité et une morbidité toutes causes augmentées. C'est-à-dire qu'être paranoïaque n'est pas bon à la santé, une paranoïa sociale n'est littéralement pas bonne à la santé. Un isolement social n'est pas bon non plus à la santé. Si bien que le trouble de voisinage apparaît comme l'une des modalités sociale grâce à laquelle il est possible aujourd'hui d'essayer d'aborder l'isolement et la paranoïa sociale sous

¹ Cf infra, p21

l'angle de la santé mentale, c'est-à-dire sous l'angle de la capacité de vivre avec soi-même et avec autrui.

Michel Joubert, sociologue, Professeur à Paris VIII

Nous, les sociologues, avons tendance à reconstruire tous les paramètres qui font que, sur un lieu de vie, les différents acteurs s'inscrivent dans la vie commune. On regarde un certain nombre de normes qui sont fabriquées, qui ont une histoire, qui sont susceptibles d'être transformées. On a essayé de relativiser tout ce qui d'un terrain à l'autre fonctionnait comme trouble au regard de ce qui était considéré localement comme une norme. Aussi bien, le rejet, l'acceptation, le degré de tolérance, tout cela renvoi à des normes. C'est là que la sociologie peut apporter un cadre d'appréhension de ces questions de troubles qui ne soit pas déformant, un peu de ces logiques de vie collective. En même temps, la question de la norme peut aussi être très embarrassante, quand il y a cristallisation sur des groupes de personnes. On a beaucoup parlé de stigmatisation...il y a une tendance à fabriquer un autrui dérangeant, un bouc émissaire, il y a des choses qui vont mal dans la vie commune, dans le collectif. On a également trouvé ça aussi bien au niveau microscopique sur un immeuble qu'au niveau d'un quartier. Le mouvement qui conduit à fabriquer comme ça une source qui expliquerait toutes les difficultés, tous les troubles, toutes les souffrances, tous les malaises, c'est quelque chose qu'on voit réapparaître de manière régulière et là, il est important effectivement de faire émerger un espace de parole, d'explicitation, de discussion de choses qui puissent se dire, et donc du coup se défaire, évoluer. Chaque fois que ça c'est passé, c'est sur le quartier de Paris que cela était très explicite ; les associations ont créé des espaces de dialogues où ils faisaient venir à la fois les contradicteurs, les associations qui c'étaient mobilisées contre la drogue, les drogués, les structures spécialisées pour leurs expulsions de quartier, en faisant venir des usagers de drogue, en faisant venir les professionnels qui travaillaient avec eux, et tous ces personnages se retrouvaient dans ces lieux pour débattre, discuter, expliquer exactement ce qu'ils vivaient et ça c'est important ! Important que les uns et les autres puissent entendre, que les usagers de drogue puissent entendre le trouble d'une femme isolée qui ne peut plus dormir parce qu'en bas de chez elle, il y a des regroupements permanents de personnes qui viennent pour se procurer le produit,

pour se retrouver en tant qu'usager ; c'est important qu'ils l'entendent. Il y a des professionnels de la réduction des risques, et là aussi pour essayer de traduire cela au quotidien dans leur travail avec les usagers de drogue sur une amélioration de ce que pourrait être les conduites et les intentions mutuelles et inversement. Il a été important pour des associations, les gens troublés souffrant de tout ça, de voir les usagers de drogue autrement, de les entendre parler de leur vie et de leurs difficultés. Tout d'un coup, ce qui était cristallisé était totalement polarisé, de manière très simplificatrice, comme un trouble qui devenait un des éléments de la vie commune et de la vie collective sur laquelle on pouvait faire évoluer les représentations, sur laquelle il était possible d'aménager un certain nombre d'attentions et d'améliorations de la situation. Ces éléments étaient importants. Les régulations, le problème est que le savoir-faire, les compétences pour agir comme tiers dans ces espaces collectifs, ça reste très éclaté. Il y a des gens, qui sont bien formés, il y a des gens qui s'inventent des compétences de médiation, il y a un vrai besoin de faire reconnaître et de qualifier tous ces savoir-faire. Il y va de la qualité du développement de la vie sociale sur un certain nombre de territoires pour des troubles qui peuvent être très déstabilisants et qui peuvent créer par ailleurs des tensions fortes, des violences fortes entre habitants, résidents et personnes en grande difficulté vivant sur l'espace public pour limiter les heurts. Il y va de développer une culture commune sur ce que peuvent être à la fois la prise en compte de ces problèmes mais aussi l'amélioration de la communication et de la médiation.

A Grenoble, une personne a créé ce qu'elle a appelé un « relais de voisinage ». Ça s'est fait de manière très pragmatique ; c'est en rapport avec un lieu, une partie du territoire urbain très dégradée, avec concentration de population en grande difficulté et donc qui fonctionnait un peu comme un ghetto. Les personnes ne sortaient pas beaucoup et personne ne rentrait non plus dans ce lieu parce qu'il paraissait étrange avec des gens qui n'avaient par l'air bien, un peu comme des zombies. Il y avait un malaise autour de ce territoire et donc elle a souhaité travailler avec cette population ; les travailleurs sociaux ne réussissaient pas, il y a des lieux difficiles à pénétrer. Elle, qu'est-ce qu'elle a fait ? Elle a pris des sièges pliants et puis elle est venue s'installer sur l'espace public comme des gens qui seraient en difficultés pourraient éventuellement le faire, s'ils n'ont pas de lieux où se mettre. Elle s'est

mise là, d'une manière régulière. Petit à petit des gens sont venus s'asseoir à côté d'elle, ils ont commencés à parler, un lien s'est créé. Les gens avaient un petit peu le souci d'elle en se demandant ce qu'elle faisait là. Ils se sont pris de sympathie pour elle et elle est rentrée dans les échanges avec eux. Elle s'est rendue compte que plein de choses ne se disaient pas ou plus depuis longtemps au niveau de ce que les gens vivaient comme souffrance, comme difficultés, comme troubles et que l'ouverture de cet espace de dialogue dans l'interstice de l'espace public et bien ça avait libéré la possibilité de mettre sur le tapis un certain nombre de problèmes, de troubles qui étaient vécus par les habitants ; et donc il y a eu une dédramatisation d'un certain nombre de choses. Les gens se sont mis à parler, à venir tous les jours, et plein de problèmes ont été travaillés sans intervention autre.

Jean Furtos, psychiatre, ONSMP-ORSPERE

Ce qui était hallucinant, c'était la manière dont elle le décrivait. Elle décrivait des gens qui étaient auto-internés chez eux et qui sortaient ébouriffés ; ils auraient pu sortir d'un asile psychiatrique d'avant-guerre dans de mauvaises conditions...Non, ils sortaient de chez eux et c'était des gens qui s'étaient auto-internés et qui, grâce à cette femme devant leurs immeubles sur son petit siège, sont venus vers elle. Au fond, se révélait « une absence de trouble plus grave que des troubles » avec des personnes qui venaient pour aider ; ils s'identifiaient à cette personne seule. N'y avait-il pas aussi ce problème de violence sexuelle qui a été révélé ?

Michel Joubert, sociologue, Professeur à Paris VIII

Oui, c'était une des situations dont elle a parlé. Petit à petit quand les langues se sont déliées. Une situation était particulièrement angoissante pour les habitants. Il y avait un monsieur qui était sensé exercer des violences sexuelles sur deux jeunes filles et tout cela ne se disait pas. C'était su, mais ça ne se disait pas, donc rien n'était fait, c'était la loi du silence qui prévalait. Elle a été installée ses pliants devant le domicile de cette personne-là. Du coup, il y a eu une espèce de parole qui s'est créée ; le Monsieur est sorti, il a jeté un tabouret sur elle. Il y a eu conflictualisation et mise sur la scène commune de la vie de quartier de ce problème et les gens se sont mis à en parler. A partir de là, une action a été possible et l'acte même d'agression qu'il a pratiqué, est devenu l'amorce du processus d'aide, de soin et juridique qui

s'est amorcé. Les choses se sont débloquentées à partir de là. Je reprends ce qu'elle a dit « *c'est parce que les habitants de ce quartier ne parlent plus que cela devient envahissant. L'angoisse, la tension, le trouble. Des fois, créer un espace de parole, s'est avoir un tiers qui fait que sur l'espace du local du bâtiment ou du quartier, il y a des possibilités d'interlocution, des possibilités d'interpellation qu'il n'y avait pas auparavant, là où les choses étaient totalement étouffées* ».

QUESTIONS

Jean-pierre Martin, psychiatre

Je voudrais faire une remarque sur ce que vient de dire Michel Joubert. Depuis des années à Paris, on a ce débat avec les élus qui nous font la remarque suivante :

40 % des personnes seules souffrent d'isolement et présentent des problèmes de voisinage. Le chiffre n'est pas scientifique, c'est un vécu. Je crois que c'est la question centrale à laquelle aujourd'hui on n'arrive pas à répondre, quels que soient les dispositifs. Tant que ces personnes viennent d'une part, soit vers l'aide sociale, vers les centres d'aide sociale des mairies, soit des centres d'accueil créés sur le plan psy, il faut prévoir l'accompagnement de sortie de leur logement, avant de commencer à travailler, et voir quelles sont les causes de cette situation de souffrance, d'isolement et de solitude. On est passé de la solitude à l'isolement.

Deuxième question que je voulais poser, c'est la question de la régulation. Le problème des régulations aujourd'hui proposées et promues, c'est que ce ne sont pas des régulations de négociation, ce sont des régulations administrées et je crois que là, on est face à un gros problème. On prend du temps, on se met en situation d'interface, la demande et la réponse faite, cet entre-deux nécessite que l'on donne du temps et ce temps, il sert à quoi ? À négocier avec tous les acteurs. C'est cette notion qui est battue en brèche par le fait que la régulation administrée se donne des critères de gestion qui ne sont pas ceux d'une vraie négociation mais d'une négociation biaisée. J'étais amené à obéir à des protocoles ou à des modes de fonctionnement qui, parce qu'ils sont financés, doivent rendre compte de critères de retour d'évaluation. Nous sommes complètement dans ce débat-là actuellement, et je crois que c'est ce qui plombe en grande partie la tentative de nombreux acteurs de terrain, qu'ils soient dans la psychiatrie ou dans le social, d'arriver à travailler ces histoires de négociation dans le temps.

Jean Furtos, psychiatre ONSMP-ORSPERE

Ce que dit Jean-Pierre Martin est très important. On comprend que l'isolement devrait avoir idéalement un autre traitement. Il est peut être impossible de continuer d'évoluer vers une société où tout le monde se retrouve seul à la fin de sa vie ou au milieu de sa vie. Peut-être qu'il y a des histoires à voir avec l'architecture, les modes de logement, des choses qui échappent aux intervenants que nous sommes, confrontés à une situation où il faut être très excellent pour se débrouiller. Quand on est seul, si on n'est pas très excellent, même pas de troubles est le pire. Cette notion de « même pas de troubles » est le plus grave. Cette femme de Grenoble, son association, avait identifiée qu'il y avait des gens qu'on ne voyait jamais et c'est intéressant parce que, souvent, on ne discute que des cas qui posent un gros problème en général, un problème de voisinage chaud. C'est important de s'occuper des problèmes de voisinage chauds, mais les problèmes de voisinage froids, comment les travailler ? C'est une question peut-être d'aller à contre-courant d'une tendance actuelle ou théoriquement le secteur était fait pour travailler avec les CCAS, les mairies, tous les partenaires, les bailleurs, ça se fait à certain moment et plus on a l'habitude de le faire, plus c'est facile et quand les habitudes se perdent c'est plus difficile, je ne peux rien dire d'autre. Parmi vous, peut-être des gens ont des bonnes ou des mauvaises expériences sur ces collaborations. Je sais que, récemment, en tant que psychiatre de secteur, j'ai été appelé au CCAS de la ville où je travaille ; c'était une femme que l'on devait expulser ; l'arrêté d'expulsion était quasiment fait, parce qu'elle avait un syndrome d'incurie à domicile qui dépassait les bornes et puis l'infirmière qui connaissait cette femme depuis 20 ou 30 ans en a parlé avec l'assistante sociale en disant « *cette femme, on peut faire quelque chose avec elle* ». Je suis allé au CCAS, je dirai pour mettre le poids du médical dans la balance, parce que au fond l'autorité médicale peut servir dans certains cas pour parler de ce qu'est l'incurie, pour parler de comment ça se présente, les choses qui sont refusées, les choses qui sont acceptées et de ce qu'un collègue parisien appelle le « porteur de panier », quelqu'un qui peut tout de même rentrer chez la personne, et comment on peut avancer en s'appuyant sur le porteur de panier (et il y avait justement un porteur de panier à la réunion CCAS) ; résultat : cette femme n'a pas été expulsée. Evidemment, ces cas existent, et il faut perdre beaucoup de temps à discuter entre partenaires pour que ça existe ; le pire actuellement, c'est peut-être la rentabilisation du temps, faire du chiffre, qu'on soit dans la police, dans le travail

social, ou dans la psychiatrie. Faire du chiffre, c'est une chose qui ne permet plus la négociation.

Une assistance sociale,

Je travaille dans une commune de Haute Seine, je suis assistante sociale de formation et je suis responsable d'un service action sociale logement. Il y a plusieurs choses qui m'interpellent dans ce que vous venez de dire. Et ce qui m'interpelle, entre autre, c'est ce que vous dites « quand il n'y a pas de troubles » ; Dans la commune sur laquelle je travaille, il y a trois projets de renouvellement urbains et sociaux qui sont menés. Mon service y participe parce qu'on a une mission d'accompagnement social des locataires dans le cadre de leur relogement et justement ; je pense à une situation qui avait été évoquée il y a quelque temps : un locataire , a priori seul avec de gros problèmes de santé, qui avait perdu sa maman, dont on n'avait plus aucun signe parce qu'il ne répondait plus, n'ouvrait plus son courrier... et au bout du compte, on s'est aperçu, 4 mois après, qu'il était décédé dans son logement. Donc, si vous voulez, « même pas de troubles » effectivement en soi c'est quand même assez grave. Qu'est ce que ça veut dire quand au bout de 4 mois, on découvre que quelqu'un était décédé, sachant que les voisins ne s'en étaient même pas aperçus ? Ca voulait dire qu'il n'avait effectivement aucun lien, aucune connaissance, aucune famille et ça je dirai que c'est quelque chose qui interpelle beaucoup. Après, sur l'aspect du processus de démolition, de reconstruction avec la prise en compte des locataires, les troubles divers et variés, les jeunes, les problèmes de drogues... quand je vous entends parler d'hypertolérance, je pense que l'hypertolérance en tout les cas est souvent liée à des gens qui subissent des situations et qui se retrouvent je dirai dans des contraintes quotidiennes. Je pense qu'il faut absolument qu'on puisse interroger sur comment on peut mettre en place des réseaux, des espaces de médiation pour voir comment on pourrait servir de tiers à un moment donné, justement pour éviter ces hypertolérances et faire que les gens s'en vont. Malheureusement, les gens s'en vont, les situations et les quartiers se dégradent.

Michel Joubert, sociologue, Professeur à Paris VIII,

Juste en écho à ces problèmes d'isolement dont les deux intervenants ont parlé, et de troubles de voisinage chauds et froids. Sur le même arrondissement où nous avons travaillé, lors de la canicule, on a vu sortir des immeubles des personnes qu'on n'avait jamais vues. Des personnes ébouriffées qui n'en pouvaient plus, mais qui n'étaient pas connues du voisinage et sur ce quartier où il y a beaucoup de lien, où il y a beaucoup de communauté qui coexistent, et donc des solidarités qui continuent à fonctionner. Ces personnes, dès qu'elles sont sorties, ont été prises en charge d'une certaine manière par la population présente sur le quartier qui à cette époque là était énormément dans la rue. C'est-à-dire qu'immédiatement les cafés ont ouverts, les gens se sont hydratés et il y a de l'interconnaissance qui s'est créée. Dans le bilan qui a été fait après la canicule, il s'avère que cet arrondissement sur Paris est celui où il y a eu le moins de décès, mais en même temps, il y a ce constat qu'il y avait une partie de la population du quartier qui était hors voisinage ; En tout cas, qui fonctionnait totalement dans une invisibilité relatée par rapport au lieu, donc il bénéficiait de très peu de secours. Il y avait évidemment des micros liens qui permettaient de s'approvisionner, les histoires de panier, mais c'est tout. Il y a quelque chose de très préoccupant par rapport aux conditions de fonctionnement du voisinage en tant qu'espace de sociabilité.

Jean Furtos, psychiatre ONSMP-ORSPERE,

Je vais continuer sur la canicule. On s'est rendu compte, à l'époque, que parmi les personnes fragilisées par la canicule, il y avait les malades mentaux, pas seulement parce qu'ils étaient malades mentaux, mais aussi parce qu'ils avaient des médicaments qui pouvaient poser des problèmes en situation limite, des problèmes de respiration et de mouvements, ce qui était un point de vulnérabilisation ; d'une manière empirique, en tout cas sur Lyon, on a eu une discussion entre collègues et il s'est avéré que les secteurs qui avaient intégré dans leur travail depuis longtemps des visites à domicile n'avaient pas perdu de vieilles personnes parce qu'il y avait une habitude d'aller les voir. Par contre, quand la question de la visite à domicile n'était pas intégrée par le travailleur socio, ou par les psys, il y avait beaucoup plus de mauvaises surprises parce que tout le monde ne sort pas comme ça dans un quartier. Ca a été une grande chance dans le quartier de Paris XVIII que les gens soient sortis ; au contraire, il y en a qui sont scotchés sur place et si on ne va pas les

voir, ils continuent de s'abandonner... La visite à domicile fait partie de la panoplie d'intervention.

Pierre Morcellet, psychiatre à Marseille

Par rapport à ce que vient de dire Michel Joubert sur ces gens qui sortent tout d'un coup, ça me fait penser à une situation sur laquelle on a travaillé, sur laquelle on continue à travailler : des personnes qui réapparaissent sur la scène sociale, mais après en avoir disparu à peu près pendant 25 ans. Ca me fait penser à la question des troubles du voisinage, à une certaine résistance qui a été celle des psychiatres au début par rapport à une tendance qui nous semble être la nôtre encore pour l'instant ce matin, qui est celle de penser qu'il y a des troubles parce qu'au début, au départ de tout cela, il y a des auteurs de troubles. Or, cette histoire, c'est l'histoire d'un immeuble dans lequel vit une famille de trois personnes qui vivent complètement reclus de la société depuis 25 ans et même plus, depuis qu'elles ont accompagné leur fille unique à la consultation pour des troubles épileptiques. Le père et la mère décident que maintenant, depuis qu'elle prend des médicaments, la petite fille devrait être guérie et donc ils décident de ne plus amener leur fille à l'hôpital la Timone pour continuer les consultations. Le neurologue qui reçoit cette petite fille fait un signalement et quand les services sociaux commencent à se manifester à l'école, les parents décident de retirer l'enfant de l'école, et puis ils ne répondent plus aux courriers et finalement sortent du système économique. Monsieur fait l'interface avec la société dans le sens où il a une activité économique. Il va en ville, il ramasse des objets qu'il arrive à revendre ; avec cet argent il achète à manger et à boire pour la famille. Ils n'ont plus d'eau, plus d'électricité, ils n'ont plus de carte d'identité, ne paient plus les impôts, les charges de l'appartement dont ils sont propriétaires. Mais voilà que cet appartement est situé dans un immeuble particulièrement vétuste, habité par des personnes qui sont toutes dans des situations complexes (en tant qu'étranger, en situation irrégulière) ; on a là une hypertolérance peut-être ? Non pas que les gens ignorent la situation, peut-être même ont-ils essayé d'aider à un moment cette famille, mais étant donné qu'elle fonctionne complètement en autarcie, ils ne sont pas allés signaler quelque chose parce que dans cet immeuble on n'aime pas que les gens s'introduisent. En général, se sont des enquêteurs, des huissiers... Donc, c'est aussi la situation sociale de l'ensemble des habitants de l'immeuble qui rend la situation autarcique, le trouble du

voisinage possible. On a eu à traiter la situation de cette personne, que ce soit la fille, la mère, le père, les choses sont en cours ça fait maintenant un an qu'on y travaille. On parlera de la façon dont on se donne du temps. C'est vrai qu'on voit apparaître des gens qui sortent des immeubles. Comment sont-ils sortis de l'immeuble ? Et bien il y a eu un arrêté qui a été écrit parce que le volet de la cage d'escalier menaçait d'effondrement et donc tous les habitants de l'immeuble ont été évacués et relogés ailleurs, dans un foyer d'accueil et là on s'est aperçu que ces trois personnes avaient quand même une façon singulière de se conduire, s'est comme cela que petit à petit ça passe un peu par la police, les pompiers... on arrive à la question de leur état de santé mentale. La résistance qu'avait le psychiatre pour travailler dans le réseau était quand même celle là ; c'était, oui il y a des troubles du voisinage, souvent c'est l'absence de troubles qui peut être plus troublante d'ailleurs sur le plan de la santé mentale. Mais va-t-on prendre en compte la question du contexte social et politique qui rend la chose possible ?

Une chercheure,

Je suis chercheuse de formation en développement de l'être humain et je m'interroge sur les réactions aux troubles de voisinage et cette hyper tolérance. Est-elle un trouble de réaction, quelle est finalement la réaction de bonne santé mentale à ce trouble ? Est-ce que l'on peut considérer l'hyper tolérance comme déjà une réaction pathologique aux troubles ou bien est-ce une réaction qui est j'allais dire de bonne santé mentale ?... Dans les réactions, quelle est finalement la frontière du pathologique de la normalité dans la réaction aux troubles du voisinage ?

Un intervenant,

Avez-vous eu le temps de traiter les typologies des troubles du voisinage et les conflits qu'ils génèrent ? Comment déconstruire la représentation que les gens se font du trouble, de lui-même ?

Réponses

Christine Melato, psychologue,

J'ai fait partie des équipes de recherche, je voulais juste parler de l'hyper tolérance ; effectivement, Michel a parlé de ce qui était des espaces de mise en dialogue qu'on a pu constater, notamment sur les quartiers de Paris. Je me disais aussi qu'il y avait un espace de dialogue, j'ai envie de dire avec soi-même lorsque l'on se sent du côté du troublé et de savoir aussi ce qui était du propre espace intermédiaire de mise en dialogue, entre l'envie de comprendre les usagers de drogue qui pouvaient être acteurs dans les troubles et la nécessité de se protéger par rapport aux intrusions, notamment dans les immeubles. Du coup, c'est aussi se donner un espace de l'indécidable avant de pouvoir trouver ce qui convient le mieux d'une réponse à apporter. Soit, on a pu voir des habitants qui avaient monté des associations pour ou contre, mais aussi des habitants qui pouvaient aussi décider de faire appel à un tiers, notamment à des associations et des coordinations qui étaient là pour cela.

Jean Furtos, psychiatre ONSMP-ORSPERE,

Je peux dire quelque chose sur la tolérance, à partir de la définition de la santé mentale que j'ai proposée en 2004 au congrès international de Lyon : il y a un point, celui de la capacité d'avoir des liens avec soi-même et avec autrui, sans destructivité mais non pas sans révolte ; la révolte est la capacité de dire non. Je dirais que, dans son principe, pas dans chaque situation, je suis d'accord avec ce que dit Christine Melato. Mais dans le principe, il est intéressant de pouvoir dire non à un empiètement qui empêche de vivre. A partir de quand va-t-on pouvoir dire non à un empiètement qui empêche de vivre ou qui donne une restriction vitale très importante, et jusqu'où peut-on le tolérer ? La tolérance au dérangement est importante puisque on va dire que personne n'existe s'il ne dérange pas au moins une personne ; quelqu'un qui ne dérange pas n'existe pas, soit dans son intimité à lui, soit dans son voisinage ; pour exister, il faut déranger. Mais trop déranger doit susciter chez l'autre la capacité de dire non « *là tu me déranges vraiment trop, je ne peux plus vivre* ». Benoît Eyraud, sociologue, nous a appris que la tolérance, quelle que soit la manière dont on l'appelle, varie d'une cage d'escalier à l'autre, d'un quartier à l'autre, d'un immeuble à l'autre. C'est-à-dire que ça fait partie de la

personnalité d'une entité sociale. A partir de ce moment-là, on ne va pas dire qu'il y a une normalité ou une anormalité a priori. Ca fait partie de la personnalité d'une cage d'escalier. Benoît nous a appris que lorsque quelqu'un changeait dans une cage d'escalier, la tolérance ou l'intolérance augmentait. C'est vraiment une entité sociologique qui existe comme une personne. De même dans les quartiers, il y avait dans cet arrondissement de Paris, une acceptation de l'étranger qui était très importante. Ce quartier avait reçu à une époque beaucoup d'étrangers qui avaient pris l'habitude d'être dérangés par d'autres et d'intégrer le dérangement. On ne peut pas parler d'intolérance et d'hyper tolérance trop vite. Il y a d'abord une tolérance. Il y avait aussi des gens qui ne pouvaient plus vivre, qui ne pouvaient plus dormir, la porte était cassée... trop de tolérance devient alors la perte de la capacité de dire non. Autrement dit on peut perdre, dans certaines conditions psychosociale, la capacité d'être dérangé dans des limites qui restent socialisantes et interactives.

Benoît Eyraud, sociologue,

Ce qui me semble important, c'est le passage « de troubles du voisinage » à « voisinage et ses troubles ». Le danger du terme trouble du voisinage, c'est de fabriquer une catégorie d'action publique qui essaierait de délimiter une réalité sociale qui, on le voit, prend des formes vraiment multiples entre les situations d'isolement, la situation des jeunes, la situation des alcooliques... On voit bien que le voisinage exprime, prend des formes très variables, qu'il semble difficile d'enfermer dans une catégorie d'action publique univoque. Première dimension, effectivement l'un des enjeux de la recherche, a été finalement aussi de faire un effort pour casser une catégorie en train de se construire puisqu'on a vu que la loi de 2007 introduisait et officialisait cette catégorie comme une catégorie juridique, ce qui jusque là n'existait pas.

Première vigilance, ne pas construire une catégorie trop rapide qui essaierait de rassembler ce qui n'est pas tout à fait rassemblable. Il me semble que dire diversité du voisinage c'est aussi dire qu'il y a de multiples personnes qui sont amenées à intervenir, et ces multiples personnes ont des compétences, des attentes très variées par rapport à cet enjeu du voisinage, et je crois que d'un point de vue global il y a un indécidable, mais d'un point de vue de chaque personne pris dans la situation de trouble, il y a toujours une forme de décision par l'action qui se fait et je crois que le questionnement sur quand est-ce qu'on intervient ? Quand est-ce qu'on décide ?

Quand est-ce qu'on peut prendre part à la régulation du trouble ? Doit se faire dans une dynamique, d'une modestie par rapport à l'indésirable. C'est-à-dire ce que je peux faire ne va pas résoudre le trouble, mais par contre de ma place, j'ai une part à prendre dans la résolution du trouble.

Michel Joubert, sociologue, professeur à Paris VIII

Nous avons fait un travail assez exhaustif, notamment au moment du séminaire d'analyse et de classement de l'ensemble des figures de troubles qui étaient rencontrées par les acteurs, les professionnels, les bailleurs, les intervenants, les médiateurs, pour essayer d'y voir plus clair et de comprendre un peu les principales logiques qui étaient à l'œuvre. On a effectivement, d'un point de vue méthodologique, travaillé à déconstruire et à reconstituer ce qui se cachait derrière ces manifestations en tant que phénomène social, en tant que processus, en tant que contexte. On a pris en compte tous ces éléments et sur chaque terrain ensuite on a mis en œuvre cette méthodologie qui consistait, comme le disait Benoît, à ne pas être du tout otage de la catégorie de troubles du voisinage, mais au contraire à reconstituer tout l'environnement et à considérer finalement les collectifs de vie sociale sur un territoire donné globalement comme un phénomène social total où les dimensions psychosociales, relationnelles, les conditions de vie interféraient et à ne considérer la question des troubles que comme une résultante expressive de quelque chose au sein de ce système.

Un intervenant,

De profession juridique, je voulais apporter une nuance par rapport à ce que vous appelez l'indécidable. Le trouble, il peut être qualifié. Il y a une qualification juridique du trouble. Je ne veux pas empiéter sur l'intervention de cet après-midi, mais on sait qu'il y a ce qu'on appelle les inconvénients normaux du voisinage. Je ne veux pas que les choses soient confuses. Je pense que la règle du droit à sa place dans ce type de raisonnement, pour avoir géré des conflits de troubles du voisinage pendant 10 ans.

Jean Furtos, psychologue, ONSMP-ORSPERE,

Madame Salvetti va parler du droit et de la nécessité de la jouissance paisible de la chose louée, bien entendu, qui fait partie du contexte juridique, de même que la loi 2007 fait partie du contexte juridique aussi.

Agnès Josselin, sociologue,

J'ai travaillé sur le terrain où se trouvait l'opération de renouvellement urbain. Dans ce cadre on voit bien que par l'effet de structure, il est majeur, en l'occurrence, puisque les personnes qui se retrouvent confrontées à l'opération de renouvellement urbain, de fait ne l'ont pas choisi et surtout, quand nous sommes arrivés sur le terrain, l'opération avait démarrée depuis quelques années déjà. Donc les personnes qui restaient dans les immeubles étaient celles précisément qui n'avaient pas pu s'emparer de « cette opération » pour se reloger et choisir les conditions de leur relogement ; elles étaient bien plutôt dépendantes des logements qu'on allait leur proposer sur lesquels elles avaient très peu d'emprise et qui dépendaient de leur situation personnelle, au chômage, travaillant, au RMI, ayant ou non une dette locative vis-à-vis de leur bailleur actuel. Le bailleur actuel ayant ou non un parc locatif important permettant un relogement ailleurs. Toute une série de critères et de conditions qui faisait que quand on est intervenu, ceux qui restaient étaient les plus endettés, les plus vulnérables, dans un parc dégradé, chez un bailleur qui avait peu de parc locatif ; toute une série de choses qui les mettaient dans des difficultés supplémentaires. Il est bien évident que pour ces personnes-là, on peut effectivement dire que le contexte politique... au niveau local et du coup au niveau national puisqu'on sait que les opérations de renouvellement urbain sont aussi conditionnées par l'obtention des crédits de l'ANRU (Agence Nationale de Renouèlement Urbain). Il y a un lien entre des politiques macros et des vécus intimes personnels, dans un cadre ordinaire. Je reviens sur la notion du « même pas de troubles » qui a été évoquée tout à l'heure. Pour dire, que ce « même pas de troubles », il ne faut pas oublier qu'il est en général précurseur d'un trouble bien plus grand. Si on revient sur les modalités qu'a évoquées Jean Furtos, à savoir le mode mineur et le mode majeur, on pourrait dire que l'absence de trouble est le préalable à un mode ultra majeur. A savoir, un décès qui n'a pas été repéré ou sur le terrain où l'on s'est trouvé, une tentative de meurtre... qui ont eu lieu pendant le week-end, dans des moments où...y compris la présence sociale qui peut exister dans une

opération de renouvellement urbain, à savoir des conseillers qui vont voir des personnes, les locataires pour travailler avec eux alors au logement. Ces personnes là sont présentes du lundi au vendredi. Les permanences ont lieu du lundi au vendredi. Le week-end est le temps mort, par excellence dans ces endroits. On a trouvé des gens qui vivaient seuls dans des immeubles de dix étages depuis un an ou deux. Ca génère des troubles. C'est certainement un préalable à des troubles plus importants.

Jean Furtos, psychiatre ONSMP-ORSPERE,

Je me rends compte que la manière dont on a restitué la recherche laisse peut-être sur leur faim un certain nombre d'entre vous. Il s'agissait de la question d'un juriste, des gens qui travaillent au C.C.A.S, qui sont bailleurs, qui travaillent dans des foyers... peut-être ne peuvent-ils pas d'emblée faire le lien avec ce qu'on a dit, sur la question de l'aspect en quelque sorte politique de la chose. Ca fait longtemps qu'à l'ORSPERE on pense une chose un peu paradoxale, c'est-à-dire que rabattre un certain nombre de chose politique sur la santé est une manière de dépolitiser les problèmes politiques ou les inégalités sociales. La question de reprise des inégalités de santé et notamment de santé mentale en fonction du contexte social est une des manières actuelles de repolitiser le débat parce que personne n'est dupe. Il faut savoir qu'on peut aussi bien enterrer le débat ou le réamorcer par le biais d'une vision de santé mentale qui ne soit pas réduite au fait de soigner quelqu'un qui va mal.

Michel Joubert, sociologue, Professeur à Paris VIII,

Nous avons été très attentifs au risque de voir interpellé ou mobiliser la psychiatrie des psys sur ces questions de santé mentale pour travailler ou traiter de ces questions du trouble du voisinage. Du coup, devoir se remettre en place une logique de médicalisation d'un certain nombre de problèmes qui manifestement ont souvent leur source dans les conditions de vie et la nature des rapports sociaux tels qu'ils se développent sur certain quartier défavorisés. Par rapport à ça, on a effectivement été très attentifs à ne pas se laisser entraîner là-dedans. On a essayé de comprendre les ressources, les mobilisations, les capacités à agir qui s'inventaient sur le terrain pour essayer de faire autrement que simplement de désigner les personnes comme auteurs de troubles. La tendance, elle, était toujours présente. C'est plus facile

d'identifier une victime et un fauteur de troubles que de s'interroger sur ce qui dans l'histoire et dans les conditions de vie locale a pu contribuer à mettre les personnes dans une situation impossible et insupportable.

3. COMMENT SE CONSTRUIT LA NOTION DE TROUBLES DU VOISINAGE (TROUBLES DE LA JOUISSANCE PAISIBLE, VIOLENCE)

Denise SALVETTI, Conseiller Juridique, Union Sociale pour l'Habitat, Paris

Je vais apporter à ce colloque un apport nouveau, celui du juriste et je pense qu'il est important de voir comment le droit aborde ce problème des troubles du voisinage et incidemment puisque cela fait partie des problèmes de santé mentale.

Premier point, le problème de troubles du voisinage dans l'habitat n'est pas quelque chose de nouveau. C'est une vieille composante, je dirai habituelle, du métier de gestionnaire, du métier de bailleur, puisque le bailleur, vous le savez, est obligé de garantir au locataire la jouissance paisible.

Toutefois, il est vrai que cette question a pris ces dernières années notamment dans le cadre du logement social une importance que j'ai vu croître de manière très significative. On peut s'interroger : pourquoi cette montée en régime ? Peut-être qu'elle vient de la spécificité des populations que nous logeons qui sont des populations fragiles, plus fragiles que les autres sur le plan économique. Des populations qui viennent d'horizon divers, qui ont des façons de vivre, des façons d'habiter qui sont différentes et une plus grande difficulté à vivre ensemble. Et puis, on a souligné ce matin très largement peut-être pour le déplorer le fait que notre société est une société de plus en plus individualiste où on veut le calme, la tranquillité, c'est très bien et peut importe le voisin. Il est vrai aussi, que la politique des hospitalisations, la fermeture de nombreux lits dans le secteur psychiatrique, ont amené aussi et particulièrement dans le secteur du logement social l'apparition d'un public nouveau et des troubles de voisinage qui vont avoir pour origine ce que l'on appelle quand on voit certains arrêts de la cour de cassation ou de juridiction autre, on parle de « troubles du comportement » très souvent à l'origine de ces problèmes de voisinage et de ces atteintes à la jouissance paisible. Alors, les bailleurs eux on dû s'adapter à ces comportements nouveaux pour essayer de les comprendre et essayer d'y remédier. Un peu partout il existe sur le terrain des modes de règlement, litiges de troubles du voisinage qui sont internes aux organismes qui pourraient toujours rester dans le domaine amiable bien évidemment avant d'aller à la résiliation

du bail lorsque l'on ne peut pas faire autrement. Souvent, s'agissant plus particulièrement de santé mentale, les organismes des HLM ont essayé de mettre en place pour mieux comprendre, pour mieux appréhender ces problèmes, du partenariat avec les services de santé ou les villes. Il y avait un exemple un peu atypique mais intéressant d'un organisme. L'attache d'un psychologue pour effectivement mieux repérer les dysfonctionnements en matière d'habitat et apporter une réponse valable tant à la personne en souffrance qu'au voisin qui sont aussi en souffrance, les victimes. Le bailleur n'ayant pas qualité pour s'occuper de la santé du locataire, il va appréhender tous ces troubles du voisinage à travers son métier de bailleur, celui de la garantie de la jouissance paisible qui est due à son locataire. Je vous propose d'essayer de définir comment les troubles de voisinages s'inscrivent dans ce cadre de la jouissance paisible et comment s'exerce la garantie du bailleur dans ce cas. Enfin, on va essayer de rechercher s'il y a une définition du trouble du voisinage qui d'ailleurs peut s'approcher de celle que Monsieur Furtos a donné ce matin, qui est l'approche opérationnelle.

L'obligation de la jouissance paisible, vous le savez, naît dans le cadre du contrat de bail. Elle est contractuelle, elle est aussi légale ; le contrat de bail a un caractère synallagmatique, ça veut dire qu'il a des droits et des obligations réciproques pour les parties. Obligations pour le bailleur d'assurer le logement, de le réparer, et de l'entretenir, mais aussi d'en faire jouir paisiblement l'entrepreneur pendant la durée du bail. Disposition légale de la loi du 6 juillet 1989 qui est d'ordre public, c'est-à-dire qu'elle s'impose à tous. De manière corrélatrice, en signant son bail, le locataire s'oblige et s'engage à payer le prix et à user de la chose louée en bon père de famille, expression du code civil (art.1728), toujours d'actualité, même si maintenant on a une terminologie plus moderne, toujours dans la loi de 1989 puisque l'on parle de l'usage paisible des locaux loués suivant la destination donnée par le contrat. Je précise que cette obligation de jouissance paisible a la même importance pour un locataire que celle de payer le loyer, de payer les charges, puisque le non respect de cette obligation pourra se solder par la résiliation du contrat et exactement comme le fait de ne pas respecter ou remplir ces obligations financières. L'obligation de jouissance paisible concerne le preneur, elle concerne également les personnes qui sont en foyer, les enfants du locataire faisant des troubles dans la sécurité et la tranquillité des voisins, un tel fait peut entraîner la résiliation du bail du locataire du

fait de l'attitude de ses enfants. De même, il sera responsable aussi des troubles de ce que l'on appelle les gens de sa maison, c'est-à-dire toutes les personnes qu'il admet chez lui volontairement et qui peuvent aussi troubler le voisinage. Le contenu de cette jouissance paisible que le locataire doit respecter, c'est difficile de savoir comment user paisiblement des locaux loués. D'une manière générale, on retient que l'usage de la chose louée doit être celui qu'une personne raisonnable aurait en des mêmes circonstances, eu égard à la nature du bien, à sa situation dans le voisinage, aux intérêts des tiers et colocataires (locataires du même bailleur), les atteintes à la jouissance paisible vont être multiples.

En premier, c'est toujours le bruit qui est retenu comme le premier vecteur de trouble du voisinage parce que je pense que la tranquillité dans l'habitat c'est devenu quelque chose de primordial. Quand on achète quelque chose, c'est un endroit tranquille. Puis, des choses plus graves, on peut avoir des injures, des violences, des atteintes à l'intégrité physique, et là on aborde un aspect un peu différent qui fait partie du trouble du voisinage, qui a un aspect carrément pénal puisqu'il s'agit dans ce cas là d'infraction qui pourrait être poursuivie comme telle en dehors de tout trouble du voisinage. S'il n'y a pas de voisins, il n'y a pas de troubles du voisinage. L'atteinte à la jouissance paisible, ça peut être autre chose que le trouble fait par le voisin, personne physique. On peut avoir des atteintes à la jouissance paisible tout simplement parce que mon appartement est situé tout près de la cage d'ascenseur et ça fait du bruit, c'est aussi une atteinte éventuelle à la jouissance paisible dont un voisin n'est pas la cause et c'est rare que ce type de litige remonte jusqu'au bailleur. En général, ça se règle très bien, tout le monde est d'accord pour demander au bailleur d'intervenir. Cette obligation du bailleur de garantir une jouissance paisible elle est aussi très importante puisque, s'il n'intervient pas, s'il n'agit pas alors même qu'il a des plaintes de ses locataires, il met en jeu sa propre responsabilité, et il peut se voir assigné devant les tribunaux pour non respect de ses obligations contractuelles, éventuellement dommages et intérêts et bien évidemment obligation de faire rentrer les choses dans l'ordre le plus rapidement possible et éventuellement sous astreinte. Cette obligation est aussi inhérente à la situation, à la qualité du bailleur, que ce soit un bailleur social ou un bailleur privé. Cette obligation de jouissance paisible due au locataire existe de par le contrat de bail et elle s'applique quel que soit le statut juridique de l'intéressé. Je signale ce point car il y avait eu un arrêt de la cour de cassation en 1998 où c'était des organismes HLM qui avaient

essayé d'arguer du fait qu'ils n'étaient pas dans la même situation que les autres bailleurs, en ce sens qu'ils n'avaient pas le choix de leur locataire puisque les règles d'attribution dans le secteur HLM sont un peu particulières. Ils se retrouvaient avec une population plus difficile dont ils n'avaient pas forcément le choix pour la loger. Donc ils avaient essayé de dire que leur situation par rapport à l'obligation de la jouissance paisible pourrait être amoindrie, ce qui n'a pas été retenu par la cour qui a relevé que l'obligation de faire jouir paisiblement le preneur tient à la nature du contrat et ne comporte pas de spécificité tenant à la qualité du bailleur. C'est donc une obligation, le simple fait d'être bailleur vous oblige à assurer à votre locataire une jouissance paisible qui par ailleurs est contenue dans un texte d'ordre public, la loi de 1989, ce qui veut dire qu'on ne pourrait pas mettre dans un bail une clause disant que le locataire fera son affaire des problèmes de voisinage. Une telle clause serait inopérante et réputée non écrite. L'étendue de la garantie, le preneur doit être protégé contre le bailleur lui-même. Il ne va pas empiéter et venir troubler sa jouissance, il doit être protégé et c'est surtout ce qui nous intéresse, les troubles qui proviennent des autres locataires. En effet, le bailleur est responsable des agissements de l'autre occupant de l'immeuble avec lesquels il a un lien juridique. Donc, il est tenu d'agir à leur encontre si ces derniers causent des troubles. Limite à cette garantie : lorsque les faits émanent des tiers, c'est-à-dire de personnes avec lesquelles le bailleur n'a pas de lien juridique. Je prends l'exemple d'une affaire : c'était des clochards qui avaient l'habitude de s'installer dans une entreprise d'immeuble (à l'époque les entrées n'étaient pas comme maintenant forcément toutes closes) ; ils vivaient dans l'entrée de l'immeuble ce qui entraînaient des troubles du voisinage, des atteintes à la jouissance paisible des occupants de l'immeuble. Ces derniers à force de demander aux bailleurs d'agir, avaient fini par l'assigner en justice en demandant tout simplement que la porte soit fermée, qu'on mette une serrure. Ils ont été déboutés de leur demande justement parce que les juges ont considéré que les clochards étaient des tiers avec lesquels les bailleurs n'avaient pas de lien et qu'ils ne devaient pas garantir à ses locataires du fait d'agissement de tiers, ça c'est important. Une des limites à la responsabilité du bailleur.

S'agissant de troubles du voisinage entre voisins, le bailleur doit garantir de quels troubles il s'agit sur un plan juridique. La position de la jurisprudence est extrêmement sévère pour les bailleurs. Elle considère que tout trouble de fait peut-

être pris en charge par le bailleur dès lors qu'il n'émane pas d'un tiers. Le fait est considéré comme générateur de responsabilité pour le bailleur sans qu'il y ait lieu de distinguer s'il se rattache ou non au contrat de bail. C'était une affaire qui avait été devant une cour d'appel : deux voisins qui visiblement avaient des problèmes d'incompatibilité d'humeur entre eux et ça prenait des aspects d'injures, de violence... Dans un premier temps la cour d'appel avait considéré que c'était des problèmes de mauvais locataires, des problèmes liés aux personnes et que le bailleur n'avait pas à intervenir. La cour de cassation ne l'a pas suivie et a retenu au contraire qu'à partir du moment où il y avait un trouble, un des locataires subissait un trouble, la garantie du bailleur devait s'exercer. Il n'y a aucun texte qui donnera une définition légale des troubles du voisinage. La définition du trouble du voisinage qui intéresse le juriste est essentiellement liée à la jurisprudence. Elle se dégage de la juridiction civile et on considérera qu'il n'y a pas de responsabilité retenue par le juge, il y a plutôt des responsabilités retenues par le juge que s'il s'agit d'inconvénients anormaux. C'est la notion d'anormalité qui est primordiale et essentielle dans l'appréciation des faits. On peut considérer qu'il y a une norme sociale, à partir du moment où il y a un voisin. Il y a un inconvénient qui est normal à partir du moment où je vis en société, où j'ai des voisins. Il est normal que ce voisinage entraîne certains inconvénients qui peuvent me gêner, mais qui font partie du choix de vivre en société. C'est un peu ce qu'on retenait ce matin en disant effectivement qu'il y a un seuil au-delà duquel ce n'est plus possible, ce n'est plus tolérable et c'est là que le juge considérant qu'il y a un trouble du voisinage au sens juridique du terme, trouble qui devrait être sanctionné. En la matière, il y a une appréciation des juges du fond, selon toutes les jurisprudences que l'on peut avoir. On retient en général le caractère permanent du trouble, son caractère répétitif et les juges prononcent la résiliation du bail lorsqu'ils considèrent que le trouble est devenu tel qu'il ne permet plus le lien, le bail ne peut plus subsister. L'appréciation du trouble se fera en fonction du lieu, en fonction de la sensibilité des personnes, et le trouble anormal sera aussi pris en compte, même en l'absence de faute. C'est un principe posé par la cour de cassation. Ce que l'on regarde, c'est qu'il y a un trouble. Il est anormal et on le sanctionne, peu importe qu'il y ait à l'origine une faute. Le problème de la faute à ce niveau là n'intervient pas. L'origine des troubles qui pouvaient avoir une cause psychiatrique, de comportement et l'appréciation faite par les juges est très variable. Par exemple, la cour d'appel de Lyon avait confirmé la résiliation du

bail d'un locataire dont le fils causait des troubles du voisinage et il relevait que la personne avait des troubles de comportement qui s'étaient améliorés suite à des soins appropriés mais qu'à partir du moment où il ne produisait au débat aucune justification de la continuation de ses soins et de l'amélioration, il ne l'avait pas retenu effectivement comme une cause atténuant la responsabilité de la personne. Dans un autre cas en revanche c'est toujours en général la décision d'appel. En étudiant les problèmes des troubles du voisinage les juges retiennent que c'est une façon de se comporter qui n'est pas compatible avec le fait de vivre dans un immeuble. Dans d'autre cas, cette locataire à un comportement inadapté à la vie en collectif dont les conséquences pour le voisinage dépasse largement ce qui est tolérable et sont sans rapport avec une insonorisation insuffisante des logements à loyer modéré qu'elle avait essayé de plaider. Elle est donc en infraction avec son obligation de jouissance paisible des lieux. D'une manière générale, les juges ne retiennent qu'une seule chose, la réalité du trouble et le fait qu'il y ait à la base peut-être des problèmes de santé mentale ne sera pas vraiment considéré comme pouvant être exonératoire.

Pauline RHENTER, chercheure politologue, CCOMS, Lille

Je vais repartir de l'intervention de Benoît Eyraud qui disait que le danger du trouble du voisinage était de créer une catégorie univoque de l'action publique. Donc, je vais vous parler de ces catégorisations-là. De l'action publique locale, je vais resituer le lieu à partir duquel je parle, c'est-à-dire les deux recherches qui ont été menées par l'ORSPERE, avec le soutien de la délégation interministérielle de la ville sur les élus et la souffrance psychosociale pour la première, et pour la seconde sur le rôle et la responsabilité des maires en santé mentale à partir des troubles du voisinage pouvant conduire à une hospitalisation d'office. Je pars de ces recherches-action là qui ont été menées sous la forme de séminaires et d'enquêtes de terrain localisées dans plusieurs villes Françaises. Ma deuxième source d'inspiration, moins encadrée, très empirique quand même, c'est mon travail actuel au centre collaborateur de l'OMS qui est situé à Lille et qui travaille sur la santé mentale. J'ai une mission qui est très opérationnelle ; elle consiste à intervenir auprès des villes qui souhaitent monter des espaces locaux de concertation, collectifs qui intègrent tous ces acteurs que sont les bailleurs sociaux, que sont les maisons de justice et du droit, que sont les médecins généralistes, la psychiatrie publique de secteur, les organismes de

tutelle, les associations d'usagers. Ca me permet d'avoir des matériaux que je n'ai pas le temps d'exploiter comme je le souhaiterais, mais en tout cas d'être en contact avec ce qui se fait localement pour répondre à ce que les municipalités considèrent comme un trouble du voisinage en lien avec un problème de santé mentale.

Je vais resituer qu'on ne peut pas aborder cette question sans replacer la sensibilisation des élus aux questions de santé mentale. On ne peut pas oublier de relier cette sensibilisation au fait qu'ils ont un pouvoir d'hospitaliser d'office en psychiatrie qui est la seule entrée légale sur ce sujet avec la loi de prévention et délinquance, mais qui de manière très générale, beaucoup plus que la loi sur les hospitalisations d'office, prévention de la délinquance qui leur donne un rôle de régulation de l'ordre public de la tranquillité, de la santé de la salubrité en tant que maire dans le cadre de la prévention de la délinquance. C'est un cadre légal très général. Celui qui contraint le pouvoir d'hospitalisation d'office est beaucoup plus précis et c'est notamment par ce biais qu'un certain nombre d'élus ont commencé à s'intéresser concrètement parce qu'ils étaient sollicités en urgence la nuit, le week-end sur le portable d'astreinte en général qu'ils étaient extrêmement embarrassés de cette responsabilité là, de devoir décider et signer une hospitalisation d'office. Fut-elle provisoire, puisqu'elle est provisoire, c'est le préfet qui peut la confirmer. A priori un cadre qui est très restrictif et qui impose aux élus d'être attentifs à ce qui pourrait être considéré comme un danger imminent pour la sûreté des personnes en lien avec des troubles manifestes de la santé mentale. Voilà les termes de la loi.

Autre moyen d'entrer pour comprendre pourquoi les élus ont organisé concrètement des stratégies de réponse à des troubles du voisinage dits en lien avec des problèmes de santé mentale, ce sont les nombreuses sollicitations dont ils font l'objet par les acteurs que vous avez appelés dans la recherche des troubles du voisinage, les acteurs de la régulation secondaire, professionnels, associations, institutions, qui sont des intermédiaires entre eux et puis des professionnels de première ligne, de terrain qui sont vraiment en contact avec des publics en difficulté. Donc les élus sont quand même touchés par cette problématisation de la précarité en terme sanitaire au plus proche et c'est ce qui fait que ce n'est pas la seule entrée d'hospitalisation d'office pour traiter de ces questions là. Du coup, ils sont de plus en plus désignés par des institutions des acteurs secondaires de régulation du trouble du voisinage au titre de leur position de neutralité par rapport à des champs professionnels qui sont

concurrents ou en tout cas différents entre l'action sanitaire, sociale éducative... Les deux recherches-action qui avaient été menées dans le cadre de l'ORSPERE avaient conclu d'abord au fait que nous avons toujours deux situations idéales typiques qui tournaient autour de l'incurie et autour de la persécution.

La deuxième conclusion, assez importante, était plutôt liée à la seconde recherche sur les hospitalisations d'office. Les demandes d'hospitalisation, donc du coup même les actes d'hospitalisation d'office sont en décalage avec les exigences cliniques de troubles graves à l'ordre public. Donc on a un certain nombre de situations qui finissent par relever d'une hospitalisation sous contrainte alors qu'elles sont en décalage (visiblement on n'est pas dans un péril imminent mais plutôt dans une situation chronique) qui certes est grave et répétitive et qui inquiète mais qui n'est pas à proprement parlé du péril imminent ni du trouble grave à ordre public. La gravité pouvant être reconsidérée là comme une atteinte à l'intégrité physique à la plupart des situations, en tous cas dans les villes où l'on a pu observer ça. Les situations décrites sont très rarement des situations d'atteinte à l'intégrité physique des personnes. C'est cette rareté de la violence physique qui nous avait frappée, plutôt des choses sur le registre de l'incohérence du discours de l'état physique, de problèmes relationnels qui passent par le verbal et puis de débordement du logement. C'est la matérialité du logement qui fait qu'il y a un signalement qui est émis, que ce soit un dégât des eaux, incendie... On voit bien que dans tous les circuits de signalement qui sont créés parce que les municipalités s'y sensibilisent, tous ces processus de signalement, c'est plutôt des circuits de signalement sont tributaires d'éléments extrêmement différents qui sont liés aux territoires en question, qui sont liés à la culture d'intervention, santé publique de la ville, à la taille de la ville et qui sont liés aux professions et à leur cadre d'interprétation qui sont mobilisés dans ce circuit de signalement. Quand on regarde les différentes situations, si on focalise sur la ville de Grenoble, de Nantes et de Paris, la situation parisienne est tout à fait exceptionnelle par rapport au reste de la France, comme d'habitude d'ailleurs. On est frappé par la disparité des circuits de signalement, les auteurs sont à peu près toujours les mêmes, on retrouve les acteurs qui sont en proximité, les destinataires des signalements changent selon qu'il y a eu un dispositif qui est là pour recueillir des signalements et la façon dont il est rattaché ou non à un champ d'action. Par exemple, à Paris on voit bien qu'il y a un pôle signalement qui a changé de nom ; avant c'était le bureau d'action en santé mentale qui est rattaché à un

bureau qui s'appelle le bureau de la protection du public qui lui même est rattaché à la préfecture de police de Paris. A Nantes ou à Grenoble la situation est à peu près similaire sur la structuration au niveau de la ville. On va avoir des services santé qui ont investi la problématique des troubles du voisinage en lien avec la santé mentale et qui ont, du coup, créé des services un peu ad hoc et des dispositifs ad hoc avec des professionnels, psychologues intégrés à la ville. On est un peu sur le même modèle que sur les bailleurs qui intègrent des professionnels psychologues pour mieux décrire les situations, éventuellement imaginer des stratégies de visite à domicile. Quelque chose qui paraît extrêmement disparate. Mais tout de même on peut chercher des grandes lignes des situations, puisque la question était : qu'est-ce qui peut faire violence, comment se construit la violence dans un trouble du voisinage ? On retrouve deux grandes situations typiques qui ont été assez bien décrites. Des situations de dangerosité mentale et des situations de vulnérabilité psychosociale graves. Se sont des sociologues Otero, Morin qui décrivent cela comme deux grandes catégories qui en fait correspondent assez bien aux deux volets de passage de la psychiatrie à la santé mentale en France. D'une part, le fait que les malades soient en ville avec leur troubles, même ceux qui ont un réseau social, une situation résidentielle stable et un suivi et puis un groupe de personnes qui n'est pas étiqueté comme ayant une pathologie psychiatrique lourde, mais qui ont une vulnérabilité sociale qui brouille l'ordre de priorité des interventions entre le soin, l'action sociale, l'accès aux droits...C'est quand même des constantes que l'on retrouve partout. Pour finir, on parlait tout à l'heure des espaces de l'indécidable, de la façon dont on pouvait formaliser ces espaces de l'indécidable. Un certain nombre de ville en France, une centaine environ, créent des petits dispositifs de coordination dont l'objectif est de traiter de situation individuelle, ce qui fait qu'on les différencie des plates forme de concertation où on parlait en général des problématiques et qui ne fonctionnent pas toutes sur le même modèle. Leur point commun est de traiter de situations individuelles dites compliquées et qui intègrent un signalement de troubles du voisinage et un problème de santé mentale. Fonctionnement assez varié. Le critère qui peut servir à les distinguer, est-ce l'urgence ou la prévention ? Est-ce une « cellule » ou un dispositif qui est expertal ou qui accepte que ce soit une indétermination professionnelle que l'on va régler dans le cadre de ces réunions ? La différence va être entre une réunion où il y a un groupe qui est toujours le même, permanent avec des experts qui vont expliquer à ceux qui viennent porter une

situation, souvent des professionnels, comment il faudrait faire, là, un modèle assez expertal et puis à l'opposé des cellules qui sont plus souples, plus légères et qui considèrent que les professionnels se retrouvent parce que justement l'indétermination des situations exige une solution ou nouvelle ou à côté des fonctionnements ordinaires des institutions et où il n'y a pas de solutions a priori et pas de professionnels qui auraient une compétence attirée plus légitime que les autres pour faire des recommandations, pour des situations individuelles compliquées. Enfin, le troisième élément qui peut les distinguer, c'est le fait que ce soient des cercles purement professionnels ou qui intègrent des profanes, je pense à des cellules dans lesquelles il y a un accord exigé de la personne concernée, voire par la présence ou encore en aval la validation de ce qui a été décidé et puis si la validation n'est pas donnée par la personne, on revoit sa copie à la prochaine réunion. Ça peut permettre de comprendre, en tout cas de distinguer ce qui se joue dans tous ces dispositifs qui ont l'air d'être identiques parce qu'ils sont censés répondre aux mêmes cas de figure mais qui en fait sont très variés. Ce qui traverse tous ces dispositifs là, c'est un questionnement permanent sur les titres de l'intervention parce qu'on voit bien et vous l'avez confirmé ce matin qu'on est toujours entre deux options. Celle qui considère que tous ces dispositifs là sont au service d'une protection sociale ou sanitaire qui bénéficierait à des publics dans des milieux de vie où on a organisé une régulation secondaire par des travailleurs sociaux associés à un projet de renouvellement urbain ou un foyer de réinsertion. Soit on considère, que c'est de la protection sociale et sanitaire à premier titre et donc, d'une certaine manière, on exclut cette protection. Certaines populations qui sont dans des milieux où il n'y a pas de régulation secondaire, par exemple des propriétaires de leur habitat, sont très isolées. Là il n'y a pas de travailleurs attachés au statut social du parc immobilier. Soit on considère que c'est une mesure qui quand même est intrusive et qui tend vers le contrôle social. A ce moment-là, on exclut les populations dans lesquelles il y a des dispositifs de médiation du droit de refuser des soins qui par ailleurs sont extrêmement répandus pour les personnes dans le monde de la santé en légitimation croissante. On retombe sur ce débat, que l'ORSPERE aime bien mettre au goût du jour entre l'ingérence sanitaire et le respect des libertés. Qu'est-ce qui est soutenable ?

ECHANGES AVEC LA SALLE

QUESTION

A propos de l'arrêt de la cour d'appel de Lyon, vous avez mentionné le fait que les juges aient parlé d'un non suivi de soin et en quoi c'est intervenu dans la décision qu'ils ont donnée, par rapport à quoi, ou en quoi ça peut alléger les dommages et intérêts puisqu'on est au civil ? En quoi ça a été pris en compte ?

REPOSE

Denise Salvetti,

Ce que je trouvais intéressant, c'est que les juges ont examiné l'argument. C'était leurs enfants qui présentaient des troubles qui, selon les voisins, troublaient le repos et la tranquillité des autres locataires de l'immeuble et donc les parents faisaient valoir qu'ils étaient contraints d'héberger leur fils âgé de 40 ans, au chômage et présentant des troubles du comportement, mais prétendaient qu'à la suite de soins appropriés, son état de santé se serait amélioré. Et donc de demander à la cour de réformer le jugement qui avait résilié le bail. Comme d'habitude les juges examinent de manière assez précise la demande en disant qu'il y a eu une pétition et que le fils, époux X, prend des crises tous les deux/trois jours, pousse des cris, tape sur les portes etc.... attendu que la réalité de ces troubles de voisinage est confirmée par les correspondances adressées par la régie, donc le bailleur et le commissaire de police ... et que les époux qui n'ont pas fait plaider leur cause, devant la cour on dit « ne produise au débat aucune justification des soins qui auraient été prodigués à leur fils et de l'amélioration qui en serait résultée ». Les juges disent que les parents n'ont produit au débat aucune justification de ces soins qui auraient été prodigués à leur fils. Donc, on peut à contrario imaginer que si les parents avaient apporté la preuve des soins suivis par leur fils, on aurait peut-être réformé le jugement.

QUESTION

Ce sont les parents ou le fils qui a été condamné sur les fondements anormaux des troubles du voisinage ?

REPONSE

Denise Salvetti,

Le bail était au nom des parents. Ils hébergeaient leur fils. A partir du moment où l'enfant habitait là, et le trouble causé par l'enfant, les parents en étaient responsables. Le bail des parents était résilié.

QUESTION

Si les parents sont les propriétaires que se passe t-il ?

REPONSE

Denise Salvetti,

On n'est pas dans le contexte d'un bail. Là, il ne pourra pas y avoir de résiliation de bail, il pourra y avoir des dommages et intérêts.

QUESTION

Et si c'est la personne ayant des troubles psychiques qui devient propriétaire ?

REPONSE

Denise Salvetti,

A partir du moment où les parents sont propriétaire, le risque est moindre par rapport à la perte de leur logement. Il y aura une injonction de respecter la tranquillité du voisinage qui pourra se résoudre essentiellement en dommages et intérêts.

QUESTIONS

Deux questions : je reviens sur la question de la négociation. La question de la police, car c'est la police qui met en œuvre les décisions de justice. Le travail de négociation va jusqu'à la police. Dans la pratique concrète, la police est souvent en difficulté à mettre en œuvre quand il s'agit de gens qui ont des problèmes psychiatriques. Eux-mêmes ont la crainte de ce qui peut leur arriver. On est amené à être dans une situation de négociation de l'application de la mesure ce qui fait qu'il y a un avis d'expulsion qu'on arrive à différer de façon assez notable même un an ou deux, en tous cas à Paris. Question de l'application du droit mais pas simplement de la décision du droit et comment cela est un objet de négociation aussi dans la réalité urbaine. Deuxième point, la question de l'expertise dans ces structures centralisées au niveau des mairies. Là, on est dans une situation où la question d'expertise pose

problème parce que contrairement aux autres pays Européens où l'expert intervient dans un débat contradictoire (est-ce que cette personne est folle ou pas ?), dans le système administratif français, c'est le préfet qui prend la décision de la mesure d'internement de contrainte. Or, l'expert se trouve en situation en quelque sorte de valider une mesure d'Etat, une mesure de contrainte qui n'est pas une mesure qui relève de la justice mais qui relève de l'ordre public. La question centrale qui est posée dans ces situations, c'est l'ordre public et quand on n'est pas en mesure de dire au troisième bureau et bien il n'y a pas de problème d'ordre public, mais la personne se met en danger elle-même ou pose des problèmes considérables, elle a besoin de soins et comme elle refuse, on est dans l'obligation de soins, du coup c'est l'expert qui intervient. L'expert à Paris, c'est l'infirmerie de la préfecture de police. Or, cette fonction expertale est complètement coupée et se veut être coupée du point de vue des praticiens de terrain pour garder cette indépendance et le résultat c'est qu'elle se plante une fois sur deux au moins parce qu'on ne peut pas, en un entretien, même d'une heure, faire le tour de situations complexes qui se sont dégradées au fil du temps. Il y a un vrai problème sur le statut et le fonctionnement de l'expertise dans un système qui reste dominé par le Préfet et non pas dans un système judiciairisé.

Par rapport aux différentes preuves que l'on peut apporter, par rapport aux troubles de jouissance d'une part, mais lorsque l'on dit que le bailleur doit apporter une jouissance paisible à ce locataire, d'autre part. Il y a des situations de bailleurs qui renvoient l'affaire à la commune, notamment au maire, en disant « *c'est à vous d'apporter une ambiance paisible à vos administrés* » et c'est là aussi où toute la construction de lien social peut avoir son rôle.

REPONSES

Denise Salvetti,

Je pense que le bailleur peut avoir un partenariat avec la commune et c'est tout à fait souhaitable notamment dans des cas où il y a des problèmes de comportement, des problèmes de santé mentale ou des partenariats avec les secteurs de santé. En revanche, le bailleur ne peut pas se défausser sur une autre personne. On est bien d'accord, la jurisprudence est très dure avec les bailleurs en ce qui concerne la garantie de jouissance paisible. Il y a des dossiers où c'est souvent étonnant, où il y a des litiges entre voisins qui ne se supportent pas et vraiment le bailleur est sommé d'intervenir et souvent au bout c'est lui qui est condamné parce qu'en fait il a essayé d'utiliser la médiation. C'est souvent lui qui est condamné parce qu'on souligne qu'il n'a pas agi. J'ai même vu un bailleur se reprocher de ne pas avoir poursuivi la résiliation du bail du locataire qui troublait, qui était fauteur de troubles alors qu'il avait plutôt essayé d'arranger les choses.

Pauline Rhenter,

Je ne suis pas sûre que le statut de l'expertise médicale soit plus simple quand c'est la justice ou la cour administrative qui a en charge les décisions de contraintes de soins ou d'hospitalisation. En fait, c'est toujours un rapport entre un avis et une expertise, une décision, ça fait des années qu'on parle de la réforme des hospitalisations sans consentement en France. Certains prétendent que ce serait plus juste en termes de protection des libertés individuelles, si c'était la justice, mais sur les statuts de l'expertise, je ne crois pas que ça change grand-chose, et en l'occurrence la situation parisienne c'est un peu un miroir grossissant. On dénonce toujours, on entend tout le temps que le système parisien avec l'infirmier psychiatrique et la préfecture de police qui prend la décision et l'infirmier qui donne un avis même s'il est suivi à 80% des cas, c'est un miroir grossissant de ce qui se passe ailleurs sur le territoire. Ailleurs aussi la plupart des décisions qui ont un avis médical de départ sont suivies et là c'est le maire et ensuite le préfet qui prennent la décision. Il n'y a pas vraiment de différence de nature entre les deux systèmes. La différence énorme, c'est qu'on peut avoir en province un arrêté d'hospitalisation d'office provisoire pris par un maire en dehors de tous avis médical. Ce qui n'est pas possible à Paris. On ne peut pas dire qu'il y a systématiquement avis médical. C'est

la question de la description des pratiques. Après, l'enjeu c'est : est-ce que au vue de l'avis médical et dans le sens de l'avis médical et qui du coup ne respecte pas « le rôle de tiers », il aurait demandé de rendre une décision sur le niveau de gravité du trouble ou pas, sur le lien entre un trouble et un problème de santé ? Dans un certain nombre de villes, il n'y a pas d'avis médical à l'appui de la décision, mais des dossiers troubles du voisinage qui sont cumulés dans les mairies.

QUESTIONS

Alain Gouiffes,

Psychiatre à Rouen, participant aux travaux de l'ORSPERE depuis une quinzaine d'années. Il me semble observer l'évolution de l'ORSPERE vers ce qui était au début l'accès aux soins des personnes en situation de grande précarité dans la rue. Certaines notions de troubles du voisinage continuent d'interroger ce qu'il en est des dispositifs de santé publique et de psychiatrie. Il le faut, c'est tout à fait nécessaire. Il me semble qu'actuellement un des gros problèmes vient de l'insuffisance de l'implication des dispositifs de santé publique et de la psychiatrie publique sur ces questions là qui font que les bailleurs sont en grande difficulté, ne prennent pas de risque parce qu'ils n'ont pas de garantie d'avoir en face des interlocuteurs. La principale question est là. Un bailleur est prêt à prendre un peu de risque avec quelqu'un qui lui paraît un peu limite psychologiquement, s'il sait que ça va répondre. Toute la difficulté est de mettre en place des instants de médiation de préférence avec les villes, les communes, les différents partenaires qui ne soient pas dans le contrôle social mais qui fassent que quand il y a une situation explosive, il y ait du monde qui réponde. Il faut que le travail que fait Pauline Rhenter sur ces questions là soit poursuivi et développé pour faire bouger encore la psychiatrie publique.

Catherine DEPROIT,

Je suis élue à Rennes, chargée de la prévention de la délinquance et de la médiation sociale. Je veux répondre sur les hospitalisations sur notoriété publique pour dire qu'on a une grosse pression aujourd'hui des habitants, des intermédiaires sur ces hospitalisations sur notoriété publique. Il y a une grosse question par rapport à cela. On a mis en place à Rennes un groupe de travail qui réunit un certain nombre de partenaires dont le CHSP, la Ville, le Conseil Général, la police nationale... pour creuser cette question. C'est une question que les villes et les politiques prennent en

main, en tout cas chez nous et redire qu'il y avait un gros besoin de formation des élus sur cette question.

REPONSES

Christian Laval : Je suis frappé par le fait que lorsque l'on a une entrée juridique on reparle des personnes qui ont une pathologie mentale. Ce qui met en chantier l'expertise psychosociale qui a été évoquée.

Pauline Rhenter : Quand je disais tout à l'heure, on rejoue tout le temps le débat entre : est-ce qu'on est dans un risque de contrôle social ou de protection ? Il ne se joue pas de la même façon selon que ces espaces de médiation, au niveau d'une ville. Il est clair que si la ville est à l'initiative d'espaces de médiation, de résolution de situations complexes ... mais qu'elle est en même temps celui qui « in fine » peut décider qu'on passera une contrainte aux soins, il y a une question éthique qui se pose, c'est-à-dire que celui qui décide d'agir en prévention est celui aussi qui peut mobiliser une solution de contrainte « in fine » et ça, ça brouille aussi beaucoup la neutralité dont les élus peuvent se prévaloir. Du coup, il est très important de regarder dans le détail comment fonctionnent ces espaces de l'indécidable, comment on les neutralise par rapport aux filières. Moi, j'ai vu des villes qui avec toute la bonne volonté du monde, on va dire des élus, créent des filières à produire des hospitalisations sans consentement alors que l'objectif du départ était de faire de la prévention.

4. COMMENT FAIRE AVEC LE TROUBLE ?

Du côté des bailleurs

Jean Furtos, psychiatre ONSMP-ORSPERE

Valérie Léger devait présenter le point de vue du bailleur, mais quelques soucis de santé l'en empêchent. Ce qu'il y a de surprenant, c'est qu'il s'agit d'une psychologue clinicienne qui travaille pour un bailleur. Je l'ai entendu plusieurs fois, elle est venue pendant notre séminaire de problématisation à l'ORSPERE, pour nous parler de son expérience. Je l'ai entendue également dans des colloques organisés par l'Union Sociale pour l'Habitat ou ailleurs, dans ses terres en Bretagne, et j'ai toujours été surpris de ce que pouvait amener une psychologue, une professionnelle, dans une situation qui n'était pas du tout celle d'une psychothérapie ou d'une intervention psychologique, mais qui visait à permettre que des personnes en situation de grande difficulté psychosociale puissent bénéficier d'une intervention qui ne soit pas que l'hospitalisation, l'expulsion, ou l'impossibilité d'habiter. J'ai entendu un jour un collègue dire après l'une des interventions de Valérie Leger : « *c'est de la psychologisation du travail social* » ; pas du tout ! Je crois que c'est le sacrifice d'une intervention psychologique directe au service d'un objet social qui est le logement, l'habitat. Elle a décrit d'une manière très précise le rapport au logement, le rapport au logeur, le rapport au voisinage, avec une classification intéressante que je ne vais pas rappeler ici mais que vous pourrez trouver dans le N° 29 de Rhizome de décembre 2007, « Le voisinage et ses troubles ». Elle a exemplifié toute sa classification.

Je vais juste évoquer une situation initiale qui a tout déclenché, pour montrer comment des bailleurs ont pu être sensibles à l'aspect psychologique. C'était il y a très longtemps, 13 ans exactement. Il s'agissait d'une femme de 70 ans et de sa fille âgée de 40 ans, qui vivaient d'une manière recluse, sans rien ne demander à personne, dans un logement au 10^{ème} étage d'un immeuble. Voilà qu'il y a des rénovations, une panne d'interphone, et on découvre par hasard un amoncellement de mètres cubes d'objets : il était possible d'avancer uniquement de profil dans cet appartement ! L'intervention de nettoyage est décidée, alors la fille fait une tentative de défenestration. A partir de cette tentative, tout s'arrête, et on les retrouve 10 ans

après pour une autre opération de réhabilitation de la façade de l'immeuble ; à ce moment-là, Aiguillon Construction embauche des psychologues chercheurs et ce cas est le premier. Il s'agissait d'une mère et de sa fille, qui à l'époque de l'intervention psychologique, avait le gaz coupé, l'électricité coupée, ne payaient plus leur loyer, et vivaient dans une réclusion considérable avec deux types d'objets amoncelés, essentiellement des brumisateurs d'eau d'Evian, parce qu'il n'y avait plus d'eau (elles se lavaient à l'eau d'Evian avec le brumisateur et s'éclairaient à la bougie), alors que le deuxième type d'objets amoncelés était des journaux de foot. Pourquoi des journaux de foot ? Il y a sans doute une raison, mais qui n'a jamais été élucidée, et évidemment il y avait un danger d'incendie : un ménage de deux personnes qui s'éclaire à la bougie avec des mètres cubes de journaux, il ne faut pas grand-chose pour déclencher une catastrophe. Ce qui a été exceptionnel, c'est la délicatesse et en même temps la détermination, des interventions. Celles-ci ont été discutées avec le CMP du coin pour s'éclairer des lumières des soignants en psychiatrie, qui ont conseillé de ne pas intervenir brutalement, pour éviter une déstabilisation irréversible des deux personnes. Ils ont négocié pour éviter à la fois une expulsion, une hospitalisation d'urgence et un incendie ou quelque chose de grave. La première chose est qu'ils ont insisté pour qu'elles reprennent un éclairage électrique ; travaillant d'une manière très minutieuse pour que ces personnes, qui avaient de l'argent, puissent amener leur argent chez le bailleur et que le bailleur paye lui-même l'EDF. C'est ainsi qu'en faisant quelque chose qui n'est pas tout à fait dans le règlement intérieur, l'électricité a pu être rétablie et en même temps une certaine resocialisation, grâce à l'autorité de diverses institutions. A partir de ce moment-là, il restait tout de même un certain nombre de mètres cubes d'objets excessif, et ces personnes ne voulaient absolument pas les descendre en bas. Les bailleurs ont accepté, sur proposition de la psychologue, d'utiliser un appartement contigu qui était libre à ce moment-là, pour y déposer une partie des brumisateurs et des journaux de foot, qui ont été secondairement descendus par les soins du bailleur. On va dire que cela s'appelle une marge de manœuvre, les bailleurs se sont permis une marge de manœuvre, et à partir de ce moment, une partie des encombrants a été mis à côté, dans l'appartement libre, le bailleur s'est arrangé, et elles ont pu continuer à vivre entre elles sans constituer un danger d'incendie pour l'environnement immédiat ; la sécurité a été respectée, l'équilibre de ces deux personnes a été respecté. Je signalais ce matin le fait qu'au fond le symptôme doit être compatible avec la vie

sociale. Comment accepter que des gens vivent hors normes, mais d'une manière compatible avec la vie sociale ? Je donne uniquement cette vignette pour présenter ce travail exemplaire : une psychologue met sa compétence au service de l'objet social habitat. C'est curieux que tous les bailleurs n'aient pas embauché des psychologues. Il y a certainement d'autres manières de procéder que d'avoir un psychologue. Je vous conseille vivement de lire l'article de Valérie Leger dans le N°29 de Rhizome. Quand j'ai entendu cette situation, j'ai été émerveillé par une tolérance qui n'était pas de l'hyper tolérance, mais une acceptation des règles et des normes minimales en même temps que l'acceptation du caractère atypique, oh combien, de cette symbiose pathologique entre une mère et sa fille.

François DEPLACE, Directeur DELPHIS (Paris), Président de séance

Je vais rajouter que le bailleur en rentrant cette démarche là ne s'est pas désengagé de son rôle. Il a manifesté aussi qu'il va affirmer sa mission d'intérêt général vis-à-vis de certaines populations fragiles. Il y a aussi un investissement citoyen du bailleur qui n'est pas forcément le cas partout. Il y a aussi le marquage par le bailleur d'une certaine volonté d'intervenir dans ces champs là, ce qui était assez exceptionnel à l'époque. Je représente un certain nombre de bailleurs sociaux. Je dirai que le phénomène s'amplifie aujourd'hui à vitesse grand « V » dans le patrimoine social. On a beaucoup parlé des troubles de voisinage et il y a aussi d'autres phénomènes qui arrivent, ce sont les phénomènes d'agression vis-à-vis des personnels qui sont exponentiels à ce jour dans le parc social. On voit très bien que les phénomènes de pénibilité psychologique pour les personnels on dépassé un arrêt de travail. Les phénomènes de pénibilité physique. On le voit très bien dans les mutuelles. On est dans un phénomène de masse aujourd'hui accentuée encore par la précarisation des populations qui vivent dans notre patrimoine. Je pense qu'Aiguillon Construction est précurseur dans ce domaine là et qu'aujourd'hui les bailleurs sociaux sont de plus en plus prêts à rentrer dans des démarches partenariales.

Jean Furtos, psychiatre ONSMP-ORSPERE

Cette expérience qui était assumée par un bailleur qui ne s'est pas défaussé, qui a dit « ça fait partie de mon boulot » à fait quelque chose d'éminemment transgressif. Si on veut appliquer le règlement au pied de la lettre aujourd'hui sans l'expérience

qu'ils ont maintenant, ça aurait été une expulsion ou un nettoyage beaucoup plus rapide, pour le cas où il arrive une catastrophe. On ne peut plus prendre de risque et là ils ont pris des risques transgressifs par des transgressions qu'on doit appeler marges de manœuvre et je pense que c'est en se permettant des marges de manœuvre sans avoir peur dans l'immédiateté d'un incendie, en disant ça ne va pas durer longtemps, ça va durer le temps de la négociation, qu'ils ont permis tout de même qu'une situation se débloque sans violence.

Du côté des villes

Pierre Morcellet, psychiatre de l'équipe mobile de liaison psychiatrie-précarité (CH Edouard Toulouse), Marseille

Je suis Pierre Morcellet, médecin psychiatre essentiellement dans un CMP de la ville de Marseille qui s'occupe de la population du 3^{ème} et 2^{ème} arrondissement et je suis également psychiatre coordinateur d'une équipe mobile en direction des publics précaires pour faire un travail d'accès aux soins à travers « un aller vers » ces personnes. Un travail de négociation avec ces personnes, ce terme reviendra et reviendra encore dans notre intervention, les amener jusqu'au dispositif de soin ou leur proposer une manière de prendre soin d'eux avec des acteurs du social et du sanitaire, du médico social, qui les fasse sortir ou évoluer dans la situation de précarité qui est la leur. Par rapport à ce qui vient d'être dit concernant Valérie Léger, moi j'ai retenu son idée de passer de situations impasses à des situations problèmes. Effectivement, de ce qui vient d'être dit, cette idée d'assumer une problématique ensemble y compris dans une prise de risque partagée à partir d'un engagement commun et enfin cette idée qu'elle défend dans l'article dans Rhizome d'un travail de co-construction avec les personnes intéressées. On n'était pas dans une situation de violence... on était dans une situation particulièrement bloquée. La rencontre de la personne a permis de voir ce qui était négociable avec la réalité sociale et aussi d'envisager un travail de construction, finalement de co-construction avec les personnes intéressées, de façon à ce que la situation évolue, et j'insiste sur ce travail de co-construction. On va sans doute encore en parler, faisant référence à un article qui pour moi était fondateur dans mon travail sur la question de l'habitation en tant que psychiatre de secteur. Un article de Heidegger dans un bouquin qui s'appelle « bâtir, habiter, penser » et on retiendra comme idée pour l'instant que dans cet article, il nous explique avec profondeur comment on habite pour autant

qu'on peut construire son habitation et comment on construit pour autant que déjà on habite et comment aussi cette affaire de l'habité engage tout l'être de la personne et il y va de la nécessité de pouvoir penser quelque chose de cette habitation et donc « bâtir, habiter, penser » quand cette problématique de l'habitation se pose, c'est vrai que nous on arrive là comme acteur accompagnant. On va voir comment il y a une habitation possible par proposition d'un travail de co-construction et on va le voir passer par une nécessité de pouvoir repenser les situations bloquées et ce passage des situations impasses à situations problèmes, c'est une façon aussi d'arriver à pouvoir penser ces situations. La problématisation pour moi, je la vois de ce côté-là, de la capacité à nouveau de penser et enfin merci pour nous avoir invité à participer à vos travaux. Vous allez voir que notre intervention est assez simple et naïve parce que j'ai travaillé près de Jean Furtos et de l'ORSPERE ; nous sommes dans cette lignée de travail mais nous avons mis du temps à élucider des choses qui ont été expliquées de façon très synthétiques et très lumineuses ce matin et que l'on va reprendre du fait que nos diapositives sont déjà prêtes.

Mylène Frappas, chargée de mission, Santé Publique de Marseille

Je suis chargée de mission au sein de la Direction de la Santé Publique de la ville de Marseille et donc cette Direction de la Santé Publique rassemble aussi bien les services de la santé, vaccination, santé publique mais aussi les services traditionnellement appelés les services de l'hygiène et vous le verrez, ça a une incidence évidente dans ce que nous allons vous présenter. Je dois tout d'abord excuser l'élue à la Santé et à l'Hygiène de la Ville de Marseille, Madame Gonnet-Escarras, Adjointe au Maire, qui aujourd'hui est en déplacement à l'étranger et qui n'a pas pu se joindre à nous mais qui suit attentivement tous ces travaux. Elle les porte politiquement. Donc nous avons fait le choix de vous faire une présentation peut-être un peu naïve de notre expérience ; c'est vrai au regard de tout ce qui a été présenté ce matin qui est un bon prolongement de la dernière intervention faite par Pauline Rhenter sur la mobilisation des villes et nous avons fait le choix de le présenter ensemble mais en essayant de rester un peu chacun à sa place. Le psychiatre et puis la chargée de mission municipale.

Nous allons vous parler d'un objet collectif qui est ce lieu de travail, qui traite pour une part des questions du trouble du voisinage. Vous allez le voir, pas seulement

d'ailleurs cette catégorie, nous l'interrogeons de plus en plus et cet espace collectif, ce travail est intégré dans une démarche plus large conduite par la ville de Marseille en matière de santé mentale et il me semble indispensable de vous donner d'abord quelques éléments en matière de données de cadrage pour comprendre pourquoi ce lieu de travail existe et dans la perspective d'autres lieux du même type vont être mis en place. Le contexte tout d'abord, comme de nombreuses villes en France, la ville de Marseille est confrontée aux questions de santé mentale et ça se traduit par les questions de troubles du voisinage, les plaintes pour les nuisances, danger, violence subies, mais aussi par des tas d'autres situations qui viennent interpeller les élus, les services de la ville, et qui sont liées à des problèmes où la question de la santé mentale est présente.

La ville est concernée par la question de la santé mentale et des troubles du voisinage et ce pour plusieurs raisons. D'une part, parce que c'est l'échelle de proximité par excellence et que les problèmes reviennent aux élus en premier lieu. Ce qui se passe sur le territoire revient aux élus, ensuite comme nous le disait Pauline ce matin en raison des compétences des collectivités qui sont relativement faibles dans le domaine de la santé mentale et les hospitalisations sans consentement, hospitalisation d'office qui reviennent pour une part, pas en totalité, au Maire. Ce sont les pouvoirs de police sanitaire du Maire et enfin les nouveaux cadres et articles présents dans la loi de prévention de la délinquance de mars 2007. L'action de la commune, est fondée sur des compétences, mais elle est fondée aussi sur une volonté politique. Toute commune peut engager sa responsabilité de façon volontaire sur des problématiques présentes sur son territoire mais qui ne relèvent pas de ses compétences obligatoires au sens des compétences attribuées par les cadres réglementaires. La question de la santé mentale, elle revient pour la ville, elle engage la responsabilité de la ville ou la ville souhaite engager sa responsabilité dans le sens du vivre ensemble. Elle interroge fondamentalement dans toutes les situations présentées la question du vivre ensemble. Les compétences, je n'y reviens pas, Pauline nous les a présentées ce matin. Au regard de cette entrée, compétences et volonté politique, la ville de Marseille a engagé une démarche qui pose cette question du vivre ensemble et qui a été conduite d'abord par un large travail de diagnostic mais aussi un travail de concertation avec l'ensemble des acteurs concernés par ces questions sur le territoire. Au terme de cette première étape, il paraissait évident pour tous que la ville avait un rôle à jouer sur ces

questions là, en terme de légitimité de la ville était reconnue, la volonté s'est traduite d'engager une démarche qui à la fois permet de croiser les regards d'acteurs très différents, d'accompagner la réflexion autour de la complexité des problématiques rencontrées, mais aussi une démarche délibérément tournée vers l'action tentée de construire ensemble des réponses. Donc le premier temps est toujours pour les données de cadrage. Ca consistait à mettre en place une instance à l'échelle de la ville qui est un Conseil d'orientation en santé mentale, co-piloté avec les responsables de la psychiatrie publique du centre hospitalier et l'APHM et qui rassemble très largement les partenaires présents, les élus, les partenaires institutionnels, les professionnels des champs sanitaires, des champs sociaux notamment de la grande précarité, les bailleurs sociaux, la police, la justice, les associations d'usagers et de leurs familles et des chercheurs. Ce Conseil d'orientation à santé mentale avait défini des priorités. Vous allez voir que ces priorités, même si elles sont définies sur trois axes, viennent en permanence se croiser et s'articuler. La première priorité, nous sommes là sur la question des troubles du voisinage, c'est ce que nous avons appelé, la situation de crise. Désormais nous l'appelons plutôt gestion des situations complexes sensibles, avec en terme d'action la mise en place d'espace de travail et de concertation entre acteurs. Tout d'abord un réseau logement sur un secteur de la ville et nous allons nous arrêter plus particulièrement dans notre exposé sur cette expérience. Mais aussi au sein de notre direction une cellule opérationnelle. Je vais vous présenter ces deux dispositifs. Autre axe de travail, la formation, la mise en réseau et enfin dernier axe de travail, l'insertion ou la place dans la citée des personnes souffrant de handicap psychique avec une priorité donnée par l'ensemble des acteurs présents qui est la question de l'accès et au maintien dans le logement. Sur cet axe là, deux actions fortes, ou deux projets forts. Tout d'abord un projet d'action qui vise l'accès vers le logement par le biais de l'intermédiation locative, mais aussi un autre projet qui porte le souci du maintien dans le logement et qui vise la mise en place d'un réseau dans les quartiers populaires, quartiers d'habitat social.

Pour se recentrer sur cette question du réseau, je vais repartir un peu de la genèse de nos préoccupations. Je vous disais en tout début que la direction dans laquelle je travaille rassemble à la fois les services de santé : vaccination, santé publique, promotion à la santé, mais aussi les services plus traditionnels de l'hygiène de

l'environnement qui appliquent les pouvoirs de police sanitaires du Maire. Les premiers constats sont des constats qui sont portés par les inspecteurs qui se déplacent à domicile suite aux plaintes des administrés, plaintes reçues par notre administration et qui sur place repèrent de plus en plus de situations où il est question de ras le bol, de peur des voisins, de problèmes d'odeur, d'insectes, de rats, de défécation, d'urine, risques d'inondation, incendie, gaz, animaux domestiques en quantités, bruit... ce qui relève de leur situation de travail, c'est qu'ils ont à gérer une multiplicité de plaintes, une récurrence, décès, plaintes, elles se renouvellent en permanence, une absence de solutions, des interpellations et des injonctions de partenaires et dans l'analyse des situations à l'occasion desquelles sont très souvent identifiés une multiplicité de services agissant ou pouvant agir avec les personnes concernées. Mais une absence pour chacun de solution, une absence de coordination de ces services et il est souvent repéré par ces inspecteurs que ces personnes relèveraient du soin mais elles ne sont plus en soins, soit sont en rupture de soin, soit elles ne sont pas identifiées par les services de soins. Le sentiment qui ressort de ces premiers constats, c'est celui d'être envahi par l'augmentation de cette situation. Nous avons tenté d'effectuer à ce moment là pour mieux comprendre un premier travail d'objectivation à partir d'une analyse des dossiers rassemblés par les agents et traités par les agents sur plusieurs années qu'ils qualifiaient eux-mêmes de fous... diverses appellations et là nous avons repéré des points communs. Tout d'abord, ces dossiers étaient beaucoup moins nombreux que ce que les agents nous laissaient entendre. Impression d'être écrasés, certainement liée à l'absence de solutions. Les situations présentées par les agents ou mise en avant par les agents perduraient depuis de nombreuses années, les dossiers ne sont jamais clos. C'est important pour les inspecteurs de salubrité d'arriver à clore un dossier. Là, ce n'était pas le cas. Ils délaissent les situations. Les plaintes se renouvellent et ce que met en avant l'analyste de ces dossiers, c'est un peu ce schéma qui semble un peu fouillis. La situation de madame H. illustre bien les situations rencontrées. Un dossier où les plaintes reviennent dans un premier temps à partir de 1997 aux années 2004, répétition de plaintes. Madame H est à ce moment là en lien avec sa sœur et un médecin généraliste. C'est une dame relativement âgée, à la fois avec des problèmes d'incurie et une situation où elle fait énormément de bruit surtout la nuit, elle balade une barre de fer sur les radiateurs, insupportable pour les voisins qu'elle insulte. Les voisins le signalent en permanence au conseil syndical, lequel adresse

toujours des courriers à la DASS et à la Direction de la Santé Publique au regard des pouvoirs de police sanitaire du Maire. Les deux adressent des courriers systématiquement au CMP. On pourrait avoir en reprenant les dossiers, le ton des courriers ; ce ne sont pas des courriers, c'est très lapidaire, et il y a une expression sous forme d'injonction. Le CMP saisi, agit, pas régulièrement mais ponctuellement en se retournant parfois vers la sœur et là on repère en 2004 deux tentatives de HDT qui apparaissent dans le dossier, qui n'aboutissent pas et fin 2004 hospitalisation d'office ; la personne ressort quelque temps après et la situation recommence. Les voisins entre-temps interpellent en permanence les pompiers, les services de police. La situation est très connue par le commissariat du secteur.

En 2006 nous retrouvons le dossier ; là les voisins interpellent le conseil syndical de façon plus présente, les courriers montent d'un ton dans la teneur. Mais on monte d'un ton aussi dans la sollicitation puisqu'on saisit la DRASS, DASS, le préfet de région, le préfet de police, le procureur, qui ne donnent pas suite. Seule la DASS saisie deux fois, se tourne vers le CMP. Le conseil syndical interpelle aussi le Maire par courrier, l'élu à la sécurité. Le Maire, lui, fait le choix d'interpeller l'élu à la santé, et là, au regard du travail que nous avons engagé, il se passe quelque chose de nouveau. C'est-à-dire, on a fait ce premier temps de travail pour essayer d'examiner les situations auxquelles étaient confrontés les inspecteurs. Donc, on se dit et si on allait pour une fois contacter les services. On va contacter le CMP, puis on passe tout à coup au CCAS, au regard de la situation de la personne et là un rapprochement est effectué dans ce qui va être ensuite le traitement de la situation de Madame H. Des situations comme ceci on en retrouve plusieurs. Les réponses en ce qui nous concerne : tout d'abord la mise en place d'une cellule opérationnelle au sein de notre direction de la santé publique qui va concerner 15 arrondissements de la ville, une grande part de la population. Cette cellule se réunit une fois par mois, elle rassemble surtout les agents de la Direction de la Santé Publique dans un premier temps qui arrive avec leur situation et en fonction des situations présentées nous nous tournons vers les territoires concernés CMP, services sociaux, Au fil du temps, cette cellule a quelque peu évolué et des partenaires extérieurs sont venus nous rejoindre, la DASS, l'équipe de liaison d'urgence de l'APHM qui correspond au dispositif pour vous qui s'appelle ERIC qui n'est pas complètement labélisé à Marseille. Ce qui facilite les relations avec au moins les secteurs de

l'APHM autre dispositif et c'est celui-ci qui va faire l'objet de notre observation. C'est le réseau en santé mentale et logement qui lui va être organisé exclusivement sur le premier arrondissement de la ville de Marseille. Pour ceux qui connaissent Marseille, le premier arrondissement est le centre ville, le centre urbain fortement précarisé, donc c'est 40 000 habitants recensés. Un centre hospitalier, un secteur, ce réseau fonctionne depuis octobre 2008, il a été mis en place à partir d'une formation-action. Très rapidement nous nous sommes rendus compte que nous avions sollicité pour faire fonctionner ce réseau des acteurs qui avaient des missions, des compétences, des cultures, des patrimoines techniques, méthodologiques et théories très différents, et qu'il fallait prendre un temps pour organiser le « travailler ensemble » et il est animé et coordonné par la ville de Marseille.

Pierre Morcellet, psychiatre de l'équipe mobile de liaison psychiatrie-précarité (CH Edouard Toulouse), Marseille

Chacun parle de sa place. La place du psychiatre, qu'est-ce que le psychiatre vient faire dans cette galère ? Je suis psychiatre de secteur puis impliqué dans un travail en direction des populations précaires et les trois dimensions qui ont été évoquées par Mylène, c'est du logement, du travail en réseau et de la gestion des crises ; ce sont des dimensions qui nous sont familières. On parlera tout à l'heure de la psychiatrie de secteur plus en détail, mais la psychiatrie de secteur ça consiste déjà à considérer l'individu dans son environnement et à proposer de l'accompagner dans son ajustement ou dans la construction de cet environnement ; la question du logement est donc une question qui se pose dans ce que l'on appelle les suivis de secteurs accompagnés vers des modalités négociées avec la réalité compatible, avec la réalité dans le respect de la singularité des personnes pour une habitation chez soi. Mais chez soi avec les autres fait partie de nos projets de soin au sens classique, pratique courante de considérer l'insertion sociale. On disait ce matin que l'un des problèmes était la diminution des lits dans le milieu hospitalier et que les bailleurs sociaux avaient à gérer une population nouvelle. Sans doute, mais dire que c'est un problème, je ne sais pas, car il me semble que le destin des personnes est de vivre, d'habiter dans la cité. La diminution de lits, nous pose un autre problème en fait, on a surtout du mal à accueillir une nouvelle personne à l'hôpital qui se retrouve donc en défaut d'accès aux soins toujours dans la cité. Maintenant, que les gens hospitalisés puissent à un moment sortir et habiter dans la cité, ça me semble ne pas

être un problème en soi. La question du logement est également un motif de consultation pour un psychiatre de CMP parce que le chez soi dégradé ou les relations d'environnement hostile sont des thèmes qui viennent dans les consultations sans qu'il y ait besoin d'aller faire du travail de réseau. Et enfin les secteurs se dotent d'un dispositif au sens logistique du terme où il existe des appartements thérapeutiques, des appartements associatifs comme lieux d'habitation, parfois d'ailleurs en négociant avec des bailleurs pour que ces appartements puissent se mettre en place. Il existe aussi des structures d'accompagnement que sont les SAMSAH (service d'accompagnement médico-social à la personne handicapée) où sur un mode plus social que médico-social les SAVS (service d'accompagnement à la vie sociale) avec lesquels nous travaillons pour soutenir les gens à habiter. Le travail de réseau est au principe des secteurs dans la précarité. Enfin, nous sommes depuis 2006 engagés dans ce travail avec la ville au sein du Conseil d'orientation et santé mentale, la gestion de crise fait aussi partie de notre pratique, que ce soit organisé au CMP pour accueillir l'urgence ou quand on se rend sur les lieux du social, également traiter des crises qui nous sont présentées par des travailleurs sociaux. On essaye dans la mesure du possible de travailler autrement quand il y a urgence. Donc travailler l'amont de la crise. On verra ce qui se passera avec le réseau tel qui s'est mis en place. Nous avons à mesurer les questions de HDT et HO et enfin la question du consentement des personnes au projet de soins mis en place fait partie de notre éthique au sens fondamental. On est entré dans ce réseau sur un mode très dubitatif, dans un contexte où il y avait la loi de prévention de la délinquance de 2007 et où la ville voulait avoir un conseil d'expert qui « l'aide » à prendre les décisions de HO. La question était de faciliter les HO ou de les prévenir. On n'était pas sûrs de la chose. La notion de troubles de voisinage me posait problème, mais cette crainte de l'instrumentalisation de la psychiatrie a été abordée ce matin ; nous ne savions pas si nous étions en position d'expert ou si on était dans un engagement à long terme en tant que soignant ; enfin on était ennuyé que ne soit pas posée la question de la qualité de vie de l'habitation des patients dont nous nous occupions déjà, patients qui parfois vivent dans des hôtels meublés ou dans des habitats peu dignes. Ce qui n'a pas empêché que nous-mêmes nous avons apporté des situations dans le réseau et que nous avons proposé que la réflexion en groupe porte sur des personnes dont nous nous occupions déjà. La levée des réticences a été rapide parce qu'on a compris que le

postulat de décloisonner la réflexion et de travailler ensemble à partir de signalements et que les situations envisagées seraient des situations complexes au sens de Valérie Léger, des situations impasses bien plus que des situations caractérisées par la dangerosité ou l'urgence, l'injonction à agir et vite s'il vous plaît. Donc, on s'est aperçu qu'on n'était pas interpellé dans la position d'expert, qu'il y avait rapidement une finalité commune dans le groupe qui était celle du souci de l'autre, dans le respect de l'autre, comme sujet comme citoyen, comme résident, comme habitant. On parle beaucoup du maintien dans l'habitat, la personne peut changer d'habitat. On ne va pas l'empêcher non plus, c'est à envisager, sinon c'est plus pour essayer de la maintenir dans son environnement existant que pour l'en expulser et même si quelquefois l'un d'entre nous parle des personnes en terme de contrevenant du fait de sa fonction professionnelle, ce qui nous rassemble c'est d'essayer de prendre soin de la personne, la protection comme il a été dit à un moment. En tant que soignant psychiatrique, au sens du « cure », le soin technique, on se sentait avec des personnes ressources ; on se sent intégré dans un groupe de personnes qui de toute façon ont le souci de prendre soin du résidant. Le groupe de travail, tel qui s'est constitué, en voilà la liste. Au niveau de la Direction de l'habitat, des agents inspecteurs de salubrité, la Direction de la santé publique de Marseille, les agents du CCAS, de maison des solidarités, de la DASS, l'atelier santé et ville, la justice représentée par un médecin qui fait partie d'un bureau dit des affaires réservées au TGI de Marseille et puis le soin était représenté par le secteur et un médecin, une infirmière, un cadre infirmier ou une infirmière, une assistante sociale, l'équipe mobile de liaison psychiatrie précarité de l'hôpital donc une psychologue, une infirmière, et moi-même assistions à ce groupe de travail qui s'est réuni 3 fois de février à septembre 2008, et qui a permis que démarre en octobre 2008 le réseau lui-même. Une fois par mois, un lundi après-midi, on travaille à peu près trois heures autour de situations. Parmi les soignants, il y a le réseau géronto, un médecin et un autre membre du réseau car assez souvent on parle des personnes âgées. Au niveau des intervenants ponctuels, la FNARS, un CHRS, l'APARE. On a fait venir sur deux à trois séances des médiateurs du commissariat du premier arrondissement ; c'est une psychologue et deux éducateurs qui font médiation dans des situations qui sont repérées comme problématiques, l'atelier santé ville, l'inter secteur des addictions.

Quelques données pour traduire l'activité du réseau pendant un peu plus d'un an. Nous avons abordé ensemble 23 situations qui concernaient 24 personnes puisqu'il y avait des familles qui étaient concernées, au moins pour trois situations. 27 personnes dont 13 hommes et 14 femmes avec des tranches d'âge majoritaire de plus de 60 ans. Ce qui est intéressant de repérer, ce sont des signalements et des critères de signalement. Les signalements comme prévus, ce sont les agents d'insalubrité qui gèrent les problèmes d'insalubrité en priorité, mais aussi de plus en plus les opérateurs de l'habitat et d'habitat indigne sur Marseille et dans cet arrondissement le CMP, le CCAS. Désormais chaque partenaire présente des situations et des critères. Pour 14 situations, il s'agissait de troubles de voisinage tels que précisés ce matin mais aussi de problèmes d'habitat indigne et de problèmes liés à des risques d'expulsion. Il y a aussi une évolution dans le fil du temps des entrées dans le réseau, ce qui nous permet aussi d'interroger la catégorie comme cela troubles du voisinage. En ce qui concerne les suivis, seulement trois hospitalisations en psychiatrie ; c'est important parce que certains participants avaient comme crainte ou comme impression que ce type de travail amène systématiquement à l'hospitalisation. Trois hospitalisations pour des soins somatiques, des placements en maison de retraites pour les personnes âgées qui étaient isolées et surtout du maintien à domicile avec l'organisation d'un travail de « l'aller vers » de l'ensemble d'une grande majorité des partenaires.

On a démarré en octobre 2008. Sur la première année il me semble qu'il y a eu une réunion. Ça fait 14 mois d'activité pour un arrondissement. Il y a quelques situations qui sont d'arrondissement adjacent.

Ce qui a été remarquable c'est la qualité du travail. Sinon qu'est-ce qui s'est passé ? Il s'est passé la mise en place de ce qui était appelé un espace de négociation. Mais finalement qu'est-ce que ça veut dire ? Ça veut dire que les personnes sont reconnues dans leur métier. On apprend à se connaître les uns les autres avec des positions différentes ; les situations sont abordées de manière très tranquille, je le sais car je participe à d'autres réseaux. En même temps, on aborde la dimension juridique, la dimension technique, la dimension sociale, la dimension psychologique, la dimension médicale. On arrive dans ce temps de l'indécidable qui a été dit ce matin qui nous laisse du temps pour réfléchir à configurer la situation et à configurer la situation des acteurs autour de la situation problématique de la personne. Chacun a sa place et finalement on arrive à décider d'actions qui consistent à se faire des

visites à domicile conjointes, communiquer par mail ou par téléphone ; on fait un suivi de la situation c'est-à-dire que Mylène tient un tableau de bord mois après mois, les situations sont anonymisées, avec le descriptif de la situation telle qu'elle est, les acteurs dont il a été décidé qu'ils interviendraient, ce qu'ils allaient faire et on fait le bilan. Finalement mois après mois on suit ensemble cette situation et quand on dit espace de négociation, moi il me semble que ça veut dire aussi au delà du fait que chacun à sa place sur un mode horizontal dans une autre dimension et parfois dans la surprise de créer se trouve une modalité qui permet de faire progresser la situation ; souvent on en discute et tout d'un coup, il y en a un qui l'identifie au milieu de la table. Mais en réalité, ça fait un moment qu'elle est là. On ne l'avait pas vue en fait. On ne sait pas toujours qui a amené vraiment le déblocage de la situation, c'est le groupe. Il existe des situations effectivement où l'on dit, là il faut faire l'HDT, là c'est des trucs techniques, là on va y aller. Ce n'est pas en général la façon dont les choses se passent.

L'espace d'une négociation, c'est aussi un espace de création de lien qui nous permet de trouver comme ça une possibilité de rouvrir un avenir à une situation qui paraît assez bloquée. Rouvrir une possibilité pour l'acteur, de penser, d'agir auprès de la personne, de recréer des liens auprès de la personne, parfois on est plusieurs acteurs à essayer de créer les liens entre la personne, d'impliquer activement, positivement dans ce qui pourrait changer et en mieux si possible dans sa situation et finalement de donner une place à la personne dans la configuration qu'on a commencé à réfléchir ensemble. Je finirai sur ce point parce qu'il me paraissait important, de ma place de soignant, c'est là que je me sens le mieux, que je me trouve légitimé. Ce réseau est un lieu où les personnes peuvent parler de la souffrance dont ils ont été témoin, de la souffrance qu'ils portent et qu'ils vivent eux-mêmes, tu parlais tout à l'heure d'un sentiment d'envahissement, il y a le sentiment d'impuissance... cette détresse dont il peut être parlé est aussi ce qui permet finalement de garder ou de reprendre le contact avec cette réalité, de se réapproprier pour les acteurs la réalité de la situation, de la repenser et après de retourner vers la personne pour faire évoluer cette situation.

La place que nous donnons à la personne, je finirai sur cette idée, c'est la place du sujet comme nous on l'entend dans le champ de la psychiatrie de la citoyenneté aussi, quand on parle de politique de la ville, et donc pour nous cette place, ce travail

est essentiel autant qu'il essaye de restaurer les personnes dans cette place de sujet et de citoyen ou de les réhabiliter.

Mylène Frappas, chargée de mission, Santé Publique de Marseille

Je voudrais conclure du côté de la ville. Il nous semble tout d'abord que la catégorie troubles du voisinage au fil de l'expérience de ce réseau, on le repérait tout à l'heure, je le mettais en avant n'est plus du tout la seule entrée. Par ailleurs ce qu'on peut penser du côté de la ville, c'est, s'il est évident que l'engagement des élus permet la création et la vie d'espaces de travail de ce type, cet engagement est nécessaire mais pas suffisant. L'engagement est nécessaire parce qu'il faut qu'il ait la légitimité de la ville. Aujourd'hui nous travaillons à l'évaluation de ces deux dispositifs de la cellule opérationnelle et ce réseau nous allons vers la création d'un nouveau dispositif qui sera largement porté par les bailleurs sociaux, ils seront largement présents. Ce dispositif prend appui dans le cas de l'ASV, mais surtout il va s'inscrire dans le cadre d'une expérimentation qui est celle d'un contrat local de santé passé avec l'Agence Régionale de Santé qui en cours d'élaboration au niveau de la ville de Marseille et quand je dis que l'engagement des élus est nécessaire et pas suffisant c'est bien parce qu'aujourd'hui les réformes actuelles de l'Etat nous interrogent, la loi APST, la mise en place de ARS, vont-elles faciliter ces espaces de coordination ? Comment et avec qui sera pensée la question de la coordination entre l'accompagnement social et le parcours de soin des personnes ?

Du côté de la psychiatrie publique

Patrick CHALTIEL, psychiatre, chef de service, Bondy

Dans le 93 les problèmes du voisinage, on connaît.

Je vais vous raconter des petites histoires parce que ça marque plus les esprits. Dans la série des emmerdeurs publics, des nuisances de voisinage, je vais vous raconter l'histoire d'un garçon qui s'appelle Dominique qui ne passe pas des barres de métal sur les radiateurs, mais qui lance des boules de bowling dans l'escalier quand les enfants rentrent de l'école. La créativité du voisinage, c'est quelque chose d'extraordinaire. Ensuite, il fait autre chose, il chie sur les paillasons, il met de la limaille de fer dans les serrures de ses voisins, ce qui fait que les clés ne marchent plus. Les gens ne peuvent plus rentrer chez eux. C'est une petite histoire que je vais

vous raconter parce que c'est quand même une histoire qui m'a beaucoup appris. Je vais faire comme d'habitude une intervention un peu chaotique en reprenant un certain nombre de choses importantes qui ont été dites précédemment. La première, la question de l'expertise : de quoi le psychiatre est-il expert ou de quoi l'équipe soignante de secteur est-elle experte ou à quoi peut-elle consacrer son expertise ? A mon avis, on a construit sur le secteur de Bondy un groupe que l'on a appelé interface qui est une espèce d'auberge espagnole qui se réunit tous les mois avec une étonnante durabilité. Ça fait 12 ans que ça dure, et c'est toujours très actif et très enrichissant. Alors, il y a toutes sortes de gens là dedans, des bailleurs sociaux, des assistantes sociales de circonscription, des psys, des généralistes, des tuteurs et curateurs, des femmes relais comme on dit dans les quartiers. C'est extrêmement varié comme public et ça change tout le temps. Groupe ouvert et en même temps, on arrive à maintenir une continuité du travail. On dit l'inter professionnalité, le partenariat c'est chronophage, ça prend du temps, on n'a pas le temps, on ne peut plus, ça va trop vite... Or ce que je constate, c'est exactement le contraire, c'est-à-dire que, si on fait un groupe d'élaboration philosophique sur le social, ça va être chronophage et ça ne va pas amener à grand-chose. Mais si on travaille sur du concret dans ce genre de groupes partenariaux, c'est un gain de temps absolument extraordinaire de santé mentale pour les participants. C'est pour cela qu'ils viennent. J'ai compris récemment qu'ils venaient pour leur santé mentale. Pas pour la santé mentale des publics qu'ils reçoivent mais pour la leur et je pense que c'est très important qu'on reste vigilant à notre santé mentale. Ça ne veut pas dire qu'il faut se centrer sur soi-même de façon complètement narcissique mais je pense que c'est fondamental que les intervenants confrontés à la détresse psychosociale soient attentifs à leur propre santé mentale. Alors, les principes qu'on a mis en place dans interface, c'est : un il n'y a pas d'expert de la détresse. Ça veut dire quoi ? Ça veut dire que l'on s'interdit l'orientation, « le jeu de la patate chaude ». On a défini un principe d'accueil ; c'est-à-dire les situations de détresse ou de problématique relativement importantes de souffrance psychique ou de détresse sociale doivent être reçues là où elles se présentent. Que ça soit chez vous, chez nous, chez le voisin, au commissariat de police, à l'hôpital général, aux urgences, dans les services sociaux ou sur la place publique. Il doit y avoir une fonction d'accueil. Accueil, ne signifie pas ouvrir la porte avec un grand sourire, dire bonjour et puis dire à la personne excusez-nous mais vous vous êtes trompée de porte. Accueillir, c'est

dire vous avez frappé à la bonne porte. Le principe d'interface c'est que tous les participants s'engagent à dire aux personnes qui les inquiètent le plus « vous avez frappé à la bonne porte ». Vous ne vous êtes pas trompés de porte. Ensuite à interface, on va mettre en scène, en discours, des situations qui sont celles qui nous emmerdent le plus. C'est-à-dire, chacun à tour de rôle va amener la situation qui lui paraît la plus inextricable, la plus indémerdable, la plus cafouilleuse, la plus au delà de ses compétences, de ses capacités. Et autour de ces situations, concrètement, on va mettre en place des partenariats qui vont se développer dans le temps et qui vont avoir valeur d'exemple. Bien sûr, dans un groupe comme cela, on ne va pas traiter toutes les situations complexes, mais le fait d'en traiter quelques unes, chaque mois, a une valeur extrêmement importante d'exemplification, de qu'est-ce qu'on peut faire ensemble plutôt que seul ? Je reviens à l'expertise du psy. Pour moi l'expertise du psy, elle vise essentiellement à faire émerger l'humain derrière les machines dans lesquelles on est pris, les uns et les autres. On le fait souvent, moi j'ai goûté à le faire et c'est ma formation de thérapeute familial qui m'a apporté ça. Je dois dire en posant des questions idiotes ou en faisant des affirmations saugrenues, c'est-à-dire qui perturbent la logique ou la rationalité commune. Par exemple, je vous donne trois exemples que je cite toujours, car je trouve que ça marche bien : « Faut faire quelque chose, faut faire quelque chose », la question c'est, quand je me lève tous les matins, je me pose cette question fondamentale « pourquoi faire quelque chose, plutôt que rien ? ». C'est la première question que je me pose le matin. Ça a un effet de sidération quand vous dites tout le monde est d'accord, il faut faire quelque chose, faut faire quelque chose. Dominique, il envoie ses boules de bowling dans l'escalier, il y a les enfants qui rentrent de l'école, il faut faire quelque chose. On a un monstre dans le comité d'accueil de notre structure, je l'appelle Frankenstein, c'est un autiste qui s'est tellement tapé la tête contre les murs quand il était petit, qu'il a la tête de Frankenstein. Ils n'ont pas trouvé mieux que de construire une école primaire, juste derrière notre centre psychiatrique. Donc effectivement Frankenstein, il va voir la sortie de l'école, il aime bien les enfants. C'est comme dans le mythe de Frankenstein, c'est un garçon gentil, monstrueux physiquement qui va être finalement gagné par la peur de l'autre et devenir méchant du fait de la peur de l'autre. Demain, je vais dans une réunion de quartier à l'école en question où on va passer la soirée pendant 2h/2h30 à discuter avec le comité de quartier, avec le comité des parents d'élèves et avec les élus sur ce problème. Mais autour de ce

problème je compte bien mener une action perturbante comme je disais sur les reflexes ou sur tout ce qui est « machinique » dans notre société et faire émerger de l'humain. C'est ça mon boulot, je considère que c'est aussi faire une pédagogie de l'intégration et je pense que ça représente 1/3 pour moi du travail de secteur. C'est à dire le travail de secteur ce n'est pas seulement soigner les gens, c'est soigner les gens, leur contexte et mener une pédagogie du vivre avec de l'être avec. Autre question saugrenue, ou affirmation bizarre, c'est un élu, je ne sais pas si c'est un Président du Conseil ou un homme politique de la 4ème république qui disait de façon assez cynique « il n'y a pas de problème que l'absence de solution ne finisse par résoudre ». Quand vous dites cela dans une réunion d'interface, les gens vous disent « ah bon, alors on va se calmer ». Ensuite, une autre phrase que j'aime bien quand on parle de contenu psychique « il est fou, il est fou parce que ci, parce que ça... » ; je dis toujours pour désigner un fou n'importe quoi fait l'affaire. C'est-à-dire, ce n'est pas une affaire de contenu psychique la folie pour moi, c'est une affaire de narration sociale, d'agencement de certain contenu psychique au sein d'une narration sociale, qui a soit une vertu intégratrice, soit une vertu excluante. Ce qui ne veut pas dire qu'il n'y a pas de folie. Je ne vais pas aller à l'extrême, dire qu'il n'y a pas de maladie, il y a des maladies, mais comme le disait Jean récemment, ce n'est parfois pas la maladie qui pose problème. C'est parfois le découragement du malade plutôt que réellement sa maladie ou le contexte dans lequel il vit, où les problèmes ne sont pas forcément des problèmes de pathologie. Voilà notre compétence à nous, notre expertise, je dirai ce n'est pas donner des solutions, c'est de surprendre, de déranger la rationalité commune et en même temps je pense qu'on ne peut pas en rester là. Le psychiatre provocatif qui fait des ronds de jambes avec des formules, c'est bien joli, mais ça ne suffit pas. Au bout d'un moment, si vous restez dans cette position, vous prenez de grosses claques. Donc ensuite, il faut collaborer et collaborer en psychiatrie ce n'est pas dans notre culture, c'est entrain de le devenir mais je vous rappelle que l'on a 1 ½ siècle de culture asilaire, c'est à dire de secret d'enfermement, de cryptophilie (ça veut dire le goût du secret). C'est la perversion de la psychiatrie, de discours obscurs, que personne ne comprend... On n'a pas une grande culture de la communication donc il faut la psychiatrie sur la place publique ; le pari de la psychiatrie de secteur c'est de communiquer de façon ouverte et claire. Il y a le problème du secret professionnel, il n'y a pas que pour les psys, pour les travailleurs sociaux aussi, pour l'ensemble des interlocuteurs d'interface, ce

problème est à travailler à chaque séance. Il n'y a pas de principe de secret qui serait universel et qui définirait une fois pour toute qu'est-ce qui est du registre du secret et ce qui est du registre du partage. Il y a à travailler cette question au cas par cas. Des informations sont dans le registre de la confidentialité et on est dans une telle période sociale d'extimité comme dit Tisseron, qu'il faut faire attention à conserver des contenants en intime. Néanmoins, il faut toujours réfléchir à qu'est-ce qu'on partage et pour quoi faire ? C'est-à-dire, pourquoi on a besoin de partager les informations jusque là. Ne pas le faire simplement par goût de raconter des histoires ou par une espèce de curiosité malsaine. Le faire, parce que ça sert à quelque chose. Ensuite, il y a des limites au partage. C'est une question dans un groupe comme cela qui ré-émerge à toute les séances : qu'est-ce qu'on partage ? Jusqu'où ? Pourquoi ? Est-ce qu'on dit le nom du patient ? De la personne dont on parle ? Est-ce qu'on parle des voisins ? Jusqu'où on va dans le partage ? Cette expérience d'interface nous a conduits à poser cinq principes très simples. Un, il n'y a pas de spécialistes de la détresse ou de la folie ou de la violence ou des troubles. « Troubles », je n'aime pas du tout ; vous savez que l'évolution de notre clinique psychiatrique amène de plus en plus à parler de troubles et non pas de maladie, de syndrome, ou de structure, pendant une époque. On ne parle plus que de troubles. C'est-à-dire sur un modèle anglo saxon ; les troubles mentaux, c'est une espèce de liste de troubles classification dite athéorique. Il n'y a pas de théorie derrière. Mais en fait il n'y a pas de théorie, mais il y a les labos derrière. C'est-à-dire la liste des troubles, ça permet de faire un symptôme, un médicament. Donc « troubles », ça ramène aussi à troubles de l'ordre public, troubles du voisinage, c'est un facteur. Cette transformation de la clinique sous forme de troubles c'est aussi un facteur de danger en terme d'instrumentalisation de la psychiatrie, le psychiatre est spécialiste des troubles. Pourquoi pas de l'ordre public ? On renonce à l'expertise et on dit c'est des problèmes humains et on est tous compétents pour recevoir, accueillir des problèmes humains, que la personne soit folle ou pas, on lui présuppose, c'est quand même la naissance de la psychiatrie en France, c'est Pinel et Esquirol et c'est l'idée quand même « je présuppose de l'humain derrière le plus grand fou ». Il nous faut poursuivre cette logique et comme le disait Jean à Lyon dernièrement « je présuppose de l'humain aussi derrière le Directeur de l'Hôpital, derrière la DDASS qui nous fait chier, derrière ceux-ci ou cela...et ça marche quand vous présupposez de l'humain, l'humain émerge ». C'est une expérience vécue, ce qui me rend

optimiste, c'est une réalité très forte pour moi. Quand on me demande vous êtes psychiatre, psychanalyste, psychiatre comportementaliste ou vous êtes pharmacologue ? Je dis, je suis psychiatre optimiste. Je pense que présupposer de l'humain marche. Ce matin j'avais rendez-vous avec le Directeur Général de l'Hôpital pour les postes médicaux (en ce moment il veut gagner 400 000 € sur le budget des postes médicaux dans l'hôpital). Moi je lui demandais le remplacement d'un congé maternité, c'était mal parti. J'ai commencé à parler de ma fille qui était à l'hôpital, je lui ai demandé s'il avait des enfants... truc bateau mais ça s'est très bien passé. A la fin il m'a dit, on ne va pas se battre pour 15 000 €. Donc présupposer de l'humain à vos interlocuteurs y compris quand ils vous paraissent complètement robotiques, machiniques vos voisins... On est dans une société qui prédispose peu à peu la solidarité à l'utopie. On est plus dans les années 60. Ne sombrons pas dans l'érotisme mou de la plainte auxquelles nos autorités voudraient substituer l'érotisme mou du bonheur. Il n'y a qu'une chose qui marche, la lutte pour l'humain. On ne peut pas faire de la psychiatrie moderne, de la psychiatrie dans la cité sans un militantisme, sans une implication. Ce n'est pas un métier facile comme je dis souvent. Aussi la place publique est une pute. Bonnafé nous a dit « allons sur la place publique, la psychiatrie doit sortir de ses murs, c'est la fin de l'asile, la psychiatrie doit être sur la place publique », mais la place publique qu'est-ce qu'elle vous demande avant tout ? Première chose, éradiquez les fous, ou enlevez-nous les fous et deuxième chose, éradiquez la souffrance psychique, enlevez-nous cette salopie de souffrance psychique. Nous, on doit lutter contre cet espèce de discours collectif et faire émerger le fait que la souffrance psychique est une nécessité pour la croissance de l'homme et que la folie fait partie de tout un chacun et que c'est aussi une des choses les plus idiosyncrasiques de l'humain.

La psychiatrie ne peut se contenter de s'auto définir. Il faut faire attention en tant que psy à cette question de l'auto définition de nos missions. C'est-à-dire, on sait définir un certain nombre de missions à partir de la mise en place assez militante de la psychiatrie de secteur, mais je pense qu'on ne peut pas se contenter d'une auto définition, sinon c'est une identité professionnelle qui devient paranoïaque et nos institutions sont très cloisonnées en France. Elles ont des cultures d'identité professionnelles paranoïaques ; c'est-à-dire on se méfie des uns et des autres, comme disait un collègue, chef de service au CHU du coin « mais ce que vous faites là docteur, ça ne serait pas le travail d'une bonne assistante sociale ? », avec tous le

mépris que pouvait véhiculer, de la part d'un mandarin, ce vocable ; c'était une insulte, il cherchait à m'insulter. Je lui dis « oui, tout à fait, d'ailleurs je me demande parfois, si d'abord je ne suis pas une femme et puis si je ne suis pas effectivement une assistante sociale ». Ca ne l'a pas fait rire du tout. On craint tous dans notre culture cloisonnée, notre culture du cloisonnement des institutions, on craint tous une déperdition d'identité professionnelle. N'ayez pas peur de cette déperdition. Il n'y a pas de déperdition dans la confrontation à l'autre ; au contraire, ça renforce nos identités professionnelles. C'est-à-dire le fait d'être en permanence confronté à d'autres identités, ça nous permet de repérer à quoi on peut servir simplement. Comme disait Bonnafé « mettez vous sur la place publique et demandez à la population : qu'y a-t-il pour votre service ? ». Ensuite ça ne veut pas dire encore une fois qu'il faut répondre de façon soumise à la commande publique. La commande publique est extrêmement perverse et on doit s'en méfier, et on doit l'orienter ou la réorienter en fonction de certains principes essentiels. Quand je parle d'expertise, la psycho traumatisme est un bon champ d'expérience pour cela. Les américains au retour de la guerre du Vietnam, les vétérans de la guerre du Vietnam présentaient des syndromes psycho-traumatiques monstrueux, massifs. C'était une guerre d'une sauvagerie totale. On a commencé à travailler en psychiatrie sur le psycho-traumatisme, moyennant quoi ça s'est tellement développé, que chaque fois qu'il y a quelqu'un qui se casse la figure dans la rue, il y a une horde de « machins » qui débarquent et qui psychologisent le traumatisme sous prétexte de débriefing, de déchoquage... C'est très bien de s'occuper des psycho-traumatismes, mais attention à l'instrumentalisation sociale et au fait que chaque fois que des mains professionnelles ou expertes s'occupent de la souffrance psychique, les mains de l'entourage reculent. Notre rôle c'est aussi de stimuler les compétences de l'entourage naturel des gens et non pas de nous substituer à eux ou d'accepter une délégation. Moi je dis toujours « prenez compte, ne prenez pas en charge ». C'est le travail d'accueil en une unité d'accueil et de crise dans le service qui reçoit toutes sortes de situations, ça va des violences conjugales aux peines de cœur d'une chatte anglaise, en passant par l'adolescent qui a pris trois comprimés de Lexomil parce que son petit copain lui a envoyé un texto qui n'était pas correct. L'accueil n'est pas de la psychiatrie ou c'est de la psychiatrie à 30 ou 40 %, mais soyons accueillants à l'égard de toute souffrance psychique pour différentes raisons. D'abord ça nous permet de ne pas construire des urgences. Plus la psychiatrie est capable

de prendre en compte le vécu intersubjectif d'urgence, moins les urgences deviennent des urgences. Le travail d'urgence psychiatrique, c'est de déconstruire l'urgence, ce n'est pas d'intervenir sous forme de la prise en charge. Je suis très cafouilleux et chaotique ça part dans tous les sens.

Je vous raconte une petite histoire. Il y avait la même dame, la même dont on a parlé tout à l'heure, on l'a tous celle-là. La veille dame qui, enfermée chez elle, inquiète ses voisins, qui cumule, ça pue, elle parle toute seule, elle ne dit plus bonjour aux gens, elle maigrit... et le Maire nous dit un jour, ou les services, ou les bailleurs sociaux, ou les services municipaux ou les assistantes sociales nous disent : il faut faire quelque chose, il faut faire quelque chose. Il faut le faire tout de suite, ça fait deux ans que ça dure, mais il faut le faire tout de suite. Donc, on va la mettre en HO vous êtes d'accord docteur on la met en HO, et on va nettoyer son domicile moyennant quoi on voit qu'il y a des tentatives de suicide par défenestration, ou chez une veille dame, très souvent, des syndromes de glissement qui vont l'amener à mourir tragiquement dans les mois qui suivent. Donc, je demande du temps toujours. Non on ne va pas faire ça en quinze jours, donnez moi trois mois, donnons-nous six mois, c'est une prise de risque, mais il n'y a pas de soin sans risque. Ne cédon pas à cette logique assurantielle du risque qui vise le risque zéro, il n'y a pas de soin sans risque. Hospitaliser une dame en HO est un risque énorme. Hospitaliser une dame de 80 ans en HO qui n'a jamais été hospitalisée avant, sous prétexte qu'au niveau de la salubrité publique il faudrait nettoyer son appartement, c'est ce que j'appelle la maltraitance bien pensante. Le principe de précaution... prenons d'autres types de risques de laisser cette dame là où elle est comme le fait le Samu social avec les clodos sur leur plaque de métro. On va les voir, là où ils sont, on ne cherche pas à les réinsérer avec un chausse pied ça ne marche pas ; on va travailler, on fait des hypothèses de crises, on essaye d'entrer en relation avec la personne et puis on voit les choses évoluer tout à fait différemment. Il y en a plein des histoires comme celles-là. Par contre, Dominique c'est intéressant dans la mesure où on a eu à la fois un grand succès et un grand échec. Quand j'avais publié dans le numéro de Rhizome sur « le voisinage et ses troubles », Jean avait dit « je crains quand même que tu décourages un peu les gens avec cette fin tragique » parce qu'il est mort le mec, Dominique... Il est mort, mais on a fait quelque chose que je trouve assez extraordinaire. C'est-à-dire cet emmerdeur public que le voisinage voulait virer de là,

vous savez, j'ai été invité au conseil local de prévention de la délinquance de la commune des Pavillons-Sous-Bois, c'était très drôle et en même temps tragique ; toute l'idée finalement des gens qui étaient là, la majorité, c'était mettre des caméras vidéo surveillance de partout et l'idée était, comment on peut faire passer Da Silva, ce gamin insupportable qui entraîne derrière lui une horde de délinquance, comment on peut le faire passer dans la commune d'à côté.... C'est ça la prévention de la délinquance, c'est de la déplacer dans la commune d'à côté. Dominique, donc un patient avec troubles de la personnalité, l'océan des états limites entre les continents de la psychose, névrose, perversion. Il y a l'océan des états limites avec les troubles de la personnalité que chacun essaye de se renvoyer que la psychiatrie ne peut surtout pas classer dans l'axe. D'abord parce qu'à ce moment là, ça serait vraiment de son ressort et qu'il vaut mieux que de temps en temps, il aille en prison et pas en psychiatrie. Dominique est un épileptique qui a des troubles de la personnalité depuis l'enfance, troubles du caractère, qui a été placé, multi-placé, multi-maltraité dans des familles d'accueil, en foyers...et puis à 18 ans, on lui dit « maintenant tu es grand, donc autonome, donc tu as un appartement, une allocation adulte handicapé, et tu vas vivre tout seul comme un grand et puis tu as un tuteur que tu ne verras jamais parce qu'il gère 280 dossiers et qui va te donner 50 € par semaine, et puis roule ma poule, tu te débrouilles avec ça ». Alors, pour créer du lien, Dominique, il emmerde les gens, et il est hospitalisé en HO régulièrement, les flics sont appelés toutes les deux semaines. Ils en ont marre, tous le monde en a marre. A la énième HO, je demande au commissaire de police « peut-on faire une réunion thérapeutique au commissariat ? ». Il me dit « mais vous êtes fou, Sarkozy nous a dit qu'on ne faisait pas notre métier parce qu'on joue au foot avec les délinquants, on ne va pas commencer à faire des réunions thérapeutiques au commissariat ». Je lui dis « écoutez, là on est dans une impasse, on répète toujours la même chose, si vous voulez consacrer du temps, des véhicules, du temps d'inspecteur à continuer à s'occuper de ce type là, parce qu'il emmerde son monde, moi de toute façon, je ne le garderai pas à l'hôpital, on ne garde plus les gens à l'hôpital. Il va ressortir et on va être confrontés au même problème ». Finalement, il cède et me dit d'accord, on va faire la réunion au commissariat. Tout ça pour vous dire que la place publique, ce n'est pas la place de l'église, c'est partout la place publique, c'est le commissariat, c'est les urgences. Il faut être mobile en psychiatrie, si on veut travailler sur la place publique, il ne faut pas être fixe. Donc le commissariat, c'est un lieu public et c'est un

lieu éminent de dépôt de la souffrance psychique et de la détresse. Pour le rassurer, je lui dis, je ne vous demande pas de faire des thérapeutes, je vous demande d'assurer la sécurité de la rencontre parce que ça va être costaud. Je demande au commissaire de convoquer Dominique et tous les voisins qui ont fait un comité de voisinage pour l'expulsion de Dominique, et puis les bailleurs et puis toutes les personnes concernées, les inspecteurs sont là (20 personnes). Et ça commence et ça chauffe et ça part. Au début c'est vraiment le bouc émissaire ; tout est concentré sur lui, puis petit à petit, il raconte un peu son histoire en pleurnichant et l'humain commence à sortir, à émerger. Et puis le groupe se clive et ça c'est un moment essentiel quand les groupes se clivent, qu'il y a de la différence. A ce moment là, je sais que c'est gagné. Je sais qu'il va trouver des alliés dans l'environnement après cette réunion au commissariat. Pendant un an et demi, plus rien ne se passe. C'est-à-dire, il n'y a plus de persécution, il n'y a plus d'intervention de la police. Simplement, cette réunion de 2h30 au commissariat a permis de dégonfler complètement cette focalisation et de permettre à Dominique de sentir qu'il faisait quand même partie du monde, qu'il n'était pas totalement un intrus. Après, il se suicide et c'est là que je dis c'est aussi un autre apprentissage. Dans les moments où ça va mieux, c'est là qu'il faut être le plus attentif. Ces personnes qui sont désaffiliées, désocialisées, désinsérées quels que soient les termes dont on les appelle, quand quelque chose d'humain commence à se réactiver entre eux et que d'un seul coup ils sentent que peut-être, ils pourraient faire partie du monde des humains, et bien il y a toutes sortes de choses qui se passent en eux de culpabilité, mais pourquoi est-ce que j'ai mérité ça ? Alors je ne suis pas mauvais, je ne suis pas un monstre et tout cela ça peut les amener à un drame, à ne pas supporter. Je compare souvent ça aux enfants dénutris en Afrique. Si on les nourrit avec des nourritures normales, ils meurent. Il faut adapter, et surtout, il faut surveiller. On dit souvent ça des schizophrènes, puisque un schizophrène se suicide souvent guéri, souvent quand ça va mieux. Et c'est pareil pour les gens en situation de détresse psychosociale grave qu'il faut accompagner avec une très grande attention au moment où les choses s'améliorent.

En conclusion, c'est l'expérience qui laisse des traces, c'est-à-dire au niveau des voisinages. Dans cet immeuble, ils ont vécu une expérience différente de ce qu'ils imaginaient. Ils imaginaient qu'ils allaient appeler des spécialistes et qu'on allait leur enlever cette écharde du pied. Ils ont compris et accepté que « vivre avec » c'était

possible, « être avec » c'était possible, et qu'il n'était pas forcément nécessaire d'exclure pour vivre. Ce sont des expériences qui laissent des traces dans une copropriété et ce sont ces petits grains qu'on sème comme cela, endroit par endroit et qui ensuite font tâche d'huile.

Du côté des pouvoirs publics

Hélène SCHÜTZENBERGER, Directrice adjointe du pôle national de lutte contre l'habitat indigne, Paris

Chacun d'entre nous doit bien connaître son rôle, bien connaître le rôle de chacun des autres intervenants de façon justement à prendre toute sa place, mais rien que sa place et à savoir solliciter les autres quand ils ne prennent pas tout à fait toute leur place. Ce que je vais vous présenter aujourd'hui, c'est du côté des pouvoirs publics. Quels sont les pouvoirs de police, du Maire, du Préfet ?

Tout à l'heure pour Marseille, vous aviez parlé d'habitat indigne puis vous avez aussi parlé de troubles de voisinage. J'ai suivi le même cheminement de pensée que vous parce que j'ai commencé par définir l'habitat indigne, puis après je vous parlerai des troubles du voisinage et du rôle institutionnel des uns et des autres.

C'est la loi dans toute sa splendeur, elle est toute récente, elle est de mars 2009, c'est la définition d'un habitat indigne. Qu'est-ce qu'on appelle un habitat indigne ? C'est tout simple, c'est les locaux ou installations utilisés aux fins d'habitation. Une façon de dire les logements ou les locaux utilisés dans lesquels on habite et qui n'ont pas été conçus pour être des logements et qui exposent les occupants à des risques manifestes pouvant porter atteinte à leur sécurité physique ou à leur santé. Définition simple et derrière, c'est à nous tous d'y mettre du contenu et de savoir est-ce que tel logement présente vraiment un risque manifeste pour la sécurité physique ou pour la santé. A ce moment là, on doit agir.

Quels sont les moyens d'action des pouvoirs publics ? Le premier de ces moyens d'action est le moyen gentil, c'est l'incitation financière des propriétaires et donc l'Etat par le biais de l'Agence Nationale de l'Habitat qui apporte des subventions aux propriétaires qui veulent faire des travaux chez eux sans coercition et ce sont des subventions extrêmement importantes puisque ça peut être de l'ordre de 50 % voire au-delà. L'incitation financière c'est très bien mais ça ne marche pas toujours et à ce moment-là il faut qu'on rentre dans la coercition et c'est ce qu'on appelle la police spéciale. C'est donc les pouvoirs de police du Préfet. Quand on va parler d'insalubrité, c'est-à-dire de risques pour la santé dus à des moisissures, à de l'humidité excessive, à des locaux trop petits, surpeuplés, ou bien les pouvoirs de police du Maire quand on va parler d'immeubles qui menacent de ruine ou de péril, c'est-à-dire la chute de tuiles du toit pour les personnes qui vont passer dans la rue ou c'est l'effondrement de la rampe de l'escalier ou de tout l'escalier sur les

personnes qui essayent d'arriver chez elle au 3^{ème} étage et comment est-ce que ça se fait ? C'est très simple, en théorie le Maire ou le Préfet va faire le constat des désordres du bâti, va prescrire au propriétaire de faire les travaux dans un délai donné, si besoin est, il y aura une obligation d'hébergement des occupants ou de relogement définitif pendant le temps de cette mesure. Les occupants vont être complètement protégés par rapport au propriétaire. C'est-à-dire que le loyer cesse d'être dû et le bail est prolongé de la durée de la mesure et puis logiquement le propriétaire est sensé obtempérer surtout qu'il peut avoir les subventions financières dont on a parlé. Mais il y a un certain nombre de cas où tout cela ne suffit pas. A ce moment, la solution est toujours en théorie très simple. Le Maire ou le Préfet va se substituer au propriétaire défaillant et va donc soit héberger la famille au frais du propriétaire, soit la reloger définitivement. A ce moment là le propriétaire devra une certaine indemnité et en complément, l'Etat ou la commune vont faire les travaux aux frais du propriétaire. Schéma de la lutte contre l'habitat indigne. Puisque je représente le pôle national de lutte contre l'habitat indigne, je voulais vous expliquer un petit peu qui nous sommes pour qu'il n'y ait pas de quiproquo. C'est un pôle interministériel qui comprend quatre ministères, l'intérieur, le logement, la santé et la justice. Ça doit être pour cela que nous ne sommes que quatre personnes au pôle. C'est une structure extrêmement légère, nous existons par trois lettres de missions 2002, 2006, 2009 et nous sommes aussi à la mission du Préfet, Alain Regnier qui est le délégué général pour la coordination de l'hébergement, donc des sans-abri et de l'accès au logement ou mal-logés. Quelles sont nos missions ? C'est des formations, des services locaux, des préfectures ou des communes, en langage simple DDASS, DDE en langage d'aujourd'hui Direction départementale des Territoires et futur ARS et la création de documentation qui leur sont destinées de façon à bien expliquer toutes les subtilités et un appui au quotidien à toutes ces structures dans la question réponse. De tout cela on en tire quelques idées de modification, de réglementation et effectivement au travers de cette activité on est très fortement confronté au fait qu'une partie, aussi bien les propriétaires, que les locataires sont parfois en souffrance psychique et ont besoin d'un accompagnement tout à fait autre. On est conscient du complémentaire, mais on est aussi conscient que de temps en temps le coercitif et le rappel à la loi peut être un moyen d'accompagnement et d'aide pour l'ensemble des intervenants, qui permet tout ce jeu d'acteur qui est de dire « vous comprenez, moi je suis là pour vous soigner, moi je suis là pour vous accompagner,

mais la méchante administration, voilà ce qu'elle dit », et là il y a tout un jeu de rôle entre nous. Là c'est l'habitat indigne, les choses les plus dures. Aujourd'hui on est là souvent pour parler de désordre du voisinage, donc des choses qui vont être beaucoup plus gênantes pour les voisins ou bien on est dans des rapports privatifs, l'Etat ou la commune, suivant les cas de figure, ont un rôle à jouer.

Les pouvoirs de police générale du Maire : le Maire est chargé sous le contrôle administratif du représentant de l'Etat, le Préfet, de la police municipale ou de la police rurale qui ont pour objet d'assurer le bon ordre, la sûreté, la sécurité publique et la salubrité publique, le cadre légal est donné, mais il est extrêmement général. Quels sont les pouvoirs qu'a le Maire ? Le Maire a le pouvoir de rappeler la réglementation. Souvent la personne qui gêne est dans le déni. Le rôle du Maire est d'objectiver la situation, de dire ce n'est pas tellement que Monsieur « X » soit un grincheux... c'est que la loi dit « ceci cela, on ne doit pas déposer ses détritux dans le couloir article tant du règlement. On ne doit pas ceci cela... » et là quelqu'un de mon service est venu et nous avons constaté que c'est objectiver les choses pour les sortir un peu de ces rapports conflictuels entre individus. Tout un travail de médiation qui peut se faire et puis si ce travail là ne suffit pas à ce moment-là effectivement, le Maire est dans son rôle de mettre le propriétaire et/ou l'occupant en demeure de faire les travaux. Ce sont des travaux soit dans le bâtiment, ça peut être déplacé une ventilation, déblayer des ordures, des encombrants dans les parties communes... Là si tout va bien on s'arrête là. La difficulté c'est que, en cas d'échec, comme on est dans des choses moyennes, on n'est pas dans les cas de logement indigne dont on a parlé plus haut, les moyens de coercition sont beaucoup plus faibles ; le Maire va pouvoir dresser le procès-verbal mais derrière, faut-il que la justice suive. C'est une amende qui n'est pas toujours très dissuasive. Les travaux d'office sont théoriquement possibles mais il faut demander l'autorisation du tribunal, donc il faut engager des frais pour obtenir l'autorisation et puis surtout la récupération de la créance sans être explicitement interdite mais elle n'est pas non plus explicitement prévue par les textes. Donc, tout le monde comprendra que la mairie, sauf cas particulier, ne va pas souhaiter s'engager dans cette voie. Les exemples (bruit, prolifération d'insectes....). On a un cas particulier qui permet de résoudre les cas d'incurie dans le logement d'accumulation de déchets où cette fois ci c'est une autre réglementation qu'on va appliquer : le code de l'environnement qui est à disposition du Maire et qui permet au cas où les déchets sont abandonnés, déposés ou traités

contrairement aux prescriptions des règlements, le Maire peut après mise en demeure, assurer d'office l'exécution des travaux nécessaires et ce aux frais du responsable. Le Maire va être beaucoup plus à l'aise pour y aller puisqu'il va rentrer dans ses sous et qu'il n'y aura pas besoin de demander l'autorisation. Soyons très clair, là je vous donne quelques outils réglementaires. Ne me faites surtout pas dire que c'est la seule approche, c'est l'une des approches possible en cas d'échec de toutes les autres. Mais quand j'expose ce genre de sujet au service des communes ou de l'Etat, je leur dis ne vous lancez pas bille en tête parce que ça va revenir, l'encombrement va revenir, ça c'est le symptôme ; ce qu'il faut c'est trouver les moyens d'engager le dialogue ou le soin avec la personne. Ca c'est les pouvoirs du Maire.

Les pouvoirs de police du Préfet ? Là c'est le code de la santé publique qui est très général. Il permet de tout faire ou pratiquement. Il dit, en cas d'urgence notamment de danger sanitaire ponctuel imminent pour la santé publique, le représentant de l'Etat dans le département peut ordonner l'exécution immédiate tous droits réservés, des mesures prescrites par les règles d'hygiène. C'est un article que l'on applique souvent quand les Maires n'ont pas voulu ou pus localement appliquer les textes dont je vous ai parlés tout à l'heure. Ce qui permet au préfet de prendre la décision et c'est au Maire de la faire appliquer. Je ne vous ai pas mis le texte qui l'explique, parce que c'est un peu long. C'est la suite de cet article qui indique que c'est au Maire après de faire appliquer l'arrêté avec les travaux d'office qui sont possibles, sans autorisation du juge qui seront faits par le Maire ou à défaut par le Préfet, la créance est recouvrée comme en matière de contribution directe. Donc, là on est certain de recouvrer sa créance et l'exemple qu'on peut citer aujourd'hui c'est effectivement l'incurie dans le logement, les déchets, mais c'est également un article qu'on utilise couramment quand il y a des risques électriques et là on peut comprendre que le voisinage ait peur que l'ensemble de l'appartement ne flambe. Ca permet de mettre en sécurité l'installation électrique, ça permet de faire créer les ventilations quand il y a une chaudière à gaz et que les ventilations réglementaires n'existent pas et de lutter contre le risque d'intoxication oxycarbonée ; ça permet de faire toutes ces choses là qui créent un danger sanitaire ponctuel et imminent. En général, quand on est saisi de la situation, l'imminence, elle est pour les pouvoirs publics, c'est nous qui sommes saisis en urgence, mais pour que les situations en

arrivent là, elles durent depuis longtemps. On dit toujours, nous on est comptable de notre action à partir du moment où on est informé et qu'on ne peut absolument pas dire « écoutez ça fait deux trois an que ça dure, laissez-moi trois mois pour réfléchir, 3 mois pour engager le dialogue avec la personne, mais 3 mois pour ne rien faire avec le dossier sur un coin de bureau, non ». A titre d'exemple, on n'a pas de recensement des actes pris par les mairies, pas de recensement national. Par contre, on a des recensements, des actes pris aux niveaux préfectoraux pour 2007 : 112 arrêtés préfectoraux dans ce cadre d'urgence ont été pris, et 75 pour incurie dans le logement. Ca veut dire que dans tous les départements, tous les services sont confrontés à cette situation sachant que quand la préfecture s'en occupe, c'est que localement, il y a eu une difficulté parce que normalement c'est à résoudre au niveau communal.

PARTAGE AVEC LA SALLE

Questions

Axel Gauthier, Psychologue Clinicien

J'ai une pratique qui m'a amené ici effectivement parce que troubles du voisinage dans un centre postcure hébergement et soins suivis dans le 20^{ème} arrondissement, on connaît. Je suis membre d'une équipe appartenance associatif. Ça nous a permis de faire des pratiques et même des interventions et des formations avec des bailleurs sociaux avec des organismes tutélaires. Ma question s'adresse plus particulièrement au Dr Chaltiel : est-ce que ce travail que vous avez fait avec le groupe interface, est-ce que ça a changé votre pratique au plus près des soins sur le plan de notre identité professionnelle ?

Dr Chaltiel,

Ca n'a pas été un changement, je peux dire que ça change tout le temps. C'est-à-dire que c'est un accompagnement, c'est un espèce d'échange permanent qui me permet de définir là où ma pratique est efficiente et là où elle ne l'est pas. Ca m'a conduit à une chose essentielle qui est l'idée de ce que j'appelle la subsidiarité du soin. Ca veut dire pour moi, que le soin au sens de « curing », le soin médical technique, le soin on pourrait dire psychiatisant au sens de Foucault, à partir du moment où la psychiatrie s'empare de la folie, elle la désigne et contribue à un processus d'exclusion ou de marginalisation sociale. Ce soin là doit passer au second plan dans la vie des gens et doit viser à sa propre subsidiarité au profit du « caining », c'est-à-dire au profit des liens naturels et de la solidarité du groupe environnant. Ca ne veut pas dire que le soin doit disparaître. Quand je dis ça dans un colloque de l'UNAFAM ou dans les réunions de famille, les familles, les parents disent « oh la la, vous dites que ce n'est pas important qu'il continue son traitement ! ». Je dis non, ce n'est pas ça ; c'est qu'on ne lui mette pas sous le nez en permanence comme une priorité essentielle de sa vie, est-ce que tu as pris ton traitement ? Cette visée que j'appelle subsidiarité du soin, c'est permettre aux patients qui ont des troubles psychiques de ne pas être en permanence envahis par une définition d'eux-mêmes comme essentiellement fous et médicalisés. Donc de faire émerger plutôt les aspects qui peuvent avoir des préoccupations comme tout le monde et qui peuvent aussi rencontrer des interlocuteurs sociaux divers et variés sans qu'on leur dise systématiquement vous c'est le psychiatre. Je voulais corriger, j'ai dit pourquoi faire quelque chose plutôt que rien, ça peut être entendu comme c'est bien de ne rien faire. Non, ce n'est pas cela que je dis. La iatrogénie en psychiatrie ça m'a beaucoup appris. C'est-à-dire, comment on rend les gens malades ou comment la psychiatrie peut aggraver les situations. Elle peut les aggraver soit par abstentionnisme soit par interventionnisme. C'est pour cela que c'est une question fondamentale « pourquoi faire quelque chose plutôt que rien ». Ca ne veut pas dire qu'il ne faut rien faire ou qu'il faut faire quelque chose, ça veut dire que c'est une question qui doit être activée systématiquement et souvent la pression sociale fait qu'on pense qu'il faut absolument faire quelque chose. En tout cas, quoi faire ou ne pas faire c'est une question fondamentale au niveau de la dangerosité de ce qu'on peut faire. On peut être très dangereux en psy.

Question

Au sujet d'interface, vous avez parlé de cinq règles, vous n'en avez énoncée qu'une, puis-je avoir la suite ?

Dr Chaltiel,

Les cinq règles sont :

1 – Il n'y a pas de spécialistes. Toute personne doit être accueillie là où elle se présente et on définit l'accueil comme la réponse. Vous avez frappé à la bonne porte, on ne va pas vous adresser ailleurs.

2 – On ne peut pas travailler seul face à des situations de détresse psychosociale ou sinon on attend à sa propre santé mentale, ou alors on va faire des salopies, on va mettre les choses sous le tapis, la poussière sous le tapis, on va oublier la personne, ou on va dire celui là, il ne veut pas s'en sortir, accuser le patient de la responsabilité de l'échec. Je dis toujours avant de dire « il ne veut pas s'en sortir », « est-ce qu'il est rentré quelque part ? ». Avant de sortir il faut rentrer.

3 – On ne peut pas travailler seul, donc on met en place des partenariats, sur le mode du passage. C'est-à-dire, il ne s'agit pas si ça ne marche pas de dire à une personne en situation de détresse ou désaffiliation, dire voilà je vous fais un mot pour Monsieur « X », ou aller vous adresser au service « Y ». Ils n'y vont pas. L'idée du passage c'est une triangulation ; la personne est venue vous rencontrer, vous l'accueillez, vous établissez le lien avec elle et ensuite vous triangulez ce lien, en présence de la personne même. Si on a le temps, on peut accompagner la personne physiquement, si on n'a pas le temps, il y a le téléphone avec l'interphone, le haut parleur. C'est-à-dire que la personne concernée est en prise directe sur cette conversation qui se passe entre les deux acteurs qui mettent en place ce partenariat et il peut corriger, intervenir.

4- Si on dépossède ces personnes comme l'a montré l'ORSPERE à de multiples reprises, ces personnes en détresse psychosociale ont perdu la capacité de porter elles-mêmes leur propre souffrance ou même parfois de la ressentir. Si en plus on les dépossède en construisant des partenariats dont elles sont simplement l'objet, on va attendre que ça se passe et qu'on fasse quelque chose pour elles. Par contre, si on les implique à tout moment et dès le début la prise de contact avec le partenaire, à ce moment là ça se passe différemment. C'est-à-dire, qu'elles se sentent

concernées parce ce qui est entrain de se passer par le fait que non seulement une personne est intéressée à sa situation mais qu'elle est entrain d'essayer d'en intéresser une autre.

5 - Pas d'obligation de résultat. Le médecin en moderne et la techno science a introduit un cancer dans la médecine qui est l'obligation de résultat. Le médecin à une obligation de moyens, pas une obligation de résultat et si on se donne des obligations de résultat, on détruit les obligations de moyens. Si on veut avec une situation comme celle qu'on détruit là avoir dans un mois un résultat c'est foutu, c'est-à-dire qu'on va se casser la gueule et qu'on va arrêter et qu'on va abandonner la personne ; par contre si on dit, on n'est pas tenu à la réussite, on peut échouer d'abord, on peut échouer ensemble, c'est mieux que d'échouer seul, car si on échoue seul soit on déprime, soit on projette sur quelqu'un d'autre. On peut échouer ensemble, mais tant qu'on échoue, on continue. A interface on reprend régulièrement des situations dont on n'a pas parlées depuis deux ans. Interdiction d'oublier, de lâcher. On a le droit d'être dans l'échec mais pas le renoncement. Règle commune qu'on s'est donné. On peut s'en donner d'autres, c'est des exemples à condition de les construire ensemble et de dire voilà, on va se donner ces règles là. Ce ne sont pas des règles extrêmement recherchées, mais elles permettent une certaine efficience dans ce travail.

Pauline Rhenter,

Question sur ce groupe que vous m'aviez d'écrit il y a quelques années. Est-ce que c'est un groupe qui est permanent ? C'est à dire, est-ce qu'il se constitue en fonction de la situation qui est problématique ou compliquée, ou est-ce que c'est un groupe qui a des membres permanents, comment ça fonctionne ?

Dr Chaltiel,

Il y a en général entre 20 et 30 personnes. Il y en a depuis début 1998. C'était à partir d'une journée de secteur où on avait invité toutes sortes de gens et après les gens ont dit, il faut qu'on continu, on ne se voit jamais, il faut travailler ensemble. Moi je pensais que ça allait durer six mois. Et puis il y a un noyau de gens qui continuent à venir de façon régulière et puis sinon ça tourne. C'est un club de rencontre aussi. Il n'y a pas de permanent désigné. Groupe très ouvert, mobile. Il faut avoir une

capacité de travail de groupe. Moi je fais de la formation en thérapie familiale, j'ai mis très longtemps à comprendre comment ça pouvait fonctionner un groupe.

Les élus ne sont pas beaucoup là. Au début ils étaient là, puis petit à petit, il reste deux élus des Pavillons-Sous-Bois, service du logement, des élus au logement et les élus à la santé, qui venaient régulièrement au début, ne viennent plus. Actuellement je suis en train de réactiver la notion de Conseil local de santé mentale. Je pense qu'il faut un pilotage par les élus. Ça me paraît complémentaire d'interface, ça ne remplirait pas la même fonction, mais je crois qu'il faut qu'il y ait un Conseil local de santé mentale.

Pauline Rhenter,

Ce qu'on peut noter, c'est que tous les lieux où il y a des groupes comme le vôtre qui se montent avec des règles un peu différentes de fonctionnement à un moment ou à un autre, disent il faut qu'il y ait un espace autre où on fait de la concertation et où on n'est pas sur des situations individuelles pilotées par les plus neutres sur le territoire. De la même façon quand on commence par une instance de concertation, il manque des niveaux de coordination locale. C'est très complémentaire.

5. Conclusions

Michel Joubert, Sociologue, Professeur à Paris VIII

J'ai retenu un certain nombre de choses sur trois axes. Il me semble qu'il ressort d'abord une prise de distance par rapport à un certain nombre de catégories, de mécanismes comme une condition précisément pour mieux appréhender la complexité des situations que l'on a à faire et qui sont nommées « troubles du voisinage ». On a pris de la distance par rapport à cette catégorie, je crois que tout le monde c'est exprimé dans ce sens là. Distance aussi par rapport à la plainte, par rapport à des figures qui sont plus des symptômes, modes de manifestations qui ne permettent pas de comprendre exactement les enjeux et donc la première chose, ça a été de se libérer de ne pas être otage de ces catégories de départ qui par ailleurs ont des fonctions, on l'a vu avec tout le cadre juridique, mais qui pour ce qui est de l'action du travail à conduire très concrètement avec les protagonistes peuvent être des catégories handicapantes. Par ailleurs, c'est aussi la question de l'expertise déposée comme une question avec laquelle il fallait, si ce n'est prendre les distances pour lesquelles, il fallait éviter de se laisser entraîner dans les contraintes ou les passages obligés qu'on tend à poser pour faire l'économie de ce que pourraient être une mise à plat, une réflexion collective, un travail de négociation, contrepartie de ces prises de distance. Il y a tout un ensemble d'expériences qui ont été présentées, qui sont importantes et qui ont à voir avec des nouveaux agencements qui permettent de mieux comprendre les situations et donc qui supposent de croiser les points de vues, surtout d'essayer de donner une place aux personnes qui sont directement concernées pour qu'elles participent à l'explicitation, l'énonciation de ce qui peut être en jeu dans leur difficulté ou dans les situations complexes auxquelles elles ils peuvent être confrontés. Par rapport à cela, il y a des expériences des mobilisations, des logiques de travail qui sont multiples, mais qui ont toujours à voir avec le décroisement, avec sortir des logiques de dispositifs un peu rigides, avec le travail en réseau, avec la recherche des interconnexions entre les compétences qui sont concernées, tout un travail de réflexion collective, des situations qui sont en général assez complexes. Des situations simples qui peuvent se résoudre de

manière rapide mais d'autres on une histoire, des imbrications multiples et là il y a une nécessité de partager, d'ouvrir l'espace de travail avec toutes ces formes qu'on a vues, les groupes de réflexion, les cellules de travail... et enfin il y a besoin de compétences spécifiques, c'est autour de la médiation qu'en général sont exprimées les différentes formes de compétences qui pouvaient être mobilisées et là ce n'est pas forcément à nouveau des spécialistes ou des experts dont il est question, mais des capacités à partager des modes de réflexion communes. En terme de posture enfin, distance, expérience, posture, il y a vraiment une question importante sur la posture ; ça a été rappelé au départ par Jean Furtos avec la question de l'éthique. On l'a retrouve à la fin avec le Dr Chaltiel et le présupposé de l'humain. Là il y a quelque chose de vraiment important sur l'importance de se défocaliser par rapport à cette expression des troubles, de stigmatiser l'approche des publics à sortir des visions un peu péjoratives qui sont imposées souvent sur les personnes, qu'elles soient victimes ou qu'elles soient présupposées troubleurs, c'est la première chose. Ensuite le reste des postures ça a à voir avec les compétences, les dynamiques d'engagement et de reconnaissance qui sont en jeu et qui permettent d'ouvrir la possibilité d'un travail, de suivre les personnes, de les prendre en compte et de faire jouer des régulations qui ne soient pas destructrice pour les personnes. Au final, il y a quelque chose de plus général avec lequel on n'a pas forcément pu beaucoup avancer mais qui est en filigrane avec les différents exposés, c'est comment faire inscrire toutes ces expérimentations, ces modes de travail, ces bricolages, ces ajustements de terrain dans un cadre, dans une politique de santé publique, dans une politique locale, dans une articulation dynamique avec les acteurs et en particulier avec la psychiatrie publique ? Comment maintenir de la proximité avec les publics qui sont souvent éloignés de certaines structures ? Enjeux sur lesquels beaucoup d'actions sont engagées.

Jean Furtos, psychiatre ONSMP-ORSPERE

Cette journée a été vraiment intéressante, cohérente. Il y a eu peu de travailleurs sociaux à la tribune mais heureusement il y avait un psychiatre qui fonctionnait comme un travailleur social... Moi-même, en 1996, j'ai été ainsi qualifié par un collègue à Vaux en Velin, « Furtos est-ce que tu n'es pas entrain de devenir une

assistante sociale ? ». Effectivement, sur le moment, ce n'était pas dit comme un compliment. Il y a eu aussi peu d'expérience de bailleurs, et c'est vrai que quand on travaille dans des congrès de bailleurs, on s'aperçoit de toute la qualité du travail qui est fait, de plus en plus en France par les bailleurs publics et les bailleurs sociaux. C'est peu venu aujourd'hui parce que ça n'a pas été conçu pour cela, mais il faut le savoir. Ça nous a donné aussi envie de terminer cette recherche sous forme d'un ouvrage collectif qui devrait être publié, parce que cette journée nous a boostés. Il me semble qu'on a envie de fixer sur le papier tout ce qui touche à cette expression ambiguë et cependant réelle « de troubles du voisinage », de « voisinage troublé ». Il y a vraiment quelque chose. Il y a une cohérence entre Madame Salvetti, Madame Schützenberger, entre Pauline Rhenter, Mylène Frappas et Pierre Morcellet. Toute cette expérience, ce modèle tout à fait extraordinaire qui est développé à Marseille et dont on aimerait savoir davantage comment ça se passe. C'est à la fois complexe et avec des lignes directrices simples. Patrick Chaltiel a expliqué des choses de sa pratique qui sont tout à fait passionnantes. Ce matin, j'étais resté sur une remarque de Christian Laval qui disait qu'on n'arrive pas se démarquer du rapport santé mentale, maladies mentales, violence ; c'était tout à fait frappant ce matin, mais cet après midi ça n'existait pas, parce que c'était des expériences justement qui ne se laissent pas piéger par la question de la violence possible, quelquefois avérée, avec cette idée de Patrick Chaltiel : « pourquoi faire quelque chose plutôt que rien ? » Ce qui signifie que ne pas se précipiter peut-être intéressant. Cet après-midi, il y a eu récit d'expériences qui ne se laissent pas piéger par l'urgence. Que ce soient des expériences au niveau des interventions de l'Etat ou des intervenants de terrain. Une des choses qu'il faut ramener avec soi de cette journée, c'est de défusionner ce qu'on essaye de nous vendre : à savoir que les malades mentaux sont vraiment dangereux. D'une part, il y a une décroissance impressionnante depuis 1914 du nombre global de meurtres ; c'est presque « pénible », parce que maintenant, dès qu'il y a un meurtre, ça fait la une des journaux, ce n'est plus dans les faits divers. Et d'autre part, ce n'est pas pour faire peur à quiconque, mais on a beaucoup plus de chance d'être tué par quelqu'un de son environnement immédiat, comme Marie Trintignant, que d'être tué par un malade mental. C'est plus facile de gagner au loto que d'être tué par un malade mentale ; je crois qu'il ne faut pas compter là-dessus, et donc, il faut vraiment savoir que si les malades sont plus violents qu'à une époque, c'est parce qu'on est dans une société où les écoliers respectent moins l'autorité, les

malades respectent moins l'autorité, tout le monde respecte moins l'autorité y compris nous, il y a un rapport à l'autorité qu'on a oublié. Dans un service proche du mien, il y a une interne du Vietnam qui m'a dit : « je ne comprends pas, les malades n'obéissent pas aux médecins ici ? ». Eh bien oui, parce qu'il y a trente ou quarante ans, effectivement, on obéissait au médecin, on obéissait à l'instituteur, on obéissait à l'élu, aux patrons, l'autorité avait une autre modalité d'exercice ; maintenant les malades mentaux, comme les écoliers, comme ceux qui séquestrent leur patron pour avoir des résultats, au fond utilisent d'une manière plus ou moins consciente et lucide la violence pour des raisons qui seraient à élucider et qu'il n'est pas question d'envisager maintenant. Mais en tout cas, on a passé trente ans à ouvrir les barreaux des asiles et maintenant, avec cette histoire de dangerosité qui est entrain de nous être vendue avec un marketing extraordinaire, les gens de la place publique pourraient presque nous dire, et nous le disent de temps en temps : « écoutez, gardez vos malade chez vous, s'il vous plaît, occupez-vous en, en tant qu'expert c'est à vous, ils sont dangereux, ce n'est pas notre métier »... Ne pas se laisser piéger par cette histoire, même s'il y a de la violence et qu'il faut faire attention à la violence. Et pour autant, je pense qu'en effet chacun doit développer une compétence en santé mentale un peu polyvalente, comme un ancien élève de sciences-po est capable de faire du journalisme, chargé de mission, et une dizaine d'autres métiers sans aucun problème, avec une polyvalence intellectuelle et pragmatique ; et bien, la santé mentale, c'est aussi une question de polyvalence sur les questions de vivre avec les gens et d'aider les gens à vivre ensemble. Cette question de compétence peut se développer, c'est très important. Ce matin, Monsieur Le Guen a ouvert la journée en disant qu'un malade mental avait mis le feu à son immeuble. En citant l'expérience princeps de Rennes et d'Aiguillon Construction, on a vu comment, en refusant de baisser les bras et en même temps en acceptant une situation, un incendie a pu être évité. Quelquefois, comme disait quelqu'un ce matin, ce sont des modes mineurs qui deviennent à certains moments majeurs si on ne s'y attaque pas, en prenant son temps, c'est très important. Pour terminer, je dirai, justement, qu'il ne s'agit pas que des malades mentaux, mais d'une question de civilisation dans le monde globalisé qui est le nôtre. Nous allons organiser en octobre 2011 un congrès dit « des cinq continents » où nous allons envisager avec des représentants des cinq continents, les effets psychiques et psychosociaux qui se passent actuellement de par le monde, comment les gens des

différents pays les nomment, les comprennent ? Et quelles trouvailles ils utilisent ? Ce qui m'a beaucoup frappé cet après-midi, c'est l'absence de pessimisme mélancolique, et au contraire, une sorte d'optimisme lucide ; et comme le rappelait un collègue qui est venu nous parler récemment à l'ORSPERE, nous sommes dans une évolution, ça a commencé il y a très longtemps, l'humanisation et la question de l'humain ; il nous rappelait que la révolution Française, et la révolution Américaine, et tout ce qui tournait autour des droits de l'homme, avait eu tout juste un peu plus de deux cents ans, ce qui est très peu par rapport à l'évolution du néolithique. C'est absolument rien ! L'évolution doit continuer à se faire, nous en sommes les instruments actifs, les agents ; quelquefois nous pouvons être découragés, mais en réalité cette évolution, qui peut passer par les troubles du voisinage, quelle que soit leur nomination, continue de se faire avec les risques des catastrophes et les risques de continuer une évolution qui est au fond tenable et qui permet de vivre.

Marcel Jaeger, Professeur du Conservatoire National des arts et métiers, chair de travail social et d'intervention sociale, Paris

J'interviens ici en tant que lecteur du rapport. J'ai été particulièrement intéressé par ce document et je voudrais de manière assez synthétique mettre en avant trois points d'abord qui me semblent illustrer cet intérêt d'un point de vu extérieur parce que je n'ai pas participé à cette recherche et ensuite de poser trois questions qui ne sont pas nécessairement des regards critiques sur la recherche, mais en tout cas qui appellent certainement des prolongements.

La première chose c'est que le thème, que se soit trouble du voisinage ou le voisinage et ses troubles, c'est un thème qui m'a intrigué parce qu'il n'existe pas de littérature très abondante sur la question qui est donc la première interrogation que l'on peut avoir : c'est qu'est-ce qu'il y a de neuf dans cette thématique ? Et la première réponse qui m'est venu c'était que cette recherche prend en compte un problème qui est souvent passé sous silence parce qu'on est habitué plutôt à des discours assez œcuméniques qui ne soulignent pas souvent la dimension conflictuelle du bien social et cette dimension conflictuelle que l'on peut avoir dans des relations de voisinage, elle a la particularité ici d'être développée autour de la question de la santé mentale, sous des aspects du quotidien. Puis je dirais entre égaux, si tant est que les voisins soient a égalité, tout du moins il sont l'égalité de droit de citoyens et au delà de la façon de parler du voisinage souvent assez

humoristique parmi les livres de chevet que je vénère et à cette bande dessinée « Bidochons en habitat en HLM » qui montre que finalement la relation au voisin, c'est un rapport à l'autre absolu. Mais certainement de manière injuste monsieur Bidochon incarne la figure d'un grincheux, donc ça ne nous dit pas grand-chose de la structure qu'on évoquait ce matin, en tout cas ça tranche avec le mythe de la solidarité primaire fondatrice. Comme on a dit depuis longtemps, le fou au Moyen Age est bien intégré dans son village... en passant sous silence tout ceux qui sont morts sur les bûchés. Ces représentations un peu idylliques, qui d'ailleurs a un certain fondement historique et on remarquera que ce sont les époques, le milieu social a pu être considéré comme étant pathogène et nécessitait un retrait d'un certain nombre de personnes dans des micros sociétés protectrices, des espèces de machines à guérir, et puis au fil du temps ces fameuses machines à guérir sont devenues des machines pathogènes et on a repris la question de la dimension thérapeutique de la communauté et la valorisation des solidarités primaires. Je pense qu'il y a quelque chose là qui est intéressant parce que ça me fait penser au thème d'un colloque d'une association qui s'occupait de ce qu'on appelle aujourd'hui les ITEP (Institut Thérapeutique Educatif et Pédagogique) et il avait un intitulé que j'apprécie beaucoup, « des populations débordantes pour des institutions débordées ». Il y a l'idée finalement qu'au bout du compte, si ça déborde de partout autant les mettre chez eux ou dans des logements dans la société et Denise Jodelet a montré en prenant l'exemple de la colonie familiale d'Ainay-le-Château les errements auxquels ça peut nous conduire parce qu'en fait il y a un poids des représentations sociales comme lorsqu'elle montre par exemple le poids de la représentation sociale du fou comme étant un individu contagieux. Il ne suffit donc pas de transplanter ou de remettre une personne qui était hospitalisée parfois au long court dans un milieu social ordinaire pour régler l'ensemble des questions. En fait, ce rapport montre cela, et en plus, il le fait sous un angle intéressant qui est assez subtil puisque je retiens une des expressions « voisiner », une activité troublante effectivement au-delà de relations conflictuelles. On assiste souvent à des frictions qui sont faites à la fois d'incidents concrets autour de tas de choses évoquées ce matin mais aussi, j'ai retenu ce que vous évoquiez à propos de la sexualité imaginaire de l'autre, donc quelque chose qui interroge déjà sur le fonctionnement dans l'espace social.

Deuxième point, c'est une autre question que je me suis posée, finalement cette recherche, c'est une recherche qui porte sur le prix à payer de la désinstitutionnalisation car la deuxième nouveauté dans cette approche c'est que vous mettez en relation cette dimension conflictuelle de relation de voisinage avec l'option marquée historiquement. L'option forte des politiques publiques de maintien ou de retour en milieu ordinaire avec un double mouvement de sortie auquel on assiste aujourd'hui : à la fois sortie d'hôpital psychiatrique pour un certain nombre de personnes, mais je dirai aussi sortie de la rue pour d'autres. Si je mets en parallèle à la fois deux thématiques qui font l'objet de rapports en ce moment, la sortie de l'hôpital psychiatrique qui renvoie à la thématique des hospitalisations inadéquates et là il y a un document en cours d'élaboration avec le DHOS, la sortie de la rue avec ce que fait Vincent Girard et d'autres autour de ces questions là. Mais ces doubles mouvements de sorties qui montrent que l'on n'est pas dans des systèmes de vase communiquant posent une question supplémentaire : quelle forme d'accompagnement ? En tout cas, est-ce qu'il faut des formes d'accompagnement à ça et on remarquera qu'aujourd'hui finalement, on est dans une situation un peu paradoxale. Si je parle à la fois du champ de la psychiatrie mais aussi celui du handicap et celui du secteur des personnes âgées, on a globalement une valorisation de ce principe de maintien ou de retour à domicile, mais en même temps sa réalisation concrète qu'on constate, c'est des accompagnements qui sont très faibles, qui se manifestent surtout par des interventions en cas d'urgence, en cas de crise, et que dans certains cas, beaucoup, y compris les travailleurs sociaux, renoncent d'ailleurs à intervenir au domicile, au nom soit d'une absence de moyen et parfois au nom de la responsabilisation de l'utilisateur. Je travaille avec des équipes d'action éducative en milieu ouvert dans le champ de la protection de l'enfance. Ce qui me frappe, c'est qu'il y a certaines équipes qui discutent sur le fait de savoir si une équipe DAMO peut encore aller à domicile ou s'il faut plutôt demander aux parents de venir au service dans la mesure où le fait de venir au service témoignera d'une démarche dynamique. Ce genre de discussion pose de sérieux problèmes. Je trouve que ça a été évoqué ce matin de manière intéressante dans l'idée de l'articulation entre les solidarités et les régulations primaires et les solidarités et régulation secondaires avec deux dérives possibles, dont une que tu as évoqué maintenant, à savoir une dérive libérale abandonnée. C'est-à-dire au nom de l'autonomie finalement, les solidarités primaires vont fonctionner de telle façon

qu'après tout les gens vont se débrouiller. Mais il y a aussi la dérive protectionniste qui maintient les personnes dans la dépendance, voire dans l'infantilisation qui peut se caractériser par le fait de dire à une personne qui est chez elle dans des situations d'incurie, soit de lui tenir un discours moralisateur, surtout quand les intervenants ne sont pas qualifiés, ou de faire appel à des mesures sécuritaires. Donc cette question du prix à payer de la désinstitutionalisation, elle renvoie à la question d'un point d'équilibre à trouver ou d'une distance à peu près juste à trouver entre cette visée d'autonomie et cette visée de protection. Vous remarquerez au passage que la loi du 2/01/02 qui réforme l'action sociale et médico-sociale dans la façon de définir l'action sociale, elle ne dit pas autre chose que ça. Elle ne dit pas autre chose aux intervenants : il faut que vous essayiez de trouver le point d'équilibre ou le point par lequel vous avez fixé le curseur entre ces deux pôles.

Troisième chose, que j'ai trouvée intéressante dans ce rapport ; c'est revenu ce matin avec l'évocation du débat entre troubles du voisinage et le voisinage et ses troubles. Il y a un postulat de la priorité du social, ce que j'ai retenu, c'est curieux puisqu'on est dans un contexte individualiste qui pousse au contraire au repli, littérature abondante là-dessus, le bonheur paradoxal de Gilles Lipovetsky. Il parle du rapport des personnes à leur domicile, il met en avant les comportements d'aujourd'hui, il parle par exemple de la façon dont les gens investissent leur espace quand du moins ils ne sont pas envahis par la maladie et en évoquant l'amour du chez soi, la valeur d'ambiance au-delà de la valeur d'usage ou l'individualisme décoratif de masse ou encore l'affectivisation du rapport esthétique à la maison. On se rend compte qu'il y a un décollage et un décrochage important entre les publics qui sont évoqués dans le rapport et ce qui semble être une tendance lourde aujourd'hui dans l'évolution de nos sociétés. Ça pose le problème du flottement des personnes, entre à la fois cet investissement qu'ils ont dans un espace privé et puis le rapport aux autres ou le rapport à l'espace public avec des flottements et des marges de manœuvre variables. On a évoqué le principe des questions de tolérance, des problèmes de seuils ; ça me faisait penser à la fois à une définition que donnait un juriste, Gérard Cornu dans un manuel de droit civil, toujours à propos des troubles du voisinage. Il faut comprendre qu'un dommage anormal est celui que les voisins n'ont pas l'habitude de subir dans un lieu donné et à une époque donnée. Tout est fictivement volatile et la question de la limite, elle a été présentée et théorisée sous

un autre angle. Je pense au livre de Robert Murphy, « la liminalité », à partir de quel moment le problème se pose et nécessite des interventions, et là je dois dire qu'il y a un autre débat qui s'accroche là-dessus, qui est très présent dans le secteur social, c'est la question de savoir si aujourd'hui on est face à de nouvelles inadaptations ou de nouvelles personnalités et beaucoup d'échanges autour des écrits de Marcel Gauchet.

Ce sont les trois points que je mettrais en avant pour valoriser le rapport. Ce qui pose problème premièrement, je suis sociologue de formation, mais du lieu d'où je parle, je parle plutôt au nom du travail social et je dirais donc qu'il me semble que l'axe mis en avant de croisement des regards comme le dit Jean Furtos entre les pys et les sociologues finalement l'emporte sur un autre axe qui me paraît non moins important qui est l'axe psy et travailleurs sociaux. Il est important de croiser les regards dans une démarche d'analyse, une démarche scientifique mais du point de vue de l'action, il m'a semblé, je sais qu'il y a des travailleurs sociaux dans la salle et que ça a été évoqué, le travail social est quand même plutôt passé au second plan. Quand je dis travail social, c'est aussi les dispositifs, je pense à la prévention spécialisée, c'est les SAVS, tous ce pan là du travail social. Ça donne l'impression qu'on retrouve dans un certain nombre de lieux, qu'au bout du compte même si le titre du rapport c'est « troubles du voisinage, la part de la santé mentale », il y a la part d'autre chose, mais en réalité on a l'impression que le concept de santé mentale ou la notion de santé mentale est devenu une notion englobante. On le voit dans le rapport de Viviane Kovess, santé mentale, c'est qu'au bout du compte on dit « et bien la santé mentale, c'est les troubles psychiatriques identifiés, c'est la souffrance psychosociale et c'est la santé mentale positive comme le dit l'OMS » et finalement le conseil de santé englobe tout. Le travail social et l'action sociale ne seraient qu'un sous-ensemble de cette présentation de la santé. Ça a des enjeux institutionnels forts derrière, notamment quand à la place de l'école des hautes études en santé publique dans la formation des cadres du secteur social et notamment des directeurs d'établissement sociaux et médico-sociaux. Ça pose un vrai problème, car on pourrait dire l'inverse. Si je dis au bout du compte que ce qui est important, c'est le projet de vie de la personne et c'est le vivre ensemble à ce moment là, je vais dire, non le concept englobant c'est l'action sociale, il y a un problème de fond et de regard et je fais l'hypothèse que selon les pays, la réponse n'est pas la même

partout et qu'en France on est sur une culture sanitaire, une culture sympathiquement psycho, tout ce que vous voulez. N'empêche que je pense que ça entraîne une autre conséquence, c'est que si on dit « je ne veux pas me battre sur des identités professionnelles, je ne veux par intervenir en tant que défendre les travailleurs sociaux contre les soignants », dans une vie antérieure j'étais infirmier de secteur psychiatrique, je serais mal fondé à le dire, mais par contre ça pose un problème dans l'absence d'une culture de passage de relais. D'une certaine façon, on reste dans une culture de propriétaire, ce n'est pas négatif. En tant que soignant, on peut considérer qu'on se sent toujours responsable des siens et c'est un point de désaccord que j'ai avec la thématique de la réhabilitation avec un certain nombre de psychiatres néanmoins amis. C'est qu'on peut considérer qu'en fait, il y a un moment où il faut passer la main, et il faut vraiment la passer. De la même manière qu'il y a un moment, parce que ce que font beaucoup de psychiatres c'est la même chose que font des directeurs d'hôpitaux qui créent au sein de leur structure des structures sociales et médico-sociales pour ne pas perdre les moyens et on voit des établissements hospitaliers créer des établissements d'aide par le travail, des maisons d'accueil spécialisées, des accueils foyers médicalisés mais surtout ne jamais passer le main à une APEI, et ça pose un vrai problème d'articulation entre ces deux mondes, deux plaques tectoniques. Cette interrogation ou cette difficulté que peuvent avoir les soignants à passer le relais, elle peut être justifiée, c'est-à-dire, on va dire que dans certain cas on peut interroger, je le fais d'autant plus facilement de la place où je suis, on peut interroger les capacités du travail social à sortir de ses logiques de guichet, les attributions d'allocation,... par manque de moyens ou par un manque de formation. Je voulais évoquer une thématique qu'il faudrait reprendre, c'est chez les travailleurs sociaux la thématique de l'intervention sociale d'intérêt collectif. Vous entendez parfois ce cycle curieux ISIC pour lequel le conseil supérieur du travail social va sortir de manière imminente un rapport et il y a une valorisation de l'intervention sociale auprès des groupes mais plus généralement d'intérêt collectif et du coup il y a une évolution culturelle chez les travailleurs sociaux. Je pense qu'on peut imaginer que ce qui est dit dans le rapport et ce que vous avez expliqué aujourd'hui peut se croiser à cette occasion-là. Mais il y a une autre hypothèse, c'est que peut-être si on a des membres qui ont du mal à travailler ensemble, peut-être que l'avenir est à des professionnels du troisième type et il y a une réflexion qui se pose qui se développe aujourd'hui autour du « case

management » qui existe depuis longtemps dans les pays anglo saxons, et que les français découvrent aujourd'hui, je pense que c'est une piste intéressante.

Deuxième point, sur la question de la formation. Le rapport l'évoque en disant qu'il faut inventer des formules, je pense que cette partie là, je ne vais pas la développer, mais c'est très important de l'évoquer. On parle souvent de la loi du 5/03/07. Il y a plusieurs lois, mais dans la loi relative à la protection de l'enfance, il y a deux articles sur les formations pluriprofessionnelles et je pense qu'il est important d'avoir non seulement un regard sur des approches pluridisciplinaires mais également sur des approches pluriprofessionnelles et la loi du 5/03/07 sur la position de l'enfance oblige les intervenants à avoir des formations communes entre des travailleurs sociaux, des policiers, des juges et des médecins.

Et dernier point, un des problèmes, c'est qu'on met souvent en avant des expérimentations, des réponses qui sont mises en valeur mais en réalité si on regarde le pays on constate une dispersion et une inégalité des réponses aléatoires. Selon l'endroit où je suis, j'ai une réponse ou je n'ai pas de réponse ou j'ai une réponse de type sanitaire, psychiatrique ou j'ai une réponse en terme de prévention spécialisée, mais dans tous les cas on reste dans une logique de l'offre et on a du mal à renverser le système parce qu'en réalité je crois que ce qui est important, c'est de se poser la question du droit commun, de la place des usagers et de la place des associations d'usagers. Ce n'est pas une partie du rapport, ce n'est pas quelque chose de présent, la valorisation du local est une bonne chose mais le problème qui se pose c'est qu'on va valoriser des situations locales et ça pose le problème de l'ensemble, difficile de faire coller le discours républicain de l'égalité des droits et des chances et en même temps la valorisation du local qui aboutit finalement à des choses extrêmement sympathiques mais qui ont une portée plus limitée.