

RHIZOME

RHIZOME n.m. (gr. rhyza)
Tige souterraine vivante,
souvent horizontale, émettant
chaque année des racines
et des tiges aériennes.



#57

Juillet 2015

Des territoires fragmentés : enjeux psychiques et politiques

Nicolas Chambon | Christian Laval

Édito

Devant l'exclusion de certaines populations des systèmes de droit commun, des politiques d'interventions territorialisées se sont développées au début des années 1980, que ce soit dans la politique de la ville, dans le champ du travail social, ou celui de la psychiatrie. Du développement local à la politique de secteur, en passant par le développement social des quartiers, la correspondance entre *le* territoire et *la* population y apparaissait comme évidente. D'une part le territoire était défini au regard du nombre d'habitants avec des moyens alloués en conséquence, et d'autre part, les problématiques spécifiques s'entendaient au regard des spécificités d'un territoire représenté *a priori* comme unifié ...

Sommaire

- 4 > 5 *Entretien avec Anne Lovell*
Anne Lovell
- 6 > 7 *Troubles schizophréniques et caractéristiques socio-économiques, géographiques et d'offre de soins des territoires*
Magali Coldefy
Charlène Le Neindre
Clément Nestrigue
- 8 > 9 *Fractures urbaines et psychée*
Chantal Deckmyn
- 10 *Espaces publics sous surveillance : gestion des troubles et normalité*
Brice Banchet
- 11 > 12 *Ville, espaces et précarité : L'urbain contre la santé mentale... tout contre ?*
Nicolas Fieulaine
- 13 > 14 *Entretien avec une éducatrice en prévention spécialisée*
Laure Bottollier
- 15 *Ville et espace public*
Albert Levy
- 16 *Recours aux droits sociaux et expérience(s) du territoire*
Arnaud Béal
- 17 *Étude régionale des phénomènes de pauvreté et d'exclusion en milieu rural*
Amélie Appéré de Sousa
Tony Foglia
- 18 > 19 *Repenser l'action publique, l'expérience de l'Agence Régionale de Santé du Languedoc Roussillon*
Laurence Marian
Frédéric Jacquet
- 20 *Actualités*

Des territoires fragmentés

Cette évidence est aujourd'hui discutée. Un processus de fragmentation territoriale est visible à différents niveaux. Tout d'abord, à un territoire donné correspond une population de plus en plus hétérogène quant à sa composition sociale, mais aussi à ses attachements et à son rapport au lieu. Il y a différentes manières d'habiter un même lieu. Et surtout l'inscription territoriale d'un individu peut varier. Pour les demandeurs d'asile ou les personnes sans-abri, la psychiatrie publique est alors prise en défaut. Il importe alors de faire valoir que ces populations relèvent du « secteur » quand bien même elles n'ont qu'une domiciliation et non une adresse effective.

« À un territoire donné correspond une population de plus en plus hétérogène quant à sa composition sociale, mais aussi à ses attachements et à son rapport au lieu. »

À un autre niveau, c'est le territoire lui-même qui est délaissé. Des quartiers dits « sensibles », des campagnes dites « profondes » apparaissent abandonnés par la puissance publique ou sont pointés comme étant « à côté » des flux et des dynamiques économiques, sociales ou culturelles. C'est alors un groupe visible et homogène qui apparaît comme problématique. Cette homogénéité ne renvoie pas à une communauté ontologique mais à celle d'une expérience de galères et de stigmatisations. S'agissant de jeunes de quartiers c'est la « connaissance de la difficulté qui est commune ». Un des objectifs des intervenants sociaux consiste alors à extraire l'individu du groupe.

Un autre signe de cette fragmentation et non des moindres concerne sa traduction politique délétère. Les dernières élections françaises nous rappellent à quel point la question du territoire malmené s'est invitée dans le débat politique : valeurs de proximité, d'enracinement local face aux forces globales « dévastatrices d'humanité » et génératrices de troubles. Le populisme s'alimente de cette fragmentation dans un contexte où les catégories populaires sont devenues culturellement et socialement hétérogènes.

Qu'il se thématise par les notions de fracture sociale, de relégation socio-ethniques, d'inégalités économiques territoriales, le territoire est devenu une référence incontournable des politiques dans le même temps où il devient de plus en plus ardu de définir sa dynamique, son identité et ses limites. Le découpage traditionnel et hiérarchisé entre urbain, périurbain et rural ne fonctionne plus. Le rural comme les autres espaces peut se décliner positivement (retour à la nature, mouvements néo-ruraux...) comme négativement (exclusion rurale, désertification des services publics...).

La personne et son environnement

Ce constat a des conséquences quant à l'évolution actuelle du champ du travail social, et de la santé mentale : la recomposition actuelle fait de la personne le lieu de l'intervention. Son choix, de vivre là où elle le souhaite, sa capacité à affronter l'environnement, sont les principes inscrits au fronton d'une nouvelle vision. L'empowerment, la capacitation s'invitent aujourd'hui dans le champ de l'accompagnement. La politique qui en découle, misant sur les forces et les ressources des individus, impacte les modalités de la rencontre entre accompagnants et accompagnés devenus trop désarmés pour affronter cette nouvelle donne. Les intervenants en première ligne tentent, entre expérimentation et critique, d'entrer en résonance avec ces nouveaux enjeux. Au bout du raisonnement émerge un problème public qui conjugue d'un côté une politique de sécurisation des peurs collectives et de l'autre une attention aux plus fragiles en « sortie de route ».

« Le souci du bien-être, de la participation, du respect, de la reconnaissance du pouvoir d’agir des « habitants » devient un enjeu important pour lutter contre la fragmentation territoriale. »

La santé mentale s’inscrit dans la problématique de la fragmentation territoriale, inscription ambiguë car cette focale sur la personne fragilisée et sur ses troubles n’est pas déconnectée d’une préoccupation concernant la restauration d’une unité territoriale rénovée. Elle vise particulièrement ceux qui habitent dans les territoires les plus délaissés. Le souci du bien-être, de la participation, du respect, de la reconnaissance du pouvoir d’agir des « habitants » devient un enjeu important pour lutter contre la fragmentation territoriale. Les bailleurs sociaux sont par exemple aujourd’hui diversement sollicités pour intervenir auprès de locataires dits en souffrance.

Des personnes en santé, des territoires réhabilités

Cependant, le territoire recomposé reste un mode d’intervention essentiel dont l’un des enjeux fort consisterait à renforcer l’aspiration des individus à plus de choix concernant la manière dont ils veulent y vivre. Ainsi les politiques publiques, en engageant dans leur combat les intervenants en santé mentale, se focalisent moins sur l’objectif d’accès aux équipements, aux bâtis, aux services (que parfois les gens captifs « du lieu » évitent parce qu’ils en sont souvent stigmatisés) que sur un objectif d’accessibilité à tous les liens sociaux qui renforce la possibilité d’agir en autonomie, définie ici comme la possibilité de choisir ses dépendances. En d’autres termes, le territoire est dorénavant moins pensé comme un déterminant populationnel, que comme une composante de l’environnement des personnes. Ce nouveau paradigme s’introduit dans la réflexion clinique, notamment pour les équipes mobiles, ou pour d’autres équipes intervenants à domicile.

« Le territoire est dorénavant moins pensé comme un déterminant populationnel, que comme une composante de l’environnement des personnes. »

Différentes contributions mettent en perspective cette recombinaison en cours du lien entre territoire et personne. L’attention est portée sur les dispositifs qui mettent le territoire « sous surveillance » et leurs effets sur la manière de gérer les troubles et d’en catégoriser les auteurs. Une autre approche s’intéresse aux capacités développées par les personnes vulnérables pour recourir à leurs droits et plus largement pour apprendre à arpenter les territoires en tant que précaires. D’autres contributions dialectisent plus frontalement la fracture urbaine et la santé mentale des habitants et s’intéressent à la qualité (des)humanisante de l’espace public contemporain. Le paradoxe de la puissance publique qui, (re)découpe, fusionne les territoires, mais qui doit garder en ligne de mire les personnes et leurs vulnérabilités est aussi pointé : autrement dit, il faut beaucoup de ressources personnelles pour accéder aux ressources du territoire... Au final, ces contributions convergent toutes vers une même attention à la fabrication éminemment paradoxale de subjectivités capables de faire front à cette évolution, sans sombrer dans le rejet irréversible du non-lieu. Ce constat devrait intéresser les intervenants qui travaillent dans les interstices de ces territoires finalement plus fractals que fragmentés selon la belle formule d’Anne Lovell appliquée à la catastrophe de la Nouvelle-Orléans. Nous avons construit ce numéro comme une invitation à repenser autant l’action publique qu’à refonder une clinique située intégrant l’environnement de la personne.

Bonne lecture...

Anne Lovell

Anthropologue

Directrice de recherche Émérite à l'Inserm au Centre de recherche médecine sciences, santé, santé mentale et société (Cermes3)

Entretien avec Anne Lovell



L'ouvrage *Face aux désastres. Une conversation à quatre voix sur la folie, le care et les grandes détresses collectives* paru en 2013 aux éditions Ithaque, étudie la notion de *care*¹ comme phénomène d'« aller vers la folie » qui apparaît à travers les travaux empiriques de quatre auteurs. À partir de la situation de la Nouvelle Orléans et de la catastrophe de Katrina en 2005², Anne Lovell décrit l'expérimentation naturelle qui se produit sur le devenir des personnes ayant un handicap psychiatrique ou d'une autre nature préexistant à un évènement traumatique collectif. La mise en exergue de cette question marque ainsi la première étude existante sur ce groupe populationnel qui est de plus marqué par une situation de grande pauvreté et de difficultés d'accès aux institutions et aux soins de santé. La recherche s'appuie sur un grand nombre de récits de personnes « vulnérables psychiquement » qui complexifient les pratiques de care en situations extraordinaires.

Rhizome : Votre ouvrage traite de la recherche que vous avez réalisée à la Nouvelle Orléans après l'ouragan Katrina. Comment définiriez-vous cette ville ?

Anne Lovell : Avant la catastrophe, la Nouvelle-Orléans pouvait être qualifiée de ville fragmentée en terme de justice environnementale. D'un point de vue géographique, l'urbanisation de la Nouvelle Orléans présente des configurations particulières. Les parties les plus hautes de la ville sont en grande partie habitées par les populations les plus aisées. À l'opposé, les parties les plus basses étaient des zones de la ville qui présentaient des caractéristiques de vulnérabilités de différents ordres : environnementales, sociales, ethniques, économiques. Historiquement, la Nouvelle-Orléans est une ville qui a été fondée en grande partie par l'esclavage. Les parties les plus basses, marécageuses, ont été originellement investies par les *free people of colour*, les esclaves libérés, qui

s'y sont sédentarisés. Après l'Émancipation, ce sont les populations afro-américaines d'ex-esclaves et les plus précaires qui s'y sont installés. Les conditions de vie dans ces quartiers étaient mauvaises et ces zones urbaines concentraient un certain nombre de maladies liées aux environnements semi-tropicaux comme le paludisme ou la fièvre jaune (jusqu'en 1903). Au début du XXI^e siècle, les habitants de ces zones exprimaient des besoins multiples à cause de la prévalence de maladies chroniques de la pauvreté (diabète avancé, maladies cardiovasculaires, obésité, SIDA) et de différents types de handicaps, y compris en santé mentale. De plus, ce sont ces populations qui, même en temps normal, accèdent difficilement aux services de soins. Par inférence, on peut donc dire que ce sont des personnes frappées par l'injustice environnementale ou les fragmentations territoriales, en situations de handicaps, qui seront le plus affectées par ces catastrophes. Cette concentration des personnes précaires dans les zones les plus vulnérables reflète également les inégalités sociales et économiques à laquelle étaient confrontées les populations originaires de ces quartiers. Je dirais que plus qu'une ville fragmentée, la Nouvelle Orléans est une ville fractale.

Rhizome : Comment la catastrophe de Katrina a-t-elle été vécue par les habitants ?

AL : Pendant la catastrophe Katrina, une partie de cette population pauvre, qu'on peut estimer à environ cent mille personnes, s'est retrouvée dans l'impossibilité de quitter la ville par manque de moyens. Ces habitants étaient dans une situation de désastre généralisé, similaire à des situations de chaos pendant certaines guerres. Se pose alors la question de l'évacuation des personnes qui ne sont pas mobiles de leur foyer car, par exemple, en fauteuil roulant ou sous traitement d'oxygène à domicile. Les autorités locales et fédérales font faillite, puisqu'elles ne donnent aucune réponse aux personnes les plus précaires qui ont été le plus touchées par la catastrophe et parmi lesquelles on compte le plus grand nombre de victimes.

« Les autorités locales et fédérales font faillite, puisqu'elles ne donnent aucune réponse aux personnes les plus précaires qui ont été le plus touchées par la catastrophe et parmi lesquelles on compte le plus grand nombre de victimes. »

Dans toutes les situations de catastrophes environnementales, sociales, ou chimiques, de Bhopal (en Inde) à Katrina, le même schéma à tendance à se reproduire. Les personnes les plus pauvres et les plus exposées aux territoires à risque environnemental, comme en bidonvilles, sont les groupes les plus affectés.

En situation de crise, l'offre de soins de santé mentale et la prise en charge des traumatismes vécus par les individus s'avèrent être inégales. On constate qu'il n'y a pas de réelle

¹ Dans cet ouvrage, les auteurs définissent le concept du *care* comme « le souci des autres ».

² Fin août 2005, l'ouragan Katrina, un des plus puissants qui ait frappé les États-Unis, s'est abattu sur la Louisiane, le Mississippi, l'Alabama et l'ouest de la Floride. On estime à plus de 1 800 le nombre de victimes et à un demi-million le nombre de personnes affectées par le cyclone et ses conséquences.

prise en charge des personnes souffrant antérieurement de vulnérabilités psychiques. De nombreux dispositifs de soutien psychologique sont mis en place pour répondre aux personnes « normales » qui ont vécu des situations extraordinaires de cet ordre et qui souffriraient de symptômes post-traumatiques.

« Après une situation de choc ou de crise, les individus ne tombent pas dans un chaos collectif. »

Les personnes les plus vulnérables psychiquement avant la catastrophe sont quant à elles rendues invisibles. À titre d'exemple, si l'hôpital psychiatrique pour adolescents de la Nouvelle-Orléans a pu évacuer ses patients d'autres services d'évacuation pour les plus vulnérables n'étaient pas mis en place. À Charity Hospital, grand hôpital public destiné à l'accueil de populations précaires et non-assurées, la totalité des patients n'a pas pu être évacuée. Une centaine de malades hospitalisés en psychiatrie, ont été abandonnés avec leurs soignants pendant des jours au sein de l'immeuble, sans électricité, sans eau ou vivres suffisants. En ce sens, la territorialisation fragmentée vis-à-vis de la vulnérabilité de certains habitants s'est reproduite dans la réponse à la catastrophe.

R : *Et après la catastrophe Katrina...*

AL : Après Katrina, la création d'une ville nouvelle a été décidée par des magnats de l'immobilier et des intérêts financiers. Les premiers plans de réhabilitation urbaine de la ville visaient à exclure les populations précaires et afro-américaines de la future ville. Révélé par le *Wall Street Journal*, ce plan de reconstruction urbaine a été fortement contesté puis annulé par le maire. Toutefois, la majorité des logements sociaux, type HLM, de la Nouvelle-Orléans, ont été entièrement détruits même si le bâtiment avait résisté aux inondations. En réalité, ces bâtiments construits dans les années quarante étaient capables de résister aux catastrophes climatiques. Cela peut également expliquer la raison pour laquelle le nombre d'afro-américains qui se sont réinstallés à la Nouvelle-Orléans est si faible, puisqu'ils sont aujourd'hui proportionnellement moins nombreux que les populations blanches avant la catastrophe. Après Katrina, quand on a réouvert un hôpital psychiatrique pour adolescents, le quartier aisé du site était furieux. Des personnes disaient : *« Moi je ne veux pas des fous dans le quartier où mes enfants jouent, c'est mon quartier, je ne veux pas. Je sais que ce n'est pas politiquement correct, mais je ne veux pas »*.

R : *Dans votre ouvrage vous parlez des effets de la « rumeur » qui attisent les peurs en situation de désastre...*

AL : La gestion de la crise post-Katrina a renforcé les sentiments de racisme et de haine. Les autorités ont fait le choix d'accentuer les politiques sécuritaires en hyper sécurisant le

territoire par la militarisation des quartiers les plus démunis. Ce choix politique et budgétaire a été appliqué au détriment de la gestion des sauvetages, pour porter secours aux personnes qui étaient bloquées sur les toits des maisons en attendant leur évacuation, ou celles qui, après avoir perdu leur domicile, squattaient les rues des zones non-inondées. La présence des forces de l'ordre en situation de crise n'est pas nécessairement négative, mais l'hyper sécurisation territoriale peut entraîner d'autres effets.

Katrina a été un événement fortement médiatisé. Les pillages des maisons et des magasins post-catastrophe ont alimenté l'idée que les politiques sécuritaires de la ville devaient être nécessairement renforcées. La rumeur a propagé une racialisation de la catastrophe. On peut poser la question des origines et du besoin de la rumeur. Ce phénomène se construit à travers l'ordinaire de la vie quotidienne, des représentations territoriales et ethniques préexistantes. En fait, les individus visés par la rumeur post-Katrina, donc les survivants et les réfugiés majoritairement originaires des quartiers les plus précaires, réagissent à ce phénomène par la panique, par le besoin d'expliquer collectivement une situation de grande incertitude, mais aussi par de l'entraide. En effet, des études menées après la deuxième guerre mondiale par le département de défense américain sur la réaction des populations suite à des situations de stress et de traumatismes collectifs dévoilent qu'après une situation de choc ou de crise, les individus ne tombent pas dans un chaos collectif. Les réactions sont contraires, puisque des situations d'entraide, de renversement du *care* et de la socialité se créent en allant à l'encontre de cet imaginaire du chaos.

« Les situations exceptionnelles font place à des pratiques de care qui ne sont pas envisagées en situation ordinaire. »

J'ai rencontré des personnes vulnérables psychiquement avant Katrina, donc originellement receveuses de *care*, et qui ont été amenées à offrir du *care* à d'autres personnes après la catastrophe. Leurs parcours et histoires de vies, qui étaient déjà marquées par un cumul d'événements négatifs, d'adversités, de situations traumatiques, pour une grande partie dû à des situations de précarité, de stigmatisations, d'inégalités sociales ou autre, leurs ont permis de développer une capacité à « faire face » et à prendre soin des autres. L'après catastrophe Katrina a laissé place à un espace temporel de *care*, qui a ouvert un espace de *care* d'un point de vue humain et relationnel. On retrouve toute sorte de cas de figure. Certaines personnes ont sauvé une vie, ou bien se sont chargées de répondre aux besoins des groupes les plus vulnérables, comme les enfants, d'autres ont réussi à prendre des décisions cruciales en forçant des personnes à quitter le lieu où elles se trouvaient pour des questions de survie, alors même que toutes ces personnes faisaient face à une situation catastrophique. Dans ce sens, les situations exceptionnelles font place à des pratiques de *care* qui ne sont pas envisagées en situation ordinaire.



Pour aller plus loin...

Lovell A. M., Pandolfo S., Veena D., Laugier S. Face aux désastres, Une conversation à quatre voix sur la folie, le care et les grandes détresses collectives, Éditions Ithaque, 204 pages ; 2013.

Lovell A. M. « Qui se soucie des soins ? La disparition d'un hôpital public après Katrina », Métropolitiques, 2011.

Magali Coldefy

Géographe, maître de recherche, Irdes, ORU-PACA

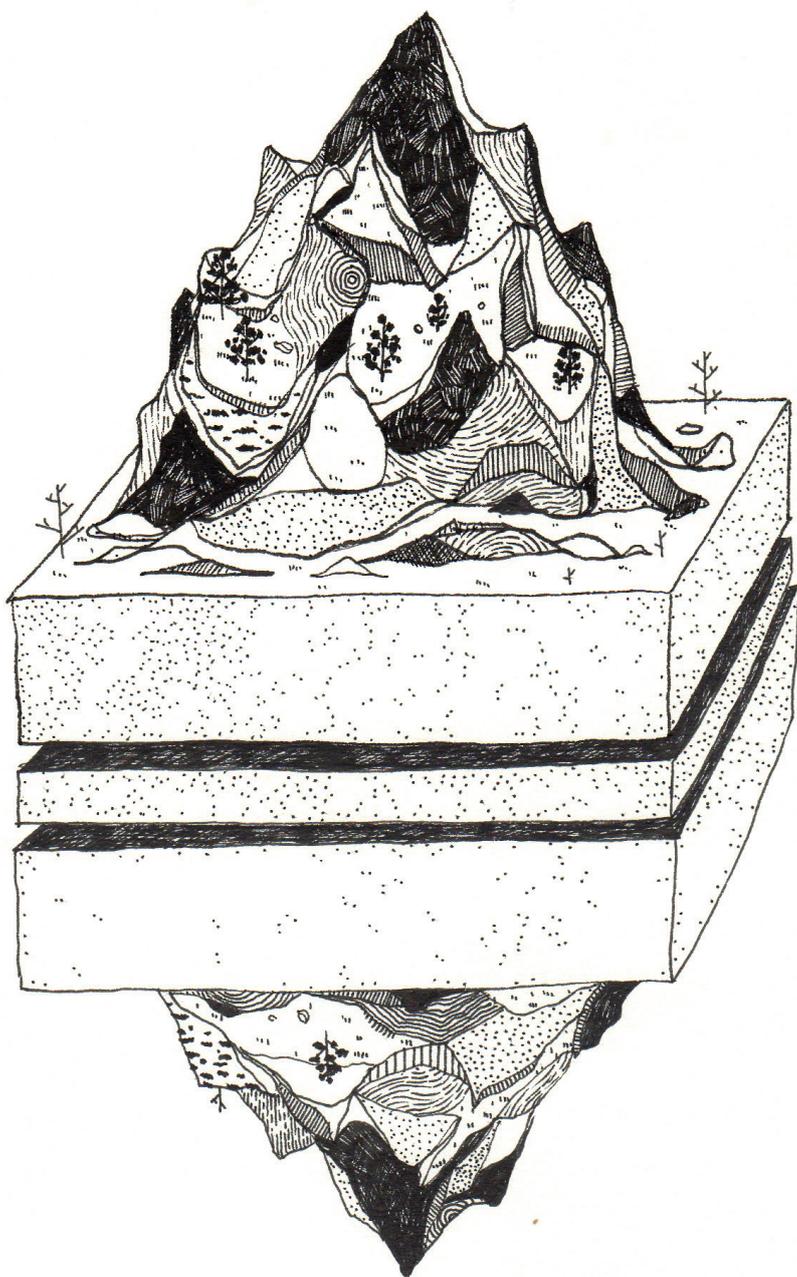
Charlène Le Neindre

Géographe, chargée de recherche, Irdes

Clément Nestrigue

Économiste, chargé de recherche, Irdes

Troubles schizophréniques et caractéristiques socio-économiques, géographiques et d'offre de soins des territoires



La schizophrénie, trouble psychique sévère et invalidant, touche 1 à 2 % des adultes en France, soit environ 400 000 personnes (HAS, Guide Affection de longue durée, Schizophrénies, 2007). À ce jour, l'ensemble des études portant sur l'étiologie des troubles psychotiques a conduit à un modèle faisant de ces pathologies des maladies complexes, multifactorielles et probablement hétérogènes. Leur étiologie associe un terrain (vulnérabilité) génétique et des facteurs de risque environnementaux, tant individuels que populationnels¹. De nombreuses études étrangères ont montré que la distribution des troubles psychotiques n'est pas spatialement homogène². À partir de ce constat, plusieurs études ont été réalisées pour mieux comprendre les raisons de cette hétérogénéité spatiale. La plupart d'entre elles ont porté sur les facteurs populationnels composites. Elles suggèrent que les facteurs sociaux³, économiques⁴ et démographiques jouent un rôle dans la distribution des cas de psychose et nuancent l'effet des facteurs individuels⁵. Les études françaises en la matière restent rares.

Dans le cadre de ses travaux sur la variabilité de la prise en charge de la schizophrénie en établissement de santé, l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (Irdes) a montré que le taux de recours⁶ en établissement de santé pour des troubles schizophréniques présentait des disparités considérables sur le territoire, variant dans un rapport de un à six entre les zones de résidence des patients (zones géographiques PMSI, entités proches des zones postales, correspondant à la plus petite unité d'analyse disponible dans le Recueil d'informations médicalisées en psychiatrie – Rim-P). Pour mieux comprendre cette répartition spatiale hétérogène, un modèle statistique intégrant plusieurs dimensions a été élaboré. Ces dimensions correspondent aux caractéristiques sociales, économiques et géographiques de l'environnement de vie des individus, ainsi qu'à l'offre et l'organisation des soins en psychiatrie au sein des territoires de santé, ce dernier étant progressivement devenu le niveau de planification et d'organisation des soins psychiatriques.

« Le contexte socio-économique joue un rôle majeur pour « expliquer » les disparités spatiales de recours aux soins pour troubles schizophréniques. »

De manière à capter au mieux les diverses composantes que revêt le contexte socio-économique des territoires, deux indicateurs synthétiques ont été construits au niveau des zones géographiques PMSI de résidence des individus :

- un *indice de défavorisation sociale*, adapté de Rey et al. ⁷, visant à mesurer la précarité économique et sociale sur un territoire. Cet indicateur écologique résulte de la combinaison du revenu fiscal par unité de consommation, de la proportion de bacheliers parmi les personnes âgées de 15 ans ou plus, de la proportion d'ouvriers et de celle de chômeurs parmi les personnes actives. Cet indicateur synthétique permet d'ordonner les zones géographiques PMSI selon un gradient allant des zones les plus favorisées socialement aux zones les plus défavorisées.
- un *indice de fragmentation sociale*, adapté d'Ivory et al. ⁸, visant à mesurer la qualité des liens sociaux, de la cohésion sociale sur un territoire. Cet indicateur composite tente d'approcher les dimensions suivantes de la cohésion ou fragmentation sociale : les ponts ou barrières au partage de valeurs et normes communes (à travers la proportion de ménages immigrés, celle d'enfants d'âge scolaire), à l'attachement aux lieux et aux personnes (à travers la mobilité résidentielle, la part de locataires, celle de personnes mariées ou en famille, l'isolement social). Cet indicateur ordonne les zones géographiques PMSI suivant un gradient allant des zones les plus fragmentées socialement aux zones les plus « soudées ».

Le contexte géographique a été caractérisé par le biais de six indicateurs : les parts de la population de la zone géographique PMSI résidant (1) dans une commune des grands pôles urbains, (2) dans une commune urbaine de la couronne des grands pôles ou dans une commune urbaine multipolarisée des grandes aires urbaines, (3) dans une commune rurale de la couronne des grands pôles ou dans une commune rurale multipolarisée des grandes aires urbaines, (4) dans une commune des moyens ou petits pôles, (5) dans une commune de la couronne des moyens ou petits pôles ou dans une autre commune multipolarisée, (6) dans une commune hors de l'influence des pôles.

« Un niveau de fragmentation ou désorganisation sociale élevée dans les territoires, soit une faiblesse des liens sociaux, va être associé à un recours plus élevé. »

Pour caractériser l'offre et l'organisation des soins en psychiatrie, une typologie a été réalisée au niveau des territoires de santé ⁹. Elle prend en compte à la fois l'offre hospitalière, de ville, médicosociale en direction des personnes vivant avec un trouble psychique et émanant de la communauté et la caractérise en matière de capacités, diversité des acteurs et des alternatives proposées. Elle permet de classer les territoires de santé en cinq profils distincts : classe 1 : des territoires faiblement dotés en personnels et en équipements psychiatriques, souvent implantés à l'hôpital général ; classe 2 : des territoires où s'exercent les missions d'intérêt général de la psychiatrie publique spécialisée, ouverte vers son environnement, mais aux ressources concen-

trées sur l'intra-hospitalier ; classe 3 : des territoires majoritairement urbains à l'offre privée importante et une organisation adaptée aux pratiques urbaines ; classe 4 : des territoires bien dotés en équipements et en personnels, où domine une psychiatrie publique spécialisée à l'approche « totale » ; classe 5 : des territoires à dominante rurale qui combinent une offre sanitaire et médicosociale importante.

Ainsi, d'après les résultats de la modélisation statistique réalisée, le contexte socio-économique joue un rôle majeur pour « expliquer » les disparités spatiales de recours aux soins pour troubles schizophréniques (expliquer au sens statistique car la mise en évidence d'une concordance statistique ne suffit pas à démontrer une relation de causalité). Un niveau de fragmentation ou désorganisation sociale élevée dans les territoires, soit une faiblesse des liens sociaux, va être associé à un recours plus élevé. Dans une moindre mesure (et conformément aux résultats de la littérature), les territoires présentant un important niveau de défavorisation sociale sont également des territoires au sein desquels on observe un recours plus élevé. Le rôle du contexte géographique, plus souvent étudié dans la littérature à travers la notion de densité de population pour approcher le degré d'urbanité, ressort également dans nos résultats. Le recours aux soins pour des troubles schizophréniques est plus élevé dans les territoires où la part de la population résidant dans une commune, d'une part, des grands pôles et, d'autre part, des moyens ou petits pôles est forte, résultat classique montrant un lien entre urbanité et développement des troubles psychotiques ¹⁰.

« Le recours aux soins pour des troubles schizophréniques est plus élevé dans les territoires où la part de la population résidant dans une commune, d'une part, des grands pôles et, d'autre part, des moyens ou petits pôles est forte, résultat classique montrant un lien entre urbanité et développement des troubles psychotiques. »

Enfin, l'offre et l'organisation des soins au sein des territoires jouent également un rôle important pour « expliquer » ces disparités de recours. Les taux de recours sont plus élevés dans les territoires bien dotés en matière de capacités et de ressources humaines en psychiatrie, où la prise en charge de la maladie mentale est majoritairement gérée par des établissements spécialisés (publics ou privés d'intérêt collectif). Deux hypothèses peuvent être avancées pour expliquer ces résultats : celle d'une demande induite par l'offre et/ou celle du rapprochement des populations concernées par cette pathologie chronique et complexe d'une offre adaptée aux différentes phases de la pathologie.

Avec un modèle dont le pouvoir explicatif est de 28 %, une part importante de la variabilité du taux de recours en établissement de santé pour des troubles schizophréniques reste à expliquer. Si nos résultats viennent conforter les connaissances issues de la littérature internationale, ils appellent à poursuivre les recherches croisant les approches de plusieurs disciplines sociales, épidémiologiques et cliniques.

1 Tandon R. et al. « Schizophrenia, « just the facts » what we know in 2008 » 2, *Epidemiology and etiology. Schizophr Res.*, 102(1-3) : 2008 ; 1-18.

2 March D. et al. « Psychosis and place », *Epidemiologic Reviews*, 2008 ; 30 : 84 - 100. McGrath J., Saha S., Chant D., Welham J., « Schizophrenia : a concise review of incidence, prevalence and mortality », *Epidemiologic Reviews*, 2008 ; 30 : 67-76.

3 Allardyce J., Boydell J. « Review : the wider social environment and schizophrenia », *Schizophr Bull.*, 2006 ; 32 : 592-598.

4 Croudace T.J. et al. « Non-linear relationship between an index of social deprivation, psychiatric admission prevalence and the incidence of psychosis », *Psychol Med.*, 2000 ; 30(1) : 177 - 85.

5 Boydell J. et al. « Incidence of schizophrenia in ethnic minorities in London : ecological study into interactions with environment », *BMJ.*, 323(7325) : 2001 ; 1336 - 8.

6 Le taux de recours calculé ici rapporte le nombre de patients âgés de 16 ans ou plus suivi en établissement de santé pour des troubles schizophréniques (code CIM F20, hors F20.8) de la zone de résidence à la population âgée de 16 ans ou plus de la zone. Ce taux est standardisé et lissé afin de s'abstraire de l'effet de la structure démographique des zones de résidence et d'atténuer les désagréments statistiques liés à la faiblesse du nombre de cas et à la grande hétérogénéité du nombre de résidents au sein de ces zones.

7 Rey G., Rican S., Jouglu E., « Mesure des inégalités de mortalité par cause de décès. Approche écologique à l'aide d'un indice de désavantage social », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 2011 ; n°8-9 : 87 - 90.

8 Ivory V., Witten K., Salmond C., Lin EY, You RQ, Blakely T., « The New Zealand Index of Neighbourhood Social Fragmentation : integrating theory and data », *Environment and Planning A*, 2012 ; 44 : 972 - 988.

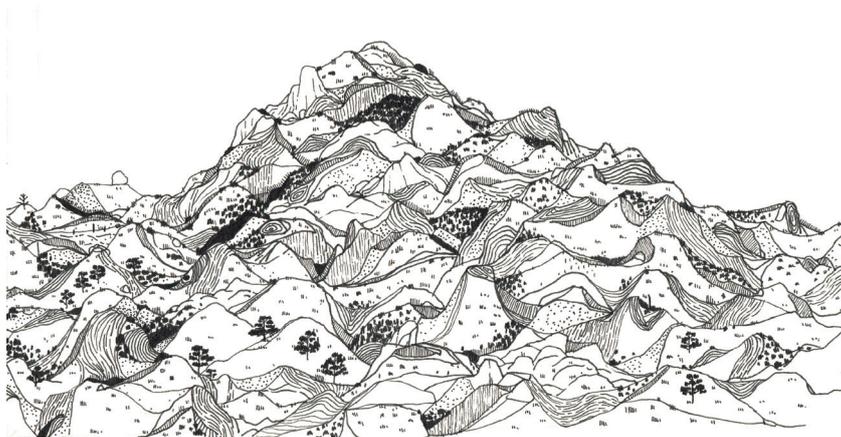
9 Coldefy M., Le Neindre C., « Les disparités territoriales d'offre et d'organisation des soins en psychiatrie : d'une approche segmentée à une approche systémique », *Rapport Irdes*, 2014 ; n°558.

10 Allardyce J., Boydell J., « Review : the wider social environment and schizophrenia », *Schizophr Bull.*, 2006 ; 32 : 592 - 598.

Chantal Deckmyn

Architecte urbaniste, anthropologue

Fractures urbaines et psychées



Le combat contre la ville

Le combat contre la ville, lieu des artifices, de la pollution, des épidémies, et des turpitudes, n'est pas récent. Mais que s'est-il passé avec la *table rase* et le zonage, mis en œuvre notamment selon les préceptes de la « Chartes d'Athènes »¹ ? Cette grande utopie hégémonique a trouvé dans l'après-guerre la meilleure des opportunités pour se réaliser et prospérer. La ville s'érige sur une *table rase*, change radicalement d'échelle, de granulométrie, abandonne peu à peu ses qualités de tissage, et se dissocie en blocs, comme le lait caillé. L'espace public qui liait la ville se désagrège et avec lui l'espace privé qui était son revers. L'espace du sol, préalablement désactivé, n'est plus qu'un fond dénué de qualités propres.

La figure urbaine s'est retournée

Au tissage de creux et de pleins, au système forme/contre-forme de la ville continue s'est substitué un système d'objets. Cette révolution, qui répond avant tout à des besoins gestionnaires et marchands, n'a pas été nommée en tant que telle ni décidée, encore moins démocratiquement. Elle s'est présentée comme une réponse à la *crise du logement*, comme une nécessaire adaptation à la modernité, une évidence technique, un progrès. Elle a même été soutenue par ses partisans comme un impératif esthétique. Elle a été vécue comme une fatalité par la majorité silencieuse, le prix à payer pour le confort, ou le mirage pavillonnaire. Reste que rien ne prouve que ces espaces soient habitables. Cette révolution a tellement d'incidences qu'il est difficile d'en décliner tous les effets.

Surexposition

La « Chartes d'Athènes » prohibe l'exposition des appartements au Nord : les immeubles, tels des tournesols, vont tous être orientés prioritairement vers le Sud. C'est ainsi qu'ils vont définitivement se tourner le dos, chacun présentant son arrière à la face de l'autre. Du fait qu'ils se tiennent à distance les uns des autres et n'ont pas de face cachée,

ils sont visibles de partout comme des objets solitaires et surexposés. Leurs habitants sont associés à cette solitude et surexposition, ils n'ont plus de lieu de repli. L'entrée sera souvent située à l'arrière et les poubelles devant l'entrée. Plus question de mises en scène, de diaphragmes pour accommoder son image, plus de contrôle ni de régulation intégrée par la mise en présence et le témoignage mutuels. Le contrôle, externalisé, devient la préoccupation majeure.

Hétérotopies

Au principe de la *table rase*, qui dénie le sol historique et géographique comme les acquis culturels, s'ajoute un tropisme vers les grands thèmes « naturels » : le soleil, l'air, la lumière, le culte des corps, la force et la santé². Par leur statut foncier privé³, comme par leur mode de gestion, les parcelles surdimensionnées⁴ de l'urbanisme moderne découpent à l'emporte pièce de vastes trous noirs dans la culture lentement élaborée par l'histoire et la géographie ; elles créent des vides, des espaces extraterritoriaux où le règlement intérieur se substitue à la loi républicaine et à la démocratie, où ne peut qu'affluer la loi du plus fort. Cette disposition spatiale et sociale correspond aux *hétérotopies* définies par Michel Foucault : un ensemble monofonctionnel régi par une loi interne, hétérogène au tissu dans lequel il est découpé (cimetières, casernes, hôpitaux, etc.). L'échelle de plus en plus vaste de ces hétérotopies relègue l'espace public à un mince filet résiduel et au statut de voirie. La somme de ces attendus n'a rien de favorable aux plus vulnérables, financièrement, physiquement et/ou psychologiquement, à tous ceux dont l'économie personnelle ne se suffit pas des communications dématérialisées ni de l'isolement dans un logement fut-il relié par des voies rapides à des zones commerciales, de loisirs et de travail.

Sur-sécurisation

Ce que met en œuvre la fermeture des enceintes du logement et du commerce, c'est la volonté fantasmagique de presser les mauvaises graines hors de l'orange commune, de les rejeter et maintenir à l'extérieur, exactement comme la climatisation rejette au dehors un air surchauffé : ces espaces sur-sécurisés concentrent au dehors la délinquance et la marginalité mais aussi la précarité sous toutes ses formes.

« Ces espaces sur-sécurisés concentrent au dehors la délinquance et la marginalité mais aussi la précarité sous toutes ses formes. »

À mesure que l'on sécurise des isolats, on augmente l'insécurité de tous, et à mesure que l'on développe à l'intérieur de ces isolats la culture du même, on fait baisser les seuils de tolérance à l'égard de ce qui est différent. La privation de diversité, la monotonie, rendent intolérable toute discordance, ou plutôt dans la monotonie tout paraît discordance.

¹ Rédigée en 1933 par Le Corbusier, éditée et diffusée à partir de 1944.

² Relire la « Chartes d'Athènes », sa conformité à l'idéologie des années trente.

³ Qu'il s'agisse de copropriétés, de résidences sécurisées ou d'ensembles HLM.

⁴ 100, 200, 500 fois plus grandes que les parcelles jusqu'au milieu du XX^e.

L'urbanisme de secteur

Notre condition urbaine que David Mangin définit comme *urbanisme de secteur*⁵, n'est pas le fruit du hasard, c'est une pensée de la logistique, plus militaire que civile, un modèle fait non pour les humains qui habitent là mais pour les promoteurs, les voitures et la gestion des flux. Il se présente sous la forme d'un réseau de voirie avec de grandes mailles, reliées au réseau national; à l'intérieur des grandes mailles, le système se ramifie en arbres isolés. Les voies s'évitent, s'enroulent en ronds-points, s'enjambent en passerelles et aboutissent chacune à un cul-de-sac, l'important c'est qu'elles ne se croisent pas.

Pensée logistique ne veut pas dire pensée logique. Au niveau du sol, le langage de l'espace s'embrouille, se met à fourmiller de non-sens et de contresens : cheminements entravés par des chicanes, orientation à gauche pour aller à droite, etc. Il perd le sens et le fait perdre à ceux qui le pratiquent. Là où le sens se perd le signe s'épanouit et une avalanche de signes tente en vain de venir à notre secours, comme si l'intelligibilité de l'espace était le fait de notre manque d'intelligence; hérissés de flèches, pictogrammes simplistes, mots d'ordre infantilisans : « je me mets en règle », « j'aime ma ville », « je jette mes déchets dans la poubelle ».

La ville historique

Les voies autoroutières circulent entre des villes interchangeables, homogénéisées par le paysage de leur périphérie, mais aussi par la zone piétonnière qui occupe leur centre. Des villes de plus en plus reléguées au rang d'aires autoroutières (retenues par leurs bretelles) ou muséales.

Car la ville, dite *historique* pour qu'on comprenne bien qu'elle est révolue, est elle-même devenue une zone : touristique. La concurrence entre les villes désireuses d'attirer touristes et investisseurs a pour effet de faire refluer des centres tout ce qui risquerait de nuire à leur image *clean* ou d'importuner leurs clients. Faire refluer les malades, les pauvres et les fous. Mais où ?

Les échelles se sont démultipliées en même temps que les distances, dématérialisées, se sont rétrécies, mais seulement dans le temps, seulement pour les voitures et les ondes, elles sont devenues impraticables pour ceux qui se servent de leurs pieds. La réalité incontournable et constructive de la matérialité, le côtoiement, la rencontre, la triangulation des relations par un espace public, toutes choses propices à établir une bonne relation avec le monde et soi-même, sont évacuées comme un danger.

L'espace militaire

Dans la ville continue traditionnelle, le tissu n'est pas une virtualité, les objets et les creux sont réels, et s'ils offrent aux humains qui les habitent la portance d'un tissu, c'est qu'ils sont à la fois matériels *et* symboliques⁶ *et* vivants, ce sont des contenants qui existent avec les usages dont ils sont le lieu. Ces espaces exercent de fait une fonction d'hospitalité et constituent les conditions pour *accueillir*. Étymologiquement, accueillir quelqu'un, c'est à la fois le reconnaître, le choisir et l'inviter à se joindre aux autres.

Le tissu urbain et le tissu social sont des tissus non pas techniques mais organiques, ils ne sont pas seulement liés ils sont la même chose, les deux aspects d'un même phénomène. Ils ne sont que la traduction de ce qui devrait être une pensée politique soucieuse d'accueillir et réguler le vivant.

L'espace institutionnel

Le tissu social a suivi les mêmes métamorphoses que le tissu urbain : la portance sociale ordinaire de la ville continue, en particulier les commerces, les services et espaces publics, les repères élémentaires, les interstices sans fonction précise et les formes de l'hospitalité, cette portance s'est désagrégée avec le tissu urbain. De la même façon que les réseaux logistiques se sont substitués au tissu urbain, les réseaux fonctionnels des institutions se sont substitués au tissu social. L'espace institutionnel⁷ a pris le pas sur les espaces privés et publics. Les personnes, en tant que sujets, ont comme disparu, à la fois flottantes, détachées les unes des autres, et chacune devenue composite, fractionnée en objet(s) des différentes institutions : elles sont des *chômeurs, locataires, parents d'élèves, jeunes, handicapés, etc.* Si bien que pour reconstituer une personne dans son entier, on tente de rassembler autour d'elle tout le réseau : emploi, logement, santé, éducation, assistance sociale, justice, police.

« La disparition de la ville, sa métamorphose en hétérotopies juxtaposées, la réduction tant quantitative que qualitative de l'espace public et démocratique, mettent tout un chacun en situation de manquer d'air. »

Cette situation sera particulièrement préjudiciable à celui qui serait le siège d'une souffrance mentale. La portance d'un milieu, les occasions offertes par l'ordinaire de côtoyer les autres, de parler avec eux, va lui faire cruellement défaut. L'absence d'espace public conjuguée à la mise en place du réseau institutionnel vont réduire les possibilités d'abri ou d'échappée, les opportunités et les interstices. Tout est sous la crudité de la lumière. Trouvant difficilement, sinon à abolir sa souffrance du moins à la réguler, celle-ci va le déborder d'autant. Il ne sera plus alors considéré comme un sujet souffrant au service duquel apporter tous les soins nécessaires, mais comme le lieu d'un dysfonctionnement, donc la cause d'un trouble qu'il convient de traiter par la mise en place d'actions correctives (sous le regard scrutateur des normes ISO 9000). Cela ne signifie pas forcément qu'il bénéficiera des services dont il a besoin : outre un milieu ordinaire, l'appui régulier d'un psychologue, psychanalyste ou psychiatre, et le cas échéant un asile où se mettre à l'abri en attendant que la tempête s'éloigne.

Conclusion

La disparition de la ville, sa métamorphose en hétérotopies juxtaposées, la réduction tant quantitative que qualitative de l'espace public et démocratique, mettent tout un chacun en situation de manquer d'air. La ville ne peut guérir la souffrance mentale. L'espace n'intervient pas dans le registre des *causes* mais des *conditions*, celles-ci, notons-le, étant aussi déterminantes que celles-là.

Par sa contenance, sa portance et comme milieu vivant (au sens océanique, nourricier du terme), elle était en mesure de lui offrir des conditions pour composer et s'apaiser. Ces conditions se sont aujourd'hui retournées comme un gant, tout se passe comme si le milieu nourricier était devenu allergène.

⁵ Mangin D. La ville franchisée, Paris : La Villette, 2004.

⁶ Au sens de registre symbolique, non de symbolisme.

⁷ Avec les organismes gestionnaires HLM, le logement lui-même est devenu institutionnel.

Brice Banchet

Doctorant en Sociologie
Centre Max Weber - Université Lyon 2

Espaces publics sous surveillance : gestion des troubles et normalité

La généralisation depuis le début des années 2000 des dispositifs de contrôle et de sécurité dans les espaces publics, tels que la vidéosurveillance, suscite un questionnement pour le moins ambivalent : d'une part à propos de la prétention de ces dispositifs à rassurer et à sécuriser les usagers de ces espaces, et, d'autre part, sur leur propulsion à susciter la crainte et la méfiance quant à l'utilisation qui en est faite et leurs objectifs réels.

À Lyon, par exemple, la vidéosurveillance s'inscrit dans une politique dite de prévention situationnelle, laquelle se veut pionnière en la matière et qui consiste à « prendre en compte dans les projets d'aménagement ou de construction, la réalité des phénomènes d'insécurité existants ou prévisibles dans l'environnement du projet »¹. Il s'agit alors non plus de s'intéresser aux conditions sociales d'apparition des actes délictuels, mais aux situations de passages à l'acte délictuel favorisées par les conditions spatiales².

Plusieurs principes ont été définis pour la mise en œuvre de cet objectif, parmi lesquels la « visibilité » (voir et être vu), la « lisibilité » (définir les lieux), la « surveillance naturelle » (dissuader et rassurer) et la « territorialité » (se sentir appartenir à un espace et se l'approprier). L'application de ces principes en termes d'aménagements et de mobiliers urbains est censée favoriser, encourager, inciter des usages et des comportements attendus par l'autorité publique. À ces espaces, et les êtres qui les composent, humains et non-humains, est déléguée une capacité d'agir, d'autoriser, d'interdire et de sanctionner.

Mais la qualité morale et normative ainsi inscrite dans ces espaces peut être changeante, modulable en fonction des moments, des usages, de ses habitants. Comment alors être certain d'avoir un comportement conforme à ce qui est attendu en tout lieu, à tout moment ? Surtout, comment être certain que son comportement soit perçu comme tel ? Se dessine alors à travers un tel dispositif, l'injonction d'avoir sans cesse à composer son observabilité de manière à rendre lisible ses intentions, à normaliser son comportement, à l'inscrire dans l'ordre du lieu. Le cas échéant, le soupçon précédant l'acte supposé, un comportement ne répondant pas aux attendus implicites d'un espace est susceptible d'attirer l'attention, d'être remarqué, voire sanctionné, bref de créer un trouble. Plutôt que de l'en empêcher, le dispositif tend en fait à rendre le trouble visible, remarquable, à le faire exister, pour mieux le canaliser.

Car est trouble ce qui ne donne pas à voir son contenu, renferme des éléments suspects, menaçants, ce qui est susceptible d'altérer un équilibre ou un ordre, nous indique Le Robert. Mais la perception d'un trouble à l'ordre public est en cela tellement équivoque que tout un chacun peut alors se trouver en situation d'avoir à justifier son comportement,

de rendre lisible ses intentions, de répondre à une demande de transparence : c'est ce qui est avancé par les partisans de ces dispositifs en affirmant qu'un individu n'ayant rien à se reprocher, n'a donc rien à cacher.

« Un comportement ne répondant pas aux attendus implicites d'un espace est susceptible d'attirer l'attention, d'être remarqué, voire sanctionné, bref de créer un trouble. »

En observant l'activité d'agents municipaux chargés de vidéosurveiller les espaces publics ou de policiers opérant des contrôles d'identité dans une gare ferroviaire, on remarque à quel point la catégorie de l'étrangeté est au principe d'une attention focalisée, voire d'une intervention de ces agents (sans pour autant qu'elle aille automatiquement jusqu'à une sanction) : sont problématiques des comportements, des attitudes, considérés comme anormaux, intrusifs, c'est-à-dire ne s'inscrivant pas dans l'ordre du lieu, ou, à minima, comme étant indéterminés et donc illisibles.

Ce qui est en jeu dans cette attention, et l'enquête qui en découle, c'est de rendre intelligible des comportements perçus, de les différencier, eu égard à une forme de normativité attendue, supposée sue et partagée, et dont l'inadéquation entre les deux crée le trouble, entraîne une suspicion et peut représenter une menace potentielle pour l'ordre public.

« Est maître des lieux celui qui les organise » vantait une affiche de la RATP il y a quelques années sur son réseau. Au-delà du caractère délictuel des comportements surveillés, c'est aussi une gestion discrète des comportements indésirables, inopportuns ou intolérables qui est à l'œuvre, pour que rien ne puisse venir troubler la tranquillité d'un lieu ou que le trouble soit immédiatement géré et rendu imperceptible. Ces dispositifs sécuritaires opèrent préventivement et localement pour que l'ordre se maintienne, en apparence, « de lui-même », et pour que rien d'imprévu ne puisse s'y déployer. L'événement, et la multiplicité de possibles qu'il renferme, constituent alors un risque qu'il faut traiter préventivement.

Ainsi prothésés, c'est donc également la sensibilité même des espaces publics qui est en cause ici, tant il s'agit de les « immuniser »³, de les neutraliser ; l'ordinaire, ce qui est attendu, suppléant l'exceptionnel, ce qui peut surgir.

¹ Ville de Lyon, « Prévention de la malveillance par l'urbanisme et la conception des bâtiments, Guide à l'usage des chefs de projets », novembre 2002.

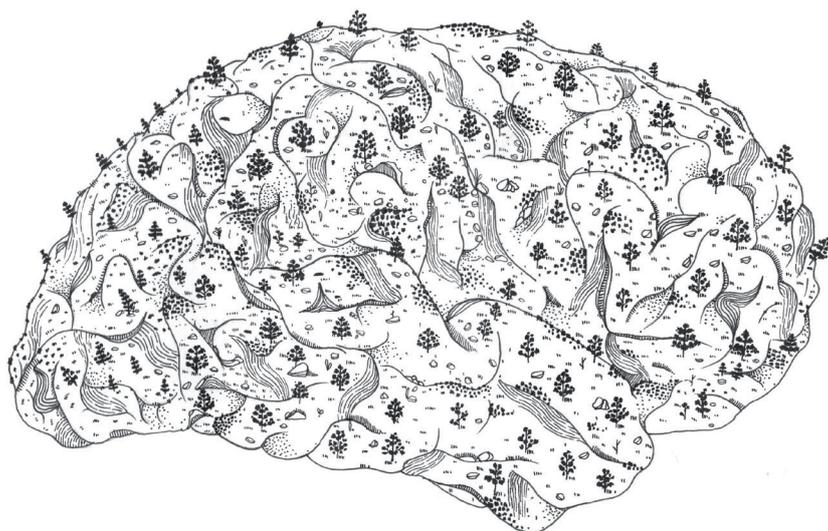
² Benbouzid B., « Urbanisme et prévention situationnelle : le cas de la dispute des professionnels à Lyon », *Métropoles*, numéro 8, 2010.

³ Brossat A. La démocratie immunitaire, La Dispute, 2003.

Nicolas Fieulaine

Groupe de Recherche en Psychologie Sociale
Université de Lyon

Ville, espaces et précarité : L'urbain contre la santé mentale... tout contre ?



Si elles questionnent la ville, c'est que les existences précaires, marquées par l'incertitude, le sentiment d'inutilité au monde et d'absence d'avenir, n'y trouvent presque aucun espace pour y projeter leurs usages. Dans les villes pensées pour les marchands, la fonctionnalisation des espaces, sous la forme de linéaires commerciaux, d'aires de jeux et de détente, d'agoras citoyennes ou encore de jardins « partagés », laisse peu de place à l'inscription de pratiques a-fonctionnelles ou erratiques, privées ou se passant d'utilité sociale¹. Si la ville a peur des vides et des espaces mentaux que ceux-ci sont susceptibles d'ouvrir, il faut alors interroger sa volonté et sa capacité à se concevoir comme un espace accueillant les dispositions à l'occuper forgées dans la violence des exclusions sociales.

Mais quels usages, forgés par quelles conditions ? Ceux par exemple qu'il nous a été donné d'explorer lors d'une enquête menée dans un pôle d'échange multi-modal, le Centre d'Échanges de Lyon-Perrache (CELP)², centrée sur les usages caractérisés de « non-conformes » par les questionnaires du site. Comme tout équipement accueillant une activité fortement régulée telle que le transit des voyageurs, le centre d'échange définit une fonctionnalité centrale, la circulation, tout en impliquant une marginalité dans les usages, usages qui ne rejoignent aucune des fonctions identifiées et régulées du site, et dès lors qualifiés de « non-conformes » par le règlement intérieur.

Une première forme de ces usages marginaux consiste en des circulations qui paraissent aléatoires, rejoignant parfois le flot des passants pour s'en détacher un peu plus loin, qui

rappellent des arpenteurs procédant par circulation discontinue et entrecoupée de périodes de stationnement, seul ou à plusieurs.

Un deuxième type d'usage consiste en des déplacements s'apparentant davantage à de l'errance, sans destination ni intérêt pour ce qui l'entoure, marquée par des arrêts soudains, des paroles échangées avec soi-même, ou encore des gestes de « prise de tête », offrant le signe d'un égarement plus général que simplement géographique.

Enfin, un dernier type d'usage est celui du stationnement, de l'immobilité dans une posture qui n'est pas de l'attente (transit fixe), mais plutôt dans une attitude de spectateur du passage des autres, avec selon les cas, une visée de sociabilité, qui s'incarne dans des conversations, des échanges, alors que dans l'autre il s'agit d'une immobilité solitaire qui n'engage aucune sociabilité particulière. La première définissant une centralité conviviale garantissant la visibilité du spectacle des passants, et la seconde se manifestant davantage dans des recoins, signe d'une marginalité spatiale et d'un isolement social, autorisant malgré tout des interactions fugaces avec les passants.

Définis par assimilation catégorielle comme le fait de « groupes de jeunes », de « personnes en souffrance psychique », de « personnes âgées issues de l'immigration », ou de « sans-abris » ces usages viennent révéler la capacité du lieu à accueillir des expériences sociales spécifiques. Espace public non privatisé et contenant des zones a-fonctionnelles situé en plein cœur de la ville, le centre d'échanges, comme d'autres figures urbaines des non-lieux (quartiers de gares, friches, espaces intersticiels...) permet des jeux de rapprochement/distanciation entre le centre et la périphérie, au niveau urbain comme au niveau social et psychosocial. Qu'il s'agisse de stratégies de confrontation/retrait chez les jeunes venant des quartiers populaires périphériques ; de rapprochement sous contrainte chez les « grands exclus » qui survivent des oboles des passants ; de la recherche d'un abri ou d'un refuge au fracas de la ville chez des personnes confrontées à la souffrance psychologique ; ou de rassemblement communautaire au plus près des autres chez les « chibanis », ces appropriations rendent vivantes les fonctionnalités d'un lieu que ses usagers « lambda » ne font que traverser presque en courant.

Qu'elle soit la matérialisation de rapports sociaux, ou bien le support de leur structuration, la ville est de plus en plus l'espace-temps de vie collective où se nouent les enjeux liés aux mutations sociales. Les lieux comme le centre d'échanges de Lyon-Perrache renvoient particulièrement à ces évidences, étant donné qu'il révèle des phénomènes qui dépassent largement la ville ou l'agglomération. La souffrance psychique générée dans les classes populaires par la mise en insécurité

¹ Benjamin W. & Tiedemann, R. Paris, capitale du 19^e siècle, le livre des passages. Paris, Éditions du Cerf, 1939/1989.

² Étude menée à la demande de la Ville de Lyon et en partenariat avec la MJC Perrache, alors installée dans le centre d'échange.

et la fragilisation des existences, l'assignation identitaire et spatiale des jeunes ou moins jeunes des quartiers eux aussi populaires, ou encore le bannissement des sans-abri de l'ordre urbain; ces effets de la ville excluante se retrouvent condensés dans les lieux qui, parce qu'ils échappent par mégarde à la «prévention situationnelle», constituent des espaces-temps (au sens de Simmel³) suffisamment indéfinis pour autoriser les appropriations marginales. Ces lieux payent d'ailleurs très cher leur fonction d'accueil, par leur stigmatisation (le CELP comme «verru»⁴), la focalisation sur le risque qu'ils représentent pour l'ordre public (on leur consacre des «cellules de veille») ou encore la précarité à laquelle on les assigne (la destruction du CELP a été envisagé si souvent!). Là comme ailleurs, accueillir les réfugiés que l'on cherche à bannir est un délit, si ce n'est un crime.

D'un point de vue psychosocial, comment comprendre l'affordance de ces lieux⁴, autrement dit leur capacité à s'ajuster aux attentes et aux usages et à apporter à ces publics une forme de refuge ou de confort urbain? On peut analyser cette affordance comme le résultat d'un isomorphisme non aléatoire entre lieux et groupes marginalisés, qui façonne des convergences entre des paysages urbains et des paysages mentaux et rendent confortable ou rassurante la rencontre entre ces deux ordres d'environnement. L'exclusion sociale et la mise en précarité produit, on le sait maintenant très bien, des effets de contraction des perspectives psychologiques (par la difficulté à se projeter dans l'avenir, par exemple⁵), la difficulté dès lors à s'inscrire dans une forme de distance psychologique au monde⁶, et donc à élaborer des trajectoires, qu'elles soient spatiales et temporelles, optimisée et aptes au détour en fonction d'objectifs établis personnellement et validés socialement. La mise à l'écart dans l'espace urbain, l'inscription dans une identité sociale négative, la privation de futur par la précarité, tous ces phénomènes produisent des inductions socio-symboliques qui réduisent les paysages mentaux, contractent le champ psychologique vers le *hic et nunc* de l'expérience immédiate. Cet immédiat implique la difficulté à prendre ses distances, à trouver des espaces de recul, des vecteurs de transition dans le rapport au temps, au monde et aux autres.

Dès lors, ce que peut un espace tel que le centre d'échanges, mais aussi les non-lieux ou les espaces interstitiels, c'est accueillir l'inutilité sociale par leur a-fonctionnalité, recevoir l'identité négative par leur dévalorisation, autoriser l'errance par leurs espaces marginaux; au final permettre les jeux de distance qui à partir de l'accueil de l'immédiat, suggèrent et induisent une ouverture vers des paysages plus élargis. Être dans et hors la ville, c'est s'autoriser à être à la fois proche et lointain. Être en limite des zones de transit, c'est se donner des occasions de prendre le pouls des flux, de s'y glisser éventuellement, pour s'en séparer aussi vite. Être dans un

lieu de mobilité, c'est préserver un contact avec les temporalités urbaines et laborieuses, tout en s'en émancipant. Être dans le passage, c'est être au contact des autres, mais un contact fugace, précaire, qui autorise autant l'ignorance que la confrontation ou le désir⁷.

À ces usages s'opposent radicalement les affordances construites pour la vocation marchande de la ville, fonction au cœur de son histoire pour certains, qui oublie un peu vite que la ville, avant d'avoir concentré les échanges marchands, a concentré les hommes. Cette marchandisation de l'espace public conduit à valoriser les flux orientés vers des buts louables et à forte valeur ajoutée, la vitesse et l'optimisation des trajectoires, donc tout ce qui concourt à multiplier les achats et les ventes, et à transformer l'habitant en client, en travailleur ou en «serviteur»⁸. Dès lors, le ralenti, l'hésitation, la perte ou l'errance deviennent des obstacles, des gênes, des risques. Plus essentiellement, les objectifs d'impulsivité et d'optimisation des circulations, partagées trop souvent par les marchands, les aménageurs et les urbanistes, conduisent à la proposition d'espaces temporels et spatiaux réduits à leur minimum fonctionnel, qui referment à leur tour les espaces mentaux ou les champs psychologiques. Alors, l'ouverture au monde se recherche et se trouve dans les lieux clos, les espaces privés, les locaux associatifs, démultipliant les inégalités dans l'accès aux situations susceptibles d'ouvrir les horizons, et l'on sait ce que produisent les horizons bouchés comme souffrance psychique, comme pratiques d'auto-destruction, et comme non-recours aux droits.

Si dans la ville des espaces urbains sont capables de résister à la disparition programmée des espaces d'appropriations marginales, leurs liens consubstantiels avec les questions de santé mentale en font des Zones À Défendre, des tiers-lieux à investir voire des marges à créer. Dans ces enjeux, se jouent la notion même d'espace public, que les sociologues, urbanistes et architectes ont décrit, mais que les psychologues ont trop souvent considéré comme des surfaces de projection de contenus symboliques, en oubliant la relation d'isomorphisme que les affordances puis les usages établissent entre paysages et espaces mentaux (Pour une histoire de ces évolutions⁹). Cette relation «écologique d'interdépendance circulaire» comme la décrivait Kurt Lewin (aussi Graumann¹⁰), donne à penser les formes existantes et les possibilités de subversion des espaces publics, tout autant que les voies d'un urbanisme qui s'émancipe des logiques marchandes et rende effectif le «droit à la ville», indissociable d'un «droit à l'espace», tout autant matériel que mental, pour que la ville ne soit pas un privilège.

³ Simmel G. The sociology of space. In D. Frisby, & M. Featherstone (Eds.), *Simmel on culture* (pp. 137-169). Thousand Oaks, CA : Sage, 1908/1997.

⁴ Pecqueux, A. Pour une approche écologique des expériences urbaines. *Tracés*, (1), 2012; 27-41.

⁵ Feuilaine N., Apostolidis T. Precariousness as time horizon: How poverty and social insecurity shape individuals' time perspectives. In Stolarski M., VanBeek W. & Feuilaine N. (Eds.), *Time perspective theory: research and application*. New York, Springer, 2014.

⁶ Maglio S. J., Liberman N., & Trope Y. From Time Perspective to Psychological Distance (and Back). Feuilaine N., Stolarski M., & VanBeek W. (Eds.), *Time perspective theory: research and application*. New York, Springer, 2014.

⁷ C'est ce que nous avons pensé avoir identifié dans les dispositions psychosociales des étudiants du campus de Bron (Haas & al., 2012), sujets au même effet de résonance entre leur condition existentielle et les lieux qu'ils habitent, c'est aussi ce que l'on retrouve dans les institutions du travail social (Feuilaine, 2007).

⁸ Ariès P. & coll. (Ed.). *Ralentir la ville... pour une ville solidaire*. Paris, Goliath, 2010.

⁹ Pol E., Blueprints for a History of Environmental Psychology: From Architectural Psychology to the challenge of sustainability. *Medio Ambiente y Comportamiento Humano*, 8(1), 1-28, 2007.

¹⁰ Lewin K., Defining the field at a given time. *Psychological review*, 50(3), 292-310, 1943; Graumann C. F., The phenomenological approach to people-environment studies. *Handbook of environmental psychology*, 5, 95-113, 2002.

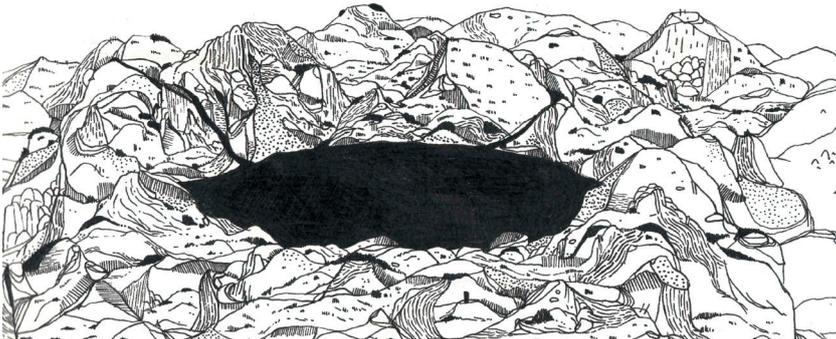


Pour aller plus loin...

Gieseking J. J., Mangold W., Katz C., Low S., & Saegert S. *The people, place, and space reader*. London, Routledge, 2014.

Laure BottollierÉducatrice en prévention spécialisée du CODASE
de Grenoble en Isère

Entretien avec une éducatrice en prévention spécialisée



L'équipe du CODASE¹ a entamé une réflexion sur sa pratique éducative de prévention spécialisée et notamment sur les questions de santé mentale. Les éducateurs ont fait le constat de situations problématiques de « plus en plus nombreuses », avec un public « de plus en plus jeune »².

Rhizome : *Est-ce que vous pouvez nous en dire plus sur ce que vous faites ?*

Laure Bottollier : Cela fait trois ans et demi que je travaille au service prévention. Aujourd'hui la souffrance psychique est au centre de nos préoccupations car elle nous pose des difficultés.

On ne sait pas trop aider certains jeunes dont on peut voir la souffrance mais qui verbalisent peu. Il n'y a pas de demande. Il faut donc réussir à les aider sans les brusquer un minimum, sans être un élément déclencheur pour autre chose.

R : *Et ça serait une nouvelle problématique ?*

LB : Il y a toujours eu des « cas » psychiques, mais visiblement le nombre augmente, et c'est quelque chose qui revient de plus en plus au sein du service. Et c'est aussi un constat qu'on a pu partager avec d'autres services, notamment AED³, AEMO⁴, où ils ont des mesures avec des jeunes qui n'ont ni demande, ni désir, ni de projet...

R : *Et vous êtes démunis ?*

LB : Oui, car il n'y a rien derrière pour accrocher. J'ai fait six mois au centre-ville avec les jeunes en errance. Même si nous ne sommes que des éducateurs, et donc pas des psychiatres, quand c'est une maladie psychiatrique, c'est facile. On travaille avec l'équipe mobile précarité qui les rencontre. On peut aussi faire des co-accompagnements. Ils font aussi de l'aller-vers et on sait à quoi s'en tenir. Après c'est tout le stress que peut engager la rencontre avec un schizophrène et comment on s'y prend... Il faut connaître un minimum de

choses, notamment quand il y a une crise. Mais au moins le diagnostic est posé, on sait sur quel champ d'action se repérer. Après il y a les sorties de l'ASE⁵, et beaucoup de jeunes qui se retrouvent à la rue. Entre 70 et 80 % des jeunes que l'on suit sont en errance. Le fait qu'ils viennent prendre un café, qu'ils prennent soin d'eux, ou qu'ils acceptent un hébergement c'est une forme d'avancée.

Depuis trois ans je suis sur un des quartiers de Grenoble. Et je suis avec des jeunes qui ne passent pas à l'acte, qui restent dans une forme d'errance, sans être à la rue. Ils peuvent ne rien faire, pendant cinq, six ans, n'avoir aucune demande. Ils sont dans un fatalisme et ne se projettent absolument pas. Rien de la société ne semble les accrocher. Sans avoir véritablement de pulsion de mort et même si tout le monde n'est pas dans une forme d'auto-destruction, ces jeunes ne semblent pas avoir de pulsions de vie... Pour ceux qui se scarifient ou qui passent à l'acte, au moins on a quelque chose sur quoi rebondir. On peut discuter de ce qu'ils nous montrent. Mais il y en a qui ne donnent rien à voir et il n'y a rien comme accroche... Comment faire alors pour les réintéresser à quelque chose de la société ?

R : *Et leur lien avec le quartier ?*

LB : Ils en ont. Du coup, pour ceux qui sont visibles (on pense qu'il y a beaucoup d'invisibles, renfermés chez eux), les copains et le quartier, c'est leur seul mode d'appartenance. C'est la seule chose dans laquelle, ils voient encore un sens. C'est un « refuge ».

R : *Pour ces « invisibles », vous adoptez des stratégies pour justement les rencontrer ?*

LB : C'est très dur. Ce sont des jeunes qui sont peu sur l'espace public. On travaille en partenariat avec le collège, où notre intervention consiste à recevoir pendant trois heures les jeunes exclus de un à huit jours pour problème de comportement. C'est là qu'on se rend compte qu'il y a beaucoup de jeunes qu'on ne croise pas sur le quartier, qui sont dans une grande souffrance. Ils sont chez eux à jouer toute la nuit, éventuellement chez d'autres copains. C'est peut-être mieux pour eux qu'ils ne fréquentent pas l'espace public, mais du coup ce sont des jeunes, ni repérés par nous, ni repérés par les médecins généralistes. C'est l'obligation scolaire qui permet de se rendre compte qu'il y a une souffrance.

R : *Quel est l'état du quartier aujourd'hui ?*

LB : La mixité sociale a fortement diminué. Aujourd'hui les appartements ne se vendent même plus. Le fonctionnement familial a aussi changé sur les 30 dernières années. On parle des deuxième ou troisième générations, mais moi à l'heure actuelle, ce sont des premières générations que je rencontre. J'ai peu de parents qui sont nés en France. Ces jeunes, ce

¹ CODASE: Comité Dauphinois d'Action Socio-Educative.

² Ces observations concernent spécifiquement les jeunes accompagnés par l'équipe du CODASE.

³ AED: Contrat d'Aide Éducative à Domicile.

⁴ AEMO: Action Éducative en Milieu Ouvert.

⁵ ASE: Aide Sociale à l'Enfance.

sont les premiers qui sont nés en France. Et il y a un problème identitaire très important. Ils sont ni algériens, ni marocains, ni tunisiens, et ils ne se sentent pas vraiment français non plus. Il y a un racisme à l'embauche et ils ont du mal à trouver un boulot. Ils ne croient plus à la politique, ils n'espèrent plus. Sur le terrain on a vraiment vécu l'espoir avec Hollande...

R: *Et entre eux, il y a des formes de solidarité ?*

LB: Alors c'est très dur... Peu importe l'origine des parents, l'appartenance au quartier prime. Il y a les codes et la connaissance de la difficulté qui est commune. Pour ceux qu'on arrive à intégrer dans une dynamique soit de formation, soit de recherche de travail, ils doivent s'extraire du groupe et c'est difficile pour eux. C'est comme s'il y avait une forme de déloyauté.

R: *Et par rapport au quartier, à l'environnement, est-ce qu'il y a des formes de violence ?*

LB: Quand on fait un tour de quartiers, il est très fréquent qu'on entende des couples s'injurier dans la rue, que les parents crient sur les enfants. Et il y a une hiérarchie très forte. Il y a un trafic auquel on n'a pas accès. C'est le haut du trafic, des 25-30 ans qui font très peu parler d'eux. Et quand les petits délinquants partent tout azimuts, qu'ils sont déstructurés (certains peuvent avoir des problèmes psys très importants), ils se font remettre à l'ordre par ceux qui gèrent le trafic car ça attire trop l'attention. Par exemple, le théâtre du quartier qui a brûlé dernièrement, ça a été mal vécu par les grands visiblement. Il ne faut pas trop faire parler. Certains sont trop instables et risquent de mettre en danger le trafic. Ils sont exclus, voir menacés car ils mettent des embrouilles entre les quartiers. Le trafic établit une hiérarchie.

R: *Et concrètement dans la rue comment vous vous y prenez pour établir le lien ?*

LB: Le CODASE est déjà identifié. Tout le monde sait tout sur tout le monde et il y a une omerta sur à peu près tout. Après c'est réussir à établir un lien avec ceux qui vont moins mal pour avoir une certaine reconnaissance. On fait des tours de rue, et j'ai pu connaître de nouveaux jeunes grâce à ceux que je connaissais.

R: *Vous essayez de les voir seul aussi ?*

LB: Il y a une énorme différence entre l'accompagnement individuel et le travail de groupe. Il y a peu de chose de leur privé qui sont abordés en groupe. Même s'ils parlent entre eux, on évoque peu de chose de privé. En groupe, on parle de la pluie et du beau temps, éventuellement des sorties qu'on peut faire ensemble. Après en individuel, peu importe où on le fait, moi je trouve que symboliquement c'est bien de le faire au local. Il y a des jeunes qui n'ont jamais réussi, qui ont demandé vingt rendez-vous, et ils m'ont planté les vingt rendez-vous. Du coup, on peut aussi faire des entretiens dans la rue et pour ceux qui vont le plus mal, on se limite à ça.

R: *Il y a un enjeu à les sortir du groupe ?*

LB: Oui... Mais il y en a qui arrive à ne venir qu'à deux, trois ou quatre. Il y en a qui n'arrivent pas à adhérer aux propositions de travail qu'on peut leur faire.

R: *Est-ce que ces jeunes forment un groupe homogène ? Je pense notamment en terme de genre.*

LB: Ça dépend de l'âge... Des fois il n'y a pas de père. Et quand il y en a, l'autorité peut être suppléée par celle des frères aînés. On a des filles, comme des garçons qui peuvent se faire fracasser (des fois c'est réellement le cas), par leur frère, pour les filles parce qu'elles ont été vues avec des garçons, ou parce que les garçons fumaient un joint, même si les aînés ne sont pas insérés et n'ont pas de travail.

Il faut que les filles soient irréprochables, que ce soit l'amour chaste. Pour les garçons il y a vraiment un clivage, c'est sidérant, entre leur vie sexuelle qui est débridée et leur vie de couple au quartier. Beaucoup s'initient en Espagne. Ils vont voir les prostitués dans les maisons closes à la frontière. À côté de ça, ils ont une copine d'amour, mais ils ne vont jamais la toucher. Et elle, il faut qu'elle soit irréprochable et pure.

R: *Qu'en est-il du rapport à la croyance religieuse ? Constatez-vous une radicalisation ?*

LB: Dans les quartiers, ils ne croient plus en rien, mais oui, il y a des formes de croyances religieuses qui prennent de l'ampleur. Il n'y en a pas un qui n'est pas persuadé que ce sont les juifs et les illuminatis qui gèrent le monde. Il n'y en a pas un qui pensait, pour les attentats de Charlie Hebdo, que c'était fomenté par le gouvernement français. Nos gouvernements n'ont pas bien conscience du décalage qu'il y a, entre ce que pensent les jeunes sur les quartiers, la réalité réelle des quartiers, et là où ils en sont. Pour moi ces croyances, c'est ce qui donne sens à leur vie, c'est ce qui explique pourquoi on en est là. C'est ce qui empêche la souffrance. Les plus âgés sont capables de verbaliser le racisme, pas les plus jeunes.

R: *Aujourd'hui qu'est ce qui pourrait vous aider ?*

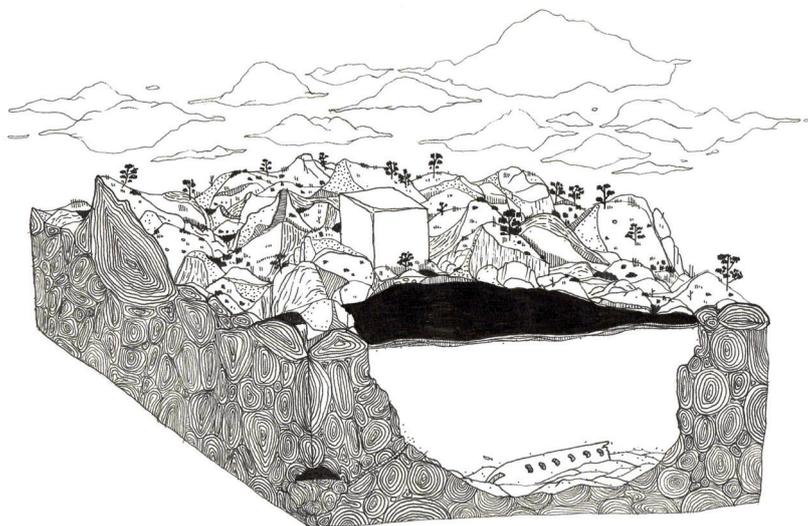
LB: Il existe réellement un risque de ghettoïsation. Il faut augmenter le nombre d'adultes référents d'ailleurs que leur quartier. Là il y a un entre soi. Et on a connu les « grands frères », des jeunes issues du quartier. Je pense qu'il y a des avantages et des inconvénients. Pour eux la difficulté est très forte. Par exemple, ils peuvent être pris à parti : « *Comme toi tu peux nous faire une remontrance, alors que tu sais bien que...* ». Je pense aussi qu'il faudrait des soignants, des psychologues avec nous. On n'arrive pas à orienter vers les psys, parce que quand on leur dit « psychologue », ils nous disent : « *Je ne suis pas fou* ». Mais moi j'ai plein d'espoir. Aussi les effets ne sont pas visibles tout de suite, le rythme de l'individu n'est pas le même. Une parole, un accompagnement va porter ses fruits dans un an ou deux ans quand il aura avancé avec lui-même. Mais si je n'y croyais plus, j'aurais arrêté ce boulot.

Albert Levy

Architecte urbaniste

Chercheur associé LAVUE/ UMR CNRS 7218

Ville et espace public



Peut-on parler de ville sans espace public? Peut-on réduire une ville à un simple agrégat de logements (surtout sociaux), à la juxtaposition de logements et d'un centre commercial, à une simple addition d'espaces domestiques où l'espace libre commun est confondu avec la voirie de circulation et les parcs de stationnement? Ne doit-elle pas aussi comporter des espaces propres aux relations sociales, autres que domestiques, destinés aux pratiques de communication sociale, une scène publique urbaine où se jouent les interactions quotidiennes fondatrices d'urbanité et de sociabilité¹? Pour faire-ensemble, tenir-ensemble, une société doit comprendre un espace public commun, dont la fonction civilisatrice et politique, comme espace de débat, est un catalyseur de la citoyenneté². C'est cette spécificité, cette finalité de l'espace public, qui n'a pas toujours été bien saisie par les urbanistes et les élus qui ont souvent produit, dans les nouvelles réalisations urbaines, un espace public sans qualité. Répulsif et sociofuge, n'offrant aucune possibilité au déploiement de la sociabilité et de la citoyenneté, il handicape la convivialité et l'échange, il entrave le lien social et favorise les comportements incivils: il devient un *espace public incivil* dont les caractéristiques négatives peuvent être identifiées.

« Pour faire-ensemble, tenir-ensemble, une société doit comprendre un espace public commun, dont la fonction civilisatrice et politique, comme espace de débat, est un catalyseur de la citoyenneté. »

En premier lieu, l'absence ou la faiblesse de services publics, d'équipements scolaires, culturels, postiers, sportifs, sanitaires, de commissariat, constitue une carence grave pour la vie de la collectivité. L'infrastructure commerciale, formée surtout de grandes surfaces, est nuisible aux petits com-

merces, lieux d'échange quotidiens. Le manque de transport public, la desserte interne inexistante ou insuffisante: l'accessibilité limitée réduit ces quartiers à des enclaves repliées et fermées, que l'absence de mixité sociale, ethnique, et la ségrégation urbaine transforment en espaces communautaristes de relégation.

Le traitement urbanistique des lieux publics est souvent inexistant ou médiocre: espacement et étalement excessif du bâti, terrains vagues pour espaces libres, espaces résiduels pour espaces verts; éclairage public déficient, mobilier urbain rare, mal conçu, rues affectées uniquement à la circulation, pseudo-places (parfois sur dalle), une mixité fonctionnelle quasi nulle, peu de postes de travail...: cette médiocre qualité matérielle et physique de l'espace public, comme lieu de rencontre et d'interaction, entrave la sociabilité.

Un autre aspect caractérise ces espaces, l'effacement du passé: l'histoire du lieu est souvent gommée par une pratique (urbanistique) de la table rase qui traduit une indifférence à l'inscription symbolique dans l'espace public de la mémoire du lieu, de sa population, de la mémoire collective et ses récits: l'urbanisme fonctionnaliste bureaucratique a imposé partout ses normes, ses standards, ses solutions-types, niant les spécificités locales, régionales, les particularismes culturels, malgré le façadisme postmoderne.

On y observe enfin une désaffection politique avec une faible participation des habitants à la gestion de leur cadre de vie par défaut de véritables structures de démocratie locale qui permettraient aux citoyens d'intervenir à tout moment et co-décider de l'avenir du quartier. De plus, la banalisation des édifices municipaux, sans véritable architecture proclamatrice des valeurs républicaines communales, dévalue l'espace public: l'espace public de citoyenneté, comme espace de délibération et de représentation, est affecté dans sa symbolique et sa finalité.

Ces caractéristiques, rapidement décrites, qui font violence à une collectivité et à son cadre de vie, expliquent les dysfonctionnements de l'*espace public incivil* et sa responsabilité surtout dans le développement des incivilités³: il met en cause les pouvoirs publics et questionne la compétence des architectes et urbanistes qui produisent ces espaces.

¹ Sennett R. Les tyrannies de l'intimité, Paris, Seuil, 1979; Goffman E., La mise en scène de la vie quotidienne, Paris, Minuit, 1/ 1973, 2 / 1974; Remy J. (ed) Georg Simmel: ville et modernité, Paris, L'Harmattan, 1995.

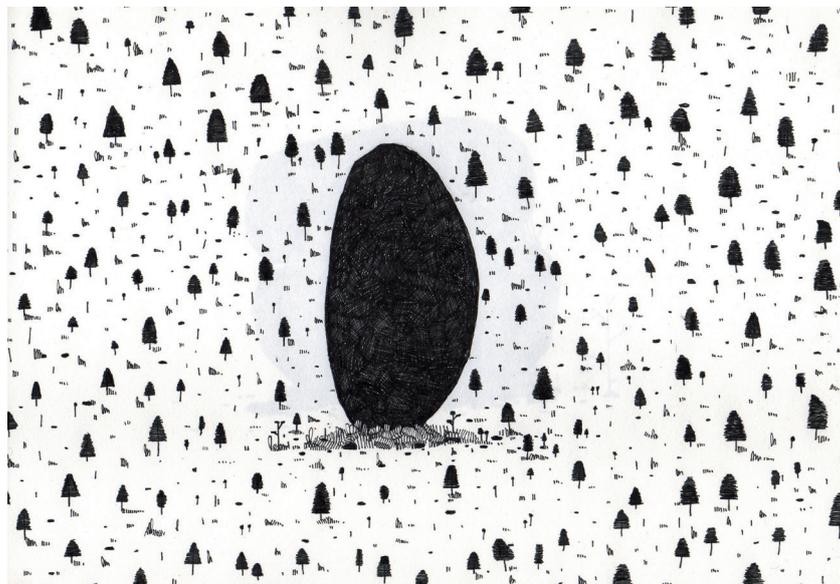
² Arendt H. La condition de l'homme moderne, Paris, Calman-Lévy, 1961; Quéré L. Les miroirs équivoques: aux origines de la communication moderne, Paris, Aubier, 1982; Habermas J. L'espace public, Paris, Payot, 1978.

³ Roché S. Le sentiment d'insécurité, Paris, PUF, 1993; La société incivile, Paris, Seuil, 1996.

Arnaud Béal

Docteur au GRePS, Université Lyon
Psychologue social à l'Orspere-Samdarra

Recours aux droits sociaux et expérience(s) du territoire



1 Warin P., « Qu'est-ce que le non-recours aux droits sociaux ? », *La Vie des idées*, 2010.

2 ALIS à destination de sujets sans adresse fixe ; Les Boutiques de Droit et les Maisons de Justice à Vénissieux et à la Duchère. Cette enquête a été menée dans le cadre de notre thèse de doctorat en psychologie sociale portant sur le phénomène du (non-)recours aux droits sociaux en situation de pauvreté.

3 Thomas H. Les vulnérables. La démocratie contre les pauvres. Broussieux : Édition du Croquant, 2010.

4 Jodelet D. La Rencontre des Savoirs. *Papers on Social Representations*, Vol. 22, 2013 ; pages 9.1-9.20.

5 Hibou B. La bureaucratisation du monde à l'ère néolibérale, Paris : La Découverte, 2012.

6 Brougère G. et al. Apprendre de la vie quotidienne, Paris : Presses Universitaires de France « Apprendre », p. 11-17, 2009.

7 Savoir-faire qui sont aussi des faire-savoir participant au partage social des connaissances et à la construction d'identité sociale positive.

8 Wacquant L. Punir les pauvres. Le nouveau gouvernement de l'insécurité sociale, Marseille : Agone, 2004.

L'expérience de l'insécurité sociale nécessite un savoir(-faire) pour affronter le quotidien marqué par le manque matériel et par le recours aux droits sociaux. Mais les connaissances des droits sociaux et des lieux où s'effectuent leur accès dans des territoires ne va pas de soi, constituant a priori un « *autre monde* », non familier à la vie quotidienne, mais pouvant le devenir. En effet, si la non-connaissance est un facteur central du non-recours aux droits sociaux¹, l'enquête que nous avons menée dans des lieux d'accès aux droits de l'agglomération lyonnaise² montre qu'une partie des sujets s'érige en véritables experts profanes de ce monde. Cette connaissance s'inscrit dans l'histoire des sujets et leur socialisation à travers les pratiques de droits sociaux et l'aide institutionnelle et associative. L'accès aux droits sociaux apparaît alors comme allant de soi, faisant partie de « *la vie de tous les jours* ». Comme pour J.-P. qui ne se sent « *pas ignare* » concernant l'accès à « *tout le bazar* » des droits sociaux ; ou pour Nasser socialisé dans l'assistance publique des mineurs dès l'âge de 11 ans, sa connaissance des « *rouages du système* », de sa « *mécanique* », lui permettant de dire : « *j'ai été assisté, quoi, pendant plusieurs années. Mais je me suis jamais senti comme un assisté* ». La familiarité avec le système d'accès aux droits permet alors de se défaire relativement du stigmate que constitue le recours aux droits sociaux en se considérant comme autonome face à des droits qui imposent des normes contradictoires, entre autonomie et contrôle³.

Cette familiarité avec l'accès aux droits sociaux est aussi une connaissance des territoires où se matérialise l'accès aux droits sociaux. Ainsi, c'est à travers l'expérience que les sujets ont d'un ou plusieurs territoires qu'ils développent leur expertise. La sédentarisation sur un territoire est un facteur facilitant le développement de ses connaissances et

les possibilités de recourir aux droits sociaux. Cela permettant notamment de ne pas « *courir à droite et à gauche* », de concentrer ses démarches, afin de les rendre moins complexes, plus rapides. A contrario, le nomadisme semble fragiliser les connaissances que les sujets peuvent construire des dispositifs disponibles dans une ville, un quartier... C'est le cas quand les sujets arrivent sur un territoire nouveau, ne connaissant pas a priori l'organisation spatiale de l'accès au droit. Néanmoins, certaines formes de nomadisme, quand les sujets disent avoir vécu ou vivre encore entre plusieurs territoires, rendent possible une connaissance élargie de l'offre d'accès au droit sur un territoire régional, voire national, élargissant le champ des possibles.

« *Les sujets les plus en capacité de faire face à leurs difficultés matérielles en recourant aux droits sociaux sont ceux qui ont développé un savoir expérientiel construit dans les trajectoires de vie marquées par des expériences de droits sociaux répétés sur des territoires donnés.* »

Ainsi, il apparaît que les sujets les plus en capacité de faire face à leurs difficultés matérielles en recourant aux droits sociaux sont ceux qui ont développé un savoir expérientiel⁴ construit dans les trajectoires de vie marquées par des expériences de droits sociaux répétés sur des territoires donnés. L'expression d'une familiarité avec la topographie de l'offre de droits et d'aides semble donner la possibilité aux sujets de mettre en place des tactiques (pour aller au plus rapide) et des stratégies (pour aller au plus près) de recours. Devant la complexité et la bureaucratisation de l'accès aux droits sociaux⁵ vécu par les sujets eux-mêmes, l'acquisition de ces connaissances profanes sont à mettre en valeur⁶ relativisant les discours sur la pauvreté en termes de vulnérabilité et de fragilité⁷.

Néanmoins, nos observations mettent en exergue que les parcours de droits peuvent également être symbolisés à travers la résistance corporelle et mentale nécessaire pour tenir. L'accès aux droits sociaux, qui bien souvent est illustré à travers l'image de l'éclatement spatial, est aussi représenté via la métaphore sportive de la course à pieds et de l'endurance, nécessitant d'« avoir le mental » et faisant craindre l'usure, le « *pétage un câble* », l'énergie nerveuse pouvant alors soit se perdre (démoralisation, dépression), soit déborder (énervement, colère, violence). Le recours aux droits sociaux apparaissant donc comme une épreuve inscrite dans l'espace et le temps face à laquelle il convient d'être fort, déplaçant la lutte contre la pauvreté sur les pauvres eux-mêmes⁸.

Amélie Appéré de SousaDéléguée régionale
de la FNARS Bourgogne**Tony Foglia**Docteur en économie de la santé
Responsable d'études à l'ORS Bourgogne

Étude régionale des phénomènes de pauvreté et d'exclusion en milieu rural

En 2002, la plateforme de l'observation sanitaire et sociale animée par l'ORS¹ Bourgogne a mené un travail important sur les indicateurs de pauvreté en Bourgogne. À travers une approche cantonale, cette étude faisait apparaître que si les indicateurs de pauvreté et de précarité étaient plus défavorables sur les villes, il existait des cantons ruraux aussi défavorisés ou cumulant une situation socio-économique difficile.

Les données collectées en routine montrent que la Bourgogne est une région rurale, un tiers de sa population vit en milieu rural (18% en France métropolitaine) qui occupe les deux tiers du territoire. L'espace rural est dominant dans la Nièvre, l'ouest de la Côte-d'Or, le sud-ouest de la Saône-et-Loire et le nord-est comme le sud-ouest de l'Yonne. Une typologie en cinq classes des cantons bourguignons, réalisée par l'ORS en 2010, a permis de mettre en évidence les caractéristiques socio-sanitaires des cantons de la région. On retrouve ici l'opposition entre le rural et l'urbain. Les disparités entre ces espaces ne peuvent pas se résumer qu'en termes de population, d'autres différences socio-sanitaires demeurent. Dans cette analyse, deux types d'espaces ruraux peuvent être mis en avant : l'un à l'est, constitué essentiellement de cantons de Côte-d'Or et de Saône-et-Loire et l'autre à l'ouest, avec principalement des cantons de la Nièvre et de l'Yonne. Bien que d'une manière générale, ces deux espaces apparaissent comme peu favorisés tant sur le plan économique que sanitaire : offre de soins faible, peu dotés en équipements de santé, avec une population âgée, la situation apparaît comme étant la plus défavorable pour les cantons de la Nièvre et de l'Yonne. On y constate à la fois une surmortalité générale et prématurée et certains aspects de la précarité des conditions de vie plus fréquents (taux de chômage, part des bénéficiaires des minima sociaux...).

Dès 2004, la FNARS Bourgogne s'est saisie de ce travail pour approfondir ces observations sur les questions de pauvreté et d'exclusion en milieu rural. En effet, nos associations adhérentes qui interviennent en milieu rural et urbain, ont observé depuis une trentaine d'années, que les situations d'exclusion et de pauvreté se sont intensifiées, et n'ont pas trouvé l'écho attendu tant dans les études menées que dans la mise en œuvre de politique structurante. C'est pourquoi en 2008, il nous a paru important de sensibiliser et de mobiliser l'ensemble de nos interlocuteurs institutionnels afin de rendre visible la question de la pauvreté en milieu rural et de faire en sorte qu'elle soit prise en compte avec ses spécificités dans les politiques publiques sociales et sanitaires mais aussi culturelles et économiques.

Une étude a donc été réalisée à la demande de la plateforme d'observation sanitaire et sociale et de la FNARS Bourgogne

sur l'ensemble de la région. À travers cette étude, nous nous sommes donné un double objectif : comprendre les situations de pauvreté et d'exclusion et analyser les processus d'insertion mis en œuvre sur les territoires.

À partir de cette étude, nous avons constaté que la ruralité est souvent négligée par les analyses des phénomènes d'exclusion et de précarité. Les données et études statistiques, monographiques engagées par les institutions publiques d'État, les collectivités locales et les organismes de protection sociale sont rares. Pourtant il apparaît de véritables spécificités en termes de logement, d'emploi, de santé, de mobilité, d'accès aux droits qui amplifient la pauvreté dans les zones rurales. Elles appellent à une prise en compte particulière.

À la suite de ces travaux, la FNARS, soutenue par la CCMMSA², a animé un groupe de travail sur la thématique de l'exclusion en milieu rural de 2009 à 2013 et a produit avec différents partenaires (Familles Rurales, CNLRO, Habitat et Développement, Solidarités Paysans, Chantier École...) une note de cadrage afin de rendre visible les situations observées par les acteurs associatifs.

Quelques éléments d'analyse :

Dans un secteur rural multiforme et divers, la pauvreté sur les territoires ruraux a de véritables spécificités :

- L'éloignement et la dispersion géographique
- Un parc de logement ancien dégradé et inadapté
- Une valeur travail forte
- Une solidarité naturelle qui s'étiolle face à un isolement social de plus en plus important
- Un désert médical couplé à un désert social qui accentue les situations d'exclusion

Ainsi, la pauvreté en milieu rural conduit à des phénomènes de sur-adaptation, de stigmatisation, d'assignation territoriale et enferme dans une pauvreté silencieuse. Les familles monoparentales et néo-rurales, les jeunes et les exploitants agricoles en difficultés sont les personnes les plus touchées par ces phénomènes.

« La pauvreté en milieu rural conduit à des phénomènes de sur-adaptation, de stigmatisation, d'assignation territoriale et enferme dans une pauvreté silencieuse. »

Malgré une rareté et une dispersion des acteurs sociaux et institutionnels, les territoires ruraux sont riches de ressources et d'initiatives. Les territoires ruraux sont en capacité de construire de véritables innovations à condition de favoriser les complémentarités et les cohérences des interventions, et de coproduire entre acteurs sociaux, sanitaires et économiques en s'appuyant sur des véritables projets politiques de territoire.

¹ ORS : Observatoire Régional de Santé.

² CCMMSA : Caisse Centrale de la Mutualité Sociale Agricole.



Pour aller plus loin...

Nous vous invitons à aller sur le site de la Fnars Bourgogne :
<http://www.fnars.org/bourgogne>

Laurence Marian

Directeur d'hôpital, responsable de l'Unité d'Ingénierie des Opérations du Pôle Études et Prospectives en Santé de l'ARS-LR

Frédéric Jacquet

Médecin de santé publique au Pôle Études et Prospectives en Santé de l'ARS-LR et vice-président de Médecins du Monde

Repenser l'action publique, l'expérience de l'Agence Régionale de Santé du Languedoc Roussillon

Des territoires fragilisés, en Languedoc Roussillon comme ailleurs

Le débat sur la fragilité des territoires concerne autant les espaces périurbains ou ruraux que les zones urbaines sensibles souvent présentées comme les territoires qui cumulent les difficultés. Dans notre pratique nous constatons la réalité de cette fragmentation même si elle est loin d'être homogène.

En zone urbaine, le constat est partagé depuis longtemps et fait l'objet de politiques publiques dédiées (politique de la Ville). Des villes comme Béziers, Perpignan, Nîmes ou Alès, développent un Atelier Santé Ville depuis de nombreuses années. La question est moins l'absence de services que l'accès réel à ces services et les réponses que l'on peut apporter aux déterminants des inégalités sociales de santé autres que celui de l'accès aux soins et aux droits.

En zone rurale c'est une réalité émergente. Elle est liée à des facteurs complexes : d'une part le recul des services à la population et la faiblesse des ressources de ces territoires ; d'autre part le cumul de vulnérabilité entre une population locale native plutôt vieillissante, isolée et pauvre avec peu d'actifs eux-mêmes en situation souvent fragile et une migration subie par une population de personnes vulnérables plutôt jeunes, souvent en famille, peu formées qui ne peuvent plus vivre en milieu urbain.

Cette situation se retrouve dans la vallée de la Cèze, la Haute vallée de l'Aude, certaines vallées de l'arrière-pays héraultais, plusieurs territoires lozériens, etc. Elle amène isolement, non-accès aux services (culture, éducation, travail, santé) et nourrit un très fort sentiment de déclassement qui génère de la souffrance.

L'exemple de la vallée de l'Agly (Pyrénées Orientales), territoire viticole en forte mutation, est caractérisé par une précarité omniprésente qui touche toutes les catégories de population. La part des foyers fiscaux non imposables est de 69,2 % en 2010. Le Revenu mensuel par Unité de Consommation est de 35 % des allocataires MSA et 14,2 % des allocataires CAF en dessous de la moitié du SMIC (moins de 715 € par mois).

Le nombre de personnes suivies par les associations d'aide alimentaire a été doublé en trois ans. La vétusté des logements, le vieillissement de leurs propriétaires, combinés à de faibles revenus, plongent les habitants dans la spirale de la vulnérabilité. Aides spécifiques de réhabilitation, lutte contre le phénomène de « cabanisation » sont des enjeux majeurs, de même que la mobilité (maintien des visites à domicile, per-

manences itinérantes, politique de transports, ...). Par ailleurs les acteurs institutionnels comme le Conseil Départemental et les professionnels locaux ont tenté de maintenir un certain nombre de services dont la fréquentation est effondrée. Ce paradoxe interroge et fait l'objet d'une démarche de diagnostic approfondi avec les habitants et les usagers.

Une expérience qui vise à construire de la politique de santé dans les territoires

Dans notre pratique, nous avons constaté qu'une déclinaison territoriale des services de santé menée à partir des capacités des institutions et des professionnels n'amène qu'une réponse partielle et parfois inadaptée aux besoins des populations. Nous avons tenté d'inverser cette logique en menant non plus une politique de déclinaison descendante mais de déploiement de politiques territoriales, à partir des besoins des populations, en tenant compte de la réalité des ressources et des services dans les territoires de proximité (bassins de vie et intercommunalités).

Cette démarche s'appuie sur plusieurs éléments dont les Contrats Locaux de Santé (CLS) issus de la Loi HPST de 2009 et des outils d'organisation des ressources innovants développés au sein de notre ARS comme le « Panier de Services » ou le « Parcours de Santé ». Les fondamentaux peuvent être résumés ainsi :

Une démarche de santé publique fondée sur l'étape initiale du diagnostic des besoins, de la réalité des ressources et des dynamiques, de la réalité des réponses apportées aux populations au-delà de l'existence ou non d'un dispositif ou service.

Une démarche d'optimisation des ressources qui permet de mobiliser et d'aligner les leviers de mise en œuvre des signataires pour construire une réponse efficiente.

Une démarche partenariale large qui inclut l'ensemble des partenaires et des acteurs concernés et qui recherche systématiquement l'implication des habitants, des usagers, des citoyens.

Une démarche qui s'appuie sur les élus locaux et qui les légitime dans leur rôle de « portage » politique.

En Languedoc Roussillon, quatorze démarches de CLS existent à ce jour. Huit concernent des territoires ruraux vulnérables, six des territoires urbains incluant des zones urbaines sensibles. Elles concernent plus d'un tiers de la population et sont développées dans les territoires où se concentrent les

indicateurs les plus préoccupants en matière d'état de santé, d'accès aux soins et aux services comme de précarité ou de vulnérabilité. Les démarches sont progressives et débutent par les territoires où les dynamiques sont réelles. Les premières politiques déployées à ce jour concernent l'accès aux services de santé primaires, les personnes âgées, la santé mentale, la santé des jeunes, les addictions, la nutrition/obésité, la santé sexuelle et affective.

L'exemple du parcours des personnes âgées dans le territoire du CLS de Langogne

À Langogne, territoire rural et isolé, la dynamique du CLS et du parcours a favorisé une forte mobilisation autour de l'isolement et les sorties d'hospitalisation des personnes âgées. C'est ainsi qu'un dispositif de repérage organisé des signaux d'alerte chez la personne âgée fragile et isolée a été mis en place. Cette coordination entre personnes relais non professionnelles (associations, commerçants itinérants, voisins, facteurs) et professionnelles (infirmière, kinésithérapeutes, aides à domicile) permet, sur la base de critères partagés (nutrition, isolement, logement inadapté, précarité, chutes, hospitalisations récentes, polymédication, etc.) de prévenir des événements évitables et d'intervenir de façon concertée autour de la personne en difficulté, et de fait, contribue au maintien du lien social.

L'exemple du parcours en santé mentale dans le territoire du CLS de Perpignan

À Perpignan, le besoin d'espace d'échange autour des questions de parentalité, les difficultés pour le suivi ambulatoire et le maintien dans un logement ont été ciblés, entre autres préoccupations, par les acteurs de terrain.

Un dispositif innovant de « famille gouvernante » propose aujourd'hui des logements partagés en colocation, dans la ville, pour des personnes en situation de handicap psychique. Les colocataires bénéficient d'un suivi médical par le CMP de référence et de l'accompagnement quotidien d'une gouvernante. L'UDAF assure la coordination entre tous les partenaires.

La mise en cohérence de l'ensemble des actions dans la perspective d'un parcours coordonné en santé mentale a amené la ville à conventionner avec l'hôpital de Thuir le Conseil Local en Santé Mentale.

La dynamique territoriale générée par le CLS, en même temps qu'elle a facilité la participation des habitants des quartiers, a amené les professionnels à mieux s'inscrire dans une démarche de parcours qui dépasse leur structure d'appartenance, générant ainsi un service rendu beaucoup plus proche des besoins des populations.

Les enseignements de cette expérience

Très territorialisée, elle interroge les réponses réellement apportées aux populations.

Elle permet de mobiliser les moyens généraux d'intervention des décideurs et non une seule enveloppe spécifique et de mieux réunir les conditions de coordination et d'articulation des acteurs locaux.

Elle permet de construire « local » tout en gardant une vision stratégique et générale.

Ainsi, cette dynamique remet en cause le *statu quo* et amène une évolution de la situation. Elle est facteur d'organisation des soins de santé primaires, et facilite leur articulation avec les services de niveaux secondaire, éventuellement tertiaire.

En quoi la « Santé Globale » fait-elle santé mentale ?

Cette approche globale de la santé s'inscrit dans la lutte contre les Inégalités Sociales et Territoriales de Santé et fait partie des enjeux majeurs portés par la Loi de Santé à venir.

Il est bien établi que les déterminants de « l'état de bien-être » dépendent pour grande part de l'environnement des personnes (conditions de vie, de travail et d'environnement social, participation à la vie collective etc.) et non de leurs seules caractéristiques individuelles et qu'elles dépassent largement la question de l'accès aux soins. Ces facteurs construisent les Inégalités Sociales de Santé.

La santé globale des populations, dont la santé mentale, est dépendante de ces facteurs qui concourent à développer les compétences psycho sociales des individus et leur capacité à agir dans leur vie et la société.

Par ailleurs, les recommandations internationales pour la conception des politiques de santé mentale fixent des principes récurrents :

- le caractère intersectoriel indispensable
- une organisation territoriale permettant des soins intégrés et un accès équitable et performant à l'offre de premier recours
- la lutte contre la stigmatisation et la discrimination
- des actions visant particulièrement les populations les plus précaires
- l'implication des usagers et aidants, et la mobilisation de tous les acteurs concernés, notamment les élus

Ces éléments sont rappelés dans la Stratégie Nationale de Santé et inscrits dans la prochaine Loi de Santé notamment au travers du Service Territorial de Santé Mentale.

Pour l'ARS, institution porteuse d'une politique de santé publique, toutes ces exigences amènent à coordonner des politiques publiques ayant un impact sur la santé (éducation nationale, cohésion sociale, logement, protection sociale), même si elles ne relèvent pas de sa compétence stricte. Concrètement cela n'est possible que dans la proximité et passe par le maillage de services aux populations dans un processus de construction et d'implication partagée volontaire.

Notre expérience de déploiement de politiques territoriales s'inscrit dans cette ambition de santé globale. Elle vise également à expérimenter des modalités d'organisation systémique à partir des Soins de Santé Primaires eux-mêmes facteurs de « bien-être » dans une vision politique de la promotion de la Santé.

Bien qu'encore jeune, elle propose une perspective et pose une intention explicite : construire ou consolider un accès aux services (au sens large et pas que de soins), à partir des dynamiques des territoires, mobiliser les ressources et interroger les réponses réellement apportées aux populations au-delà de la seule présence de « professionnels » ou de « dispositifs », réhabiliter le pouvoir d'agir des populations, des acteurs et des décideurs locaux sur les questions de santé.

Elle devra trouver sa place dans un prochain environnement législatif encore incertain même si cette intention est rappelée dans l'exposé des motifs de la Loi de Santé, comme dans ses précédentes de 2009 et de 2004.

RHIZOME est un bulletin national trimestriel édité par l'Orspere-Samdarra avec le soutien de la Direction Générale de la Cohésion Sociale.

Directeur de publication :
Christian LAVAL

Assistante de rédaction :
Natacha CARBONEL

Comité de rédaction :

- Guy ARDIET, psychiatre (St-Cyr-au-Mont-d'Or)
- Arnaud BÉAL, psychologue social (Lyon)
- Nicolas CHAMBON, sociologue (Lyon)
- François CHOBEAUX, sociologue (Paris)
- Philippe DAVEZIES, enseignant-chercheur en médecine du travail (Univ. Lyon 1)
- Bernard EL GHOZI, médecin (Réseau Créteil)
- Laurent EL GHOZI, président ESPT (Nanterre)
- Pascale ESTECAHANDY, médecin, DIHAL (Paris)
- Benoît EYRAUD, sociologue (Lyon)
- Carole FAVRE, infirmière (Le Cannet)
- Jean FURTOS, psychiatre (Lyon)
- Carole GERBAUD, responsable associatif (Bourg en Bresse)
- Sandra GUIGUENO, psychiatre (Rouen)
- Antoine LAZARUS, professeur en santé publique (Bobigny)
- Édouard LEAUNE, psychiatre (Lyon)
- Philippe LE FERRAND, psychiatre (Rennes)
- Gwen LE GOFF, directrice adjointe Orspere-Samdarra (Lyon)
- Jean-Michel LE MARCHAND, psychiatre (Marseille)
- Jean-Pierre MARTIN, psychiatre (St Anne Paris)
- Alain MERCUEL, psychiatre (St Anne Paris)
- Éric MESSENS, directeur de la LBFSM (Bruxelles)
- Pierre MORCELLET, psychiatre (Marseille)
- Christian MULLER, psychiatre (Lille)
- Bertrand RAVON, sociologue (Lyon)
- Pauline RHENTER, politologue (Lille)
- Rose Marie ROYER, USH (Paris)
- Églantine SIMONNET (Aubenas)
- Aurélie TINLAND, médecin de santé publique et psychiatre (Marseille)
- Nadia TOUHAMI, aumônière (Marseille)
- Nicolas VELUT, psychiatre (Toulouse)
- Benjamin WEIL, psychiatre (Lille)
- Halima ZEROUG-VIAL, psychiatre (Lyon)

Contact rédaction :

Orspere-Samdarra
CH Le Vinatier
95 bvd Pinel
69678 BRON CEDEX
Tel : 04 37 91 53 90
orspere-samdarra@ch-le-vinatier.fr

Création & réalisation : Médiacité

Dépôt légal : 2302
ISSN : 1622 2032
N° CPPAP : 0910B05589
Tirage : 8500 exemplaires

Artiste du numéro : Florian Bon, plasticien et graphiste

« Hétérotopie et paysage, espace des utopies concrètes »

C'est en s'intéressant au concept d'hétérotropie de Michel Foucault et en utilisant le dessin comme langage que l'artiste a tenté d'imaginer des lieux, des formes, des espaces.

Parler d'espace et de paysage revient aussi à parler de l'imaginaire qui s'y déploie. À la recherche de ce qui nous connecte du très petit au très grand, son travail s'intéresse aussi à cette relation qui nous lie à notre environnement extérieur et intérieur, projetant ainsi l'architecture vivante d'un monde toujours en devenir.

➤ www.florianbon.com / loffo@live.fr

Actualités

- L'Orspere-Samdarra a le plaisir de vous informer de la création de son nouveau site internet accessible à cette adresse : www.ch-le-vinatier.fr/orspere-samdarra

Celui-ci vous permettra de :

- Vous tenir informé de nos actualités (recherches, projets, journée d'étude, formations) ;
- Consulter nos publications (Rhizome, rapports de recherche, actes) ;
- Nous contacter.
- N'hésitez pas à nous proposer des nouvelles thématiques à traiter dans les prochains bulletins de Rhizome.

Retrouvez nous aussi sur Twitter® : @OrspereSamdarra

Agenda

- Journée d'étude : « *Prise en charge des troubles psychiques chez les populations migrantes en situation de précarité* »
➤ Date et lieu : vendredi 9 octobre 2015, Foyer des Quatre soleils, chaussée du parc Val de Reuil, Val de Reuil.
Accès à la journée libre et gratuit avec inscription obligatoire auprès de : cmprousseau05@ch-lerouvray.fr / Tél. : 02 35 60 04 99
- Conférence collaborative : « *Garantir la capacité civile et politique des personnes très vulnérables autour de la réception en France de la convention de l'ONU sur la protection des droits des personnes handicapées* »
➤ Date et lieu : 28, 29, 30 octobre 2015, à Paris.
Pour plus d'informations, proposition de communications, ou inscriptions, vous pouvez vous rendre sur site web du collectif : <https://contrastcollectif.wordpress.com>
- Colloque bis-annuel du Centre Primo Levi : « *Pudeur et Violence* »
➤ Date et lieu : lundi 9 et mardi 10 novembre 2015 à l'Espace Reuilly, à Paris.
Inscriptions et programme : <http://primolevi.org>
- Journée d'étude Orspere-Samdarra : « *La participation des usagers en santé mentale* »
➤ Date et lieu : mardi 1^{er} décembre 2015, à l'École Nationale Supérieure de Lyon.
Accès à la journée libre et gratuit avec inscription obligatoire : <http://www.ch-le-vinatier.fr/orspere-samdarra/recherche/journee-d-etude/la-participation-des-usagers-en-sante-mentale-1197.html>

Parution

« À la frontière du soin, psychiatrie, précarité et lien social », Revue Empan n° 98.

Il s'agit d'un recueil de textes à la frontière de deux mondes qui ne se croisent pas beaucoup, celui de la psychiatrie institutionnelle et du champ socio-éducatif, dans lesquels évolue pourtant le même public de précaires et d'exclus, lui-même à la frontière du soin. Ces textes témoignent de la créativité clinique d'acteurs de terrain mus par un désir de rencontre.

L'aide aux adolescents difficiles, Chroniques d'un problème public.

par Bertrand Ravon et Christian Laval. Parution de l'ouvrage le 17 septembre 2015 aux éditions Érès.

« Trimballés » entre les institutions de l'aide sociale à l'enfance, de la justice pour mineurs ou de la pédopsychiatrie, les adolescents dits « difficiles », c'est-à-dire sans solution de prise en charge, constituent un défi de taille pour l'action publique, ses organisations et ses professionnels. Ce livre retrace l'histoire de ce problème depuis les années 1980, en mettant l'accent sur le paradoxe d'une « action publique sur mesure », selon lequel plus l'aide est personnalisée, plus elle repose sur un réseau étendu d'intervenants issus d'horizons divers.

Thématique du prochain bulletin Rhizome 2015 :

« La participation des usagers en santé mentale »



Centre hospitalier
Le Vinatier



ORSPERE
SAMDARRA
Observatoire Santé mentale
Vulnérabilités et Sociétés