

Un schiz...▼



Un schizo dans la place

Michel Joubert, Professeur de sociologie, Université Paris VIII, Chercheur au CESAMES (Centre de Recherche Psychotropes, Santé Mentale, Société. CNRS-INSERM)

Dans le cadre d'une recherche en cours sur les interactions entre troubles du voisinage et santé mentale, nous nous sommes attachés à reconstituer divers contextes et séquences d'interactions considérées localement comme des perturbations, mineures ou majeures. Il s'agissait d'identifier et de démonter des « scènes de troubles » à partir de ce qu'en exprimaient les principaux protagonistes. Parmi les catégories de « troubles » marquants, nous avons exploré sur l'un des terrains les difficultés vécues par des résidents confrontés à des activités liées aux drogues illicites (petits trafics, regroupements de consommateurs, scènes de rue) qui se répercutaient au niveau des immeubles d'habitation sous la forme d'intrusions ou d'incidents entre co-habitants avec des répercussions au niveau du quartier. L'espace public (rue) ainsi que les zones de transition et de recoupement entre espace public et espaces d'habitat étaient privilégiés dans ce contexte renvoyant à une problématique de production d'interférences entre certains modes d'occupation de l'espace public (personnes vivant à la rue, regroupements de jeunes, micro-trafics, etc.) et les manières d'habiter et de voisiner.

En même temps que le recoupement de témoignages relatifs à ces événements, nous cherchions à comprendre la manière dont ils se constituaient en « troubles », c'est-à-dire en catégories pratiques utilisées par les acteurs en présence, qu'ils soient « troublés », « troublants » ou tiers. A partir d'une approche interactionniste et d'éléments de lecture socio-clinique, nous avons essayé de démêler des situations considérées localement comme particulièrement préoccupantes pour la « tranquillité publique » à l'échelle de la vie de quartier. L'approche interactionniste en partant de « l'influence réciproque que les partenaires exercent sur leurs actions respectives lorsqu'ils sont en présence physique immédiate les uns des autres » (Goffman, 1973) permet d'écarter une psychologisation des situations en se concentrant sur la manière dont certaines personnes peuvent se trouver affectées par la dégradation du système des inter-relations. Parler de production des troubles revient à considérer qu'ils ne renvoient pas à une réalité *sui generis*, mais résultent de la conjonction de facteurs multiples perturbant les cadres sociaux et psychosociaux à la base des régulations

régissant l'ordre des relations sociales locales, qu'ils relèvent d'espaces privés ou publics.

Les troubles dits de voisinage occasionnés par des personnes considérées comme « malades mentales » renvoient à la capacité de notre système de santé à assurer leur prise en compte dans le cadre du milieu ordinaire, mais aussi à des conditions sociales supposées être favorables à leur maintien ou à leur installation au sein d'une communauté habitante. L'histoire présentée est emblématique d'une catégorie particulière de troubles : celle où se mêlent sur un même territoire des problèmes de maladie mentale, de toxicomanie et de relations entre habitants. Sans aborder ici les éléments de clinique individuelle^[1], nous nous sommes concentrés sur les expériences et échanges entre les personnes ayant participé à la production de la situation. Dans la logique de recherche-action dans laquelle nous nous plaçons, il s'agissait d'identifier les facteurs inducteurs de troubles, dans la perspective de contribuer à la réflexion sur les possibilités de prévention et de réduction des risques occasionnés, pour les processus (croisement d'histoires et d'inductions) comme pour les contextes (facteurs déclenchants).

La recherche a montré comment des clivages s'étaient instaurés au sein de la communauté des habitants de ces quartiers entre plusieurs positions relatives à cette problématique. A côté des nuisances objectives (bruit, regroupements de nuit, scènes visibles de consommation, intrusion dans les immeubles pour consommer dans les halls et cages d'escalier), le jeu des peurs, représentations et rumeurs contribuait également à charger les conditions ordinaires de vie sur le quartier. Dans ce contexte, les personnes plus particulièrement vulnérables (jeunes sans travail, personnes précarisées, malades, minorités discriminées, etc.) étaient également les plus en difficulté dans la confrontation à cette évolution des quartiers, surtout quand leur réseau social se trouvait fragilisé ou réduit à sa plus simple expression. Surmonter les épreuves, les changements de situation, se mobiliser pour obtenir de l'aide ou des changements, faire jouer les médiations les plus efficaces constituent des actions qui demandent une bonne inscription sociale locale : du réseau et des savoir-faire.

Une personne affectée d'un trouble mental se trouve confrontée à une double difficulté : se faire accepter, accéder aux soutiens et ressources de proximité ; comme personne vulnérable, elle peut aussi se trouver sur-exposée aux troubles en provenance de l'espace public.

Une agression de proximité

La situation tourne ici autour d'une personne considérée comme « schizophrène » résidant dans un immeuble d'un quartier troublé par la présence des problèmes de drogues illicites sur l'espace public (micro-traffics, regroupements de consommateurs).

Mr Habbib résidait dans un immeuble ancien au peuplement composite : nouveaux propriétaires, locataires précarisés, publics de passage. En face de cet immeuble, une association de quartier avait ouvert un Point Accueil et Ecoute Jeunes.

Agé d'une quarantaine d'années, il y vivait depuis une quinzaine d'années, avec des relations de voisinage qui s'étaient progressivement dégradées. Connu comme « schizophrène », il était suivi depuis plusieurs années par le CMP. Il est apparu sur la scène publique du quartier le jour où il a blessé un jeune homme vivant avec son père sur le même palier. A la suite d'une dispute, il lui avait donné plusieurs coups de tournevis puis s'était retourné contre le père qu'il avait aussi blessé. Le jeune homme avait dû être hospitalisé et l'agresseur, après une arrestation mouvementée avait été « hospitalisé d'office » à l'hôpital psychiatrique de secteur. La reconstitution des processus ayant conduit à produire cet événement a été facilitée par la présence et l'engagement d'acteurs locaux intervenus pour *faire médiation* et aider cette personne. La problématique psychosociale de Mr Habbib était décrite comme relevant du : « je t'aime, moi non plus ». Une alternance d'états et de réactions traduisant, aux dires de ceux qui le connaissaient, une difficulté à trouver une place dans ce quartier et à s'y faire reconnaître. Les « voisins de palier » : il les avait « souvent embêtés, mais ça se raccommoie. » Ils s'étaient souvent rendu des services. Quand ils ont refusé, « il s'est fâché ! ». Pourquoi un tel passage à l'acte ?

Maillon faible ou détonateur ?

La personne était connue des services de psychiatrie depuis plusieurs années et suivie d'une manière intermittente par le CMP du secteur, car elle faisait partie de cette catégorie de patients ne cessant de rompre les suivis qui embolisent par leur présence les services, avec des conduites agressives et des demandes régulières d'hospitalisation. Fréquemment en audience judiciaire pour cause de rixes et de violences, les

plaintes n'aboutissaient pas, au regard de son statut de « majeur protégé » (Cotorep, AAH, tutelle). « Ils ne veulent pas me voir » disait-il à propos du CMP qui l'avait éconduit à plusieurs reprises. Il avait dit quelques semaines avant son passage à l'acte : « je vais tuer quelqu'un si on ne veut pas m'entendre ! ». Son tuteur ne lui rendait visite que deux fois par an. Son logement était payé par une association, mais ses ressources étant faibles, il vivait de solidarités de voisinage qui s'étaient progressivement épuisées. Vivant au départ en concubinage avec une femme consommant des psychotropes illicites, il s'était mis au cannabis pour « s'auto-calmer en plus de son traitement médicamenteux. ». Des dealers et d'autres consommateurs, profitant de cette vulnérabilité, étaient venus dans l'immeuble et se retrouvaient dans les escaliers, jusque dans son appartement... Il s'était ainsi fait une petite place dans une sphère de voisinage décalée : celle de la rue. Mais des habitants de l'immeuble avaient porté plainte après la découverte de seringues et de boîtes de Subutex®[2]. L'intervention d'une instance de médiation avait conduit à sécuriser l'immeuble avec la pose de digicodes. Mr Habbib était dorénavant marqué par une double étiquette (schizo-toxico. Les tensions s'étaient multipliées : échange d'insultes, dégradations sur les portes et serrures, le digicode, les lumières, les vitres blindées, etc. Face aux traces d'intrusion caractérisée dans l'immeuble, le conseil syndical s'était engagé, en lien avec une équipe de médiation intervenant sur l'arrondissement, à poursuivre la « sécurisation ». La création d'un conseil syndical devait permettre d'imposer en interne un certain nombre de règles communes de protection, mais les heurts s'étaient multipliés, car d'une situation anormale, un passage s'était opéré vers une logique de mise en garde et de conflit : les notes affichées rappelant les règles et condamnant la dégradation des parties communes avaient été vécues par Mr Habbib comme des attaques personnelles. Des injures et des agressions physiques à l'égard du Président du conseil syndical avaient donné lieu à des dépôts de plaintes. Pour lui, un processus de persécution était enclenché. « Il provoque les gens pour les faire réagir » analysait la victime de cette agression sans avoir trouvé de solutions pour calmer le jeu. Les panneaux d'affichage furent arrachés et des excréments trouvés dans les parties communes. Locataires et co-propriétaires se sont alors fédérés pour faire face : « les habitants avaient mis en place une communication par mail pour se prévenir des faits et gestes de ce voisin ». Ils agissaient également en direction du propriétaire de son appartement pour obtenir la résiliation du bail et son expulsion. « Cette fois-là, les flics ont dit que la prochaine fois c'était l'HO. » De la même manière que Trelkovsky, le personnage du *Locataire*, le film de Roman Polanski (1976), qui lui va finir par se suicider, Mr Habbib a fini par se trouver enfermé dans une logique de persécution. Les mesures de protection des autres résidents ne faisaient que l'alimenter dans cette croyance.

Pourtant, pour l'association de quartier, il était capable de cohérence et de calme mais pouvait « tout à coup péter un plomb ». La volonté de sortir par tous les moyens de son isolement était attestée par la fréquentation du Point Ecoute, lieu en principe dédié aux jeunes en difficulté. « Il a besoin d'un cadre, disait la responsable du lieu, c'est ça qu'il vient chercher ici ». A chaque fois qu'il allait mal, que ce soit à la suite des altercations avec ses voisins ou avec les jeunes du quartier, il venait leur en parler. Quand il exprimait le désir d'être hospitalisé, la responsable de la structure l'accompagnait au CMP. Mais renvoyé à une prise de rendez-vous, il ne donnait pas toujours suite. Le Point Ecoute avait fini par l'accepter dans ses locaux devenus le seul espace accessible où il pouvait venir tous les jours. « Quand c'est arrivé, cela faisait deux jours qu'il était tout seul ». Il avait demandé à être hospitalisé, à changer de logement, sans réponse. Sorti depuis moins d'un mois d'un séjour à l'hôpital psychiatrique, il oscillait entre le repli, le squat intempestif de l'espace-jeunes et des tentatives pour se faire hospitaliser, quand il ne tenait plus. Ce que certains psychiatres qualifient de « syndrome des portes tournantes » (Dorvil H.) (entrée et sortie régulièrement d'hospitalisation) témoigne d'une double déficience : sur le terrain de l'environnement social, constituée par la communauté de résidence avec l'absence de régulations et de protections pouvant porter ce type de coexistence ; difficulté également au niveau du système de santé mentale, quant aux conditions de prise en charge et de suivi des personnes les plus vulnérables (pathologie, isolement, précarité). Les ressources ne manquaient pourtant pas, avec en particulier le travail d'équipes mobiles intervenant auprès des personnes à la rue, mais la partition entre les problèmes concentrés sur l'espace public et les problèmes de personnes dotées d'un logement et relevant d'un suivi de secteur avait contribué à invisibiliser cette situation qui était subie, plus que réellement prise en charge, par les protagonistes locaux.

Mr Habbib s'était par la suite échappé de l'hôpital pour revenir à l'association. Il « sait s'échapper » nous disait la responsable, « il a l'habitude de la semi liberté et a des antennes pour se préserver ». Avec son passage à l'acte, il avait rendu visible aux yeux de tous son état et sa situation, en faisant irruption sur l'espace public d'une manière radicale. Devenu dangereux aux yeux de ses voisins et des acteurs du quartier, il accédait au statut d'interlocuteur forcé et avait réussi à accéder à une hospitalisation (d'office). Cela ne résolvait pas le problème de sa place et du régime de la coexistence avec ses voisins, car à sa sortie, il ne pouvait que revenir dans l'immeuble alors qu'il était devenu définitivement « indésirable » et « dangereux ». C'est toute la politique de maintien dans le « milieu » qui s'en trouvait affectée.

Le trouble comme support de reconnaissance au risque de l'exclusion

Aux yeux de plusieurs personnes qui le connaissaient bien, il était à la recherche d'un prétexte pour qu'on l'enferme : « il n'a pas choisi d'agresser ce jeune homme par hasard ! » La psychiatrie de secteur ne lui était pas apparue comme une ressource sur le plan des conditions de maintien dans le voisinage. Bien qu'en relation avec de nombreux travailleurs sociaux (AS du CMP, de la Cotorep, de la tutelle), Mr Habbib avait la sensation de ne pas être écouté et pris en compte. Il avait dû forcer la porte du Point Ecoute pour être entendu sur ses inquiétudes quant à l'avenir et à ses projets de vie. Il souffrait de ne pas pouvoir travailler, de ne pas avoir d'utilité ni de véritables relations sociales. Il « n'a plus droit à vouloir ». Ses seuls « potes » se distinguaient par défaut : les dealers du quartier et l'association qui, au moins, lui « foutait la paix ». Il y bénéficiait d'un accueil, pouvait y faire des photocopies, passer des coups de téléphone et échangeait avec les jeunes. Même s'il était considéré comme « un peu fou », il était accepté.

Après l'incident, il lui avait été demandé de déménager. Des démarches avaient été entreprises en direction de la mairie ; des plaintes et demandes adressées au commissariat de police. La mairie avait d'abord expliqué que cette situation n'était pas de son ressort. « J'attendais un rôle d'information, de médiation et tout le monde se renvoie la balle » disait le président du Conseil syndical. Pour lui, une meilleure connaissance de la situation, appréhendée au niveau du collectif constitué par les habitants de cet immeuble et d'acteurs pertinents (association, CMP, tutelle) aurait permis – si elle avait été engagée dès le début – au travers d'une prise en compte et d'ajustements individuels et collectifs, l'intégration de sa « part d'humanité » et la réduction des risques d'incompréhension et de passages à l'acte. Il y aurait eu socialisation de sa différence à l'égard des normes de comportement ordinaires, négociation d'un cadre et d'une place. Les distances qui s'étaient, de fait, instaurées entre la personne, la psychiatrie, les acteurs sociaux et les agents de la communauté n'avaient pas permis d'instituer un travail d'accompagnement efficient, qu'il relève d'une *coalition* (s'entendre avec la personne pour trouver un arrangement et des recours en cas de crise) ou d'une *collusion* (s'entendre entre au moins deux personnes pour en contrôler une troisième^[3]). Tout agencement intégrant un ou des acteurs de proximité en relation quotidienne avec la personne aurait probablement permis de réguler la situation. Il s'agissait d'assurer à la personne une définition d'elle-même qu'elle considère comme acceptable. Les principaux protagonistes de cette histoire (conseil syndical, association) l'ont reconnu et exprimé d'une manière très explicite.

Dans cette histoire, les troubles sont venus progressivement s'inscrire en creux de cette concertation manquante, de ce qu'il faut appeler une absence de prise en compte. L'association a bien compris la pesanteur du différentiel social dans lequel Mr Habbib devait évoluer : « accepté nulle part, ne pouvant être hospitalisé à plein temps faute de place », ne bénéficiant que d'une prise en charge occasionnelle de la part du CMP, il se trouvait objectivement projeté dans une situation qui ne lui laissait pas d'autre choix que de se manifester au travers du trouble. Pourtant, aux dires de ceux qui le connaissaient, cet homme aurait aimé avoir une *vie sociale normale* comme par exemple, payer un café à quelqu'un, mais il ne disposait pas d'une véritable autonomie financière (gestion de l'allocation par le tuteur). Il devait ruser pour trouver des "petits boulots", car il refusait le travail en CAT. « Si on le soulage de son malheur, c'est quelqu'un de charmant. Il est capable de comprendre, mais sa vie a été un enfer ».

La psychiatrie de secteur, débordée par des files actives importantes, ne peut gérer ce type d'urgence. « Nous, on ne veut rien savoir par rapport à son suivi médical ou son passé judiciaire, expliquait le Président du conseil syndical. On veut savoir quand il va sortir et comment le gérer. L'urgence n'est pas prise en compte. On m'a dit, ne vous attendez pas à une réponse avant un an. ». Même avec sa maladie, plusieurs acteurs avaient eu l'impression qu'il aurait été possible de *voisiner*. « Il doit être accompagné avec une démarche de médiation ». A l'inverse, le manque d'attention et de considération suscitait des réactions fortes de sa part. L'absence de travail de « restauration » (sens, attention, liens..) de ce qui fait la base de la vie avec les autres, le renvoyait à un isolement où il n'avait rien d'autre que sa maladie et ses manifestations exacerbées comme bases de reconnaissance.

Mouvements au carrefour d'un défaut conjugué de soins, d'attention et de place

Mr Habbib s'est enfui au bout de 3 jours de l'hôpital psychiatrique où il avait été hospitalisé d'office pour revenir sur son immeuble. Il avait d'abord téléphoné au Point Ecoute avant de passer chez lui, car il se disait « inquiet pour ses oiseaux ». Reçu sur le trottoir, car on ne l'acceptait plus dans le local réservé aux jeunes, il lui avait été proposé de se rendre au CMP, puis il avait été à nouveau hospitalisé. La concertation-médiation

s'était opérée dans ce contexte, c'est-à-dire trop tard, avec le Président du conseil syndical, l'organisme de médiation et le Point Ecoute, mais sans le CMP et le tuteur. Après sa sortie d'HO et des vacances d'été passées en Algérie dans sa famille, Mr Habbib était repassé à l'association, pour lui le seul repère bienveillant sur le quartier. Mais la situation n'était plus la même : le traumatisme lié à l'agression perpétrée sur son jeune voisin avait modifié les dispositions. « On avait demandé à être informés de son retour pour éviter une confrontation de palier avec le jeune et sa famille. » De retour chez lui, il s'était remis à consommer des drogues pour supporter les tensions qui avaient monté d'un cran. En sursis, il s'était rendu à nouveau invisible, mais la situation était bloquée : les plaintes déposées par le Conseil syndical, contre son tuteur et son propriétaire, devaient accélérer la procédure d'expulsion, mais le placement en hôtel envisagé, avec un suivi à l'hôpital, ne constituait pas une véritable alternative et le changement de quartier ne ferait que repousser le problème.

Goffman, en 1969, titrait un de ses articles « la folie dans la place »^[4] pour parler de la place de la personne malade mentale dans la cité, à partir du moment où on avait renoncé à l'enfermer dans un hôpital psychiatrique. Elle présuppose une disposition et des capacités de la part des co-habitants pour prendre en compte la réalité particulière imposée par cette proximité. « Si cette nouvelle approche fait peser un fardeau sur la maison, le voisinage ou le lieu de travail du malade, écrivait-il, une conception courante du désordre mental aide à justifier cet inconvénient : puisque le malade a été accablé, puisqu'il n'est que le porteur des symptômes d'un édifice malade, ce n'est que justice que le malade et ceux avec qui il est le plus engagé soient encouragés, de préférence avec consultation d'un psychiatre, à coopérer pour résoudre les problèmes ». Si cela renvoie bien au projet d'origine de la politique de secteur en France, il n'est possible de sortir d'une politique centrée sur les seuls actes de consultation (suivis sur rendez-vous) que si des moyens appropriés ont réellement été dégagés (visites à domicile, travail de réseau, équipes mobiles). Or la pénurie n'a fait que croître avec les fermetures de lits. Le défaut de coopération, dans le sens défini précédemment, tend à laisser libre cours, chez les personnes souffrant de tels troubles psychiques, à un sentiment d'abandon et de persécution. Le malade mental est « quelqu'un qui ne peut s'empêcher de pénétrer là où on ne veut pas de lui, ou là où on ne l'accepte qu'aux dépens de ce que nous appelons sa valeur et son statut. Il ne se contient pas dans les sphères et les territoires qui lui sont alloués. Il dépasse. Il ne reste pas à sa place. »^[5]. En se comportant de cette manière, il tend à enclencher et à alimenter un feedback de troubles autour de lui. Il « refuse d'être traité avec tact en échange de sa propre modération ». Non content de ne pas rester à la place allouée, « il refuse, exprès, semble-t-il, de se livrer à l'activité rituelle qui permettrait de passer sur ce manquement ». L'activité rituelle renvoie ici aux échanges conduits au quotidien permettant à des personnes qui se côtoient de s'ajuster tout en se confortant dans leur différence (reconnaissance) ; elle permet également de nourrir la civilité et de réparer manquements et offenses. En son absence, la sociabilité se défait et les accroches sociales se raréfient laissant place aux confrontations. Le processus de dérégulation qui s'engage alors contribue à désarmer les personnes - voisins, victimes, proches - dans leur capacité à agir, à prendre en compte l'autre, à s'adapter en faisant évoluer leur rôle et en cherchant un arrangement.

A chaque fois, par contre, que des activités de ce type réussissent à s'inscrire durablement sur un territoire (lieu d'accueil accessible et non stigmatisant, personnes proches soucieuses de la situation pouvant constituer des relais, occasions diversifiées de se valoriser, possibilité d'intégrer les soins dans un mode de vie, etc.), les régulations qui s'opèrent (primaires et secondaires) peuvent composer un cadre réactif pour les personnes les plus fragiles^[6]. Arthur Kleinman^[7] renvoie ce type d'interactions à des expériences morales, dans le sens où tout ce qui peut affecter l'assise morale d'une communauté (références partagées, rapport aux valeurs, relations aux règles et aux limites) tend à faire l'objet d'actions de protection. Au lieu de stigmatiser ceux qui sont perçus comme remettant en cause le consensus moral local, les actions de transformation des « expériences morales locales » peuvent aider à redéfinir les cadres communs : se construire une autre représentation des personnes, partager des espaces-temps, engager des relations d'aide. C'est souvent ce qui se passe à l'occasion des régulations ordinaires : la gestion des difficultés de Mr Habbib avait été pendant un temps assurée par ses voisins, puis par l'association du « trottoir d'en face », avec un suivi intermittent du CMP, jusqu'à ce que ces supports ne suffisent plus à le contenir.

Il n'est pas dit que dans cette situation, d'autres agencements auraient permis d'éviter le drame, mais une articulation plus forte entre les acteurs du soin (cure), de l'attention (care) et de la citoyenneté (place) en aurait probablement changé la configuration. Beaucoup de secteurs ont engagé de telles actions de coopération en créant des espaces de travail avec des travailleurs sociaux, des associations et des membres de la communauté de résidence^[8]. Le cercle d'attention qui en ressort, loin de constituer un encerclement, fonctionne comme un support social^[9] permettant de recréer des liens souples avec des personnes qui retrouvent alors le sentiment d'exister et d'avoir une place, quelle que soit leur problématique sur le plan de la santé mentale.

[1] Ce que le CMP aurait pu nous dire en termes de pathologie diagnostiquée et de difficulté de suivi (à ce stade de la recherche, nous n'avons pas encore rencontré le CMP).

[2] Produit de substitution pour usager de drogues illicites prescrit en médecine de ville, mais souvent en vente dans la rue et utilisé par les consommateurs les plus précaires comme une drogue à part entière.

[3] Terminologie reprise de Goffman dans « La folie dans la place » (1969), repris dans *La mise en scène de la vie quotidienne*, tome 2, Les Editions de Minuit, 1973.

[4] *Op cit.*

[5] *Ibid* p. p. 360-361

[6] Cette problématique vaut pour diverses catégories de personnes vulnérables, avec des variations quant aux ressources et espaces pertinents.

[7] Santé et stigmat. Note sur le danger, l'expérience morale et les sciences sociales de la santé, *Actes de la recherche en sciences sociales*, 2002/3, 143, pp.97-99.

[8] Cf. l'expérience conduite sur Aubervilliers dans le cadre de l'Atelier Santé Ville (Pilar Arcella-Giroux). Dans le champ plus large du traitement des questions de déviance, de nombreux pays ont mis en place des « community conferencing » (Nouvelle Zélande, Australie, Canada).

[9] Cf. Deborah Quilgars, *A life in the community: Home-Link: supporting people with mental health problems in ordinary housing*, The Policy Press and *Community Care* magazine, 1998.

Un schiz...



ORSPERE SAMDARRA

CENTRE HOSPITALIER LE VINATIER BP 30039 - 95
BD PINEL 69678 BRON CEDEX