

**L'habitat inclusif :
vers une singularisation de la prise en
charge ?**

L'Orspere-Samdarra.

- Un observatoire travaillant sur des problématiques de santé mentale en lien avec des questions sociales
- Un centre ressource pour les professionnels (formations, séminaires de réflexion, journées d'études, films pédagogiques)
- 4 axes de recherche : Usagers vulnérables et santé mentale ; Modalités de soutiens aux professionnels ; Participation des

L'Orspere-Samdarra.

- Une « souffrance psychique d'origine sociale » : un « échec social » vécu sur le mode de la responsabilité individuelle. (montée de l'individualisme)
- Développement d'une « clinique psycho sociale » : des pratiques cliniques en dehors du champ de la psychiatrie.
- Psychiatrie et précarité

Une complexification de l'articulation entre le social et la « santé mentale »

- Diversification des publics dans le champ de la précarité : santé mentale et précarité, santé mentale et migration ...
- Une définition extensive de la santé mentale qui dépasse le champ de l'intervention social et psychiatrique : Santé mentale et travail, Santé mentale et habitat (incurie, expulsion locative)
- Déploiement de nouveaux paradigmes dans le champ de la psychiatrie qui visent à développer des pratiques qui prennent en compte la personne dans son environnement : « Clinique psycho-sociale », « Réhabilitation » « Rétablissement »
- Une désinstitutionnalisation généralisée qui impacte fortement le champ sanitaire : inventer et innover de nouvelles

« Intégration », « Inclusion » : de quoi parle-t-on ?

→ Changement de lexique dans les politiques sociales autour de la notion d' « inclusion » : école inclusive, ville inclusive, habitat inclusif

« Intégration » :

- Un concept qui se rattache à la notion de « séparation »
- Exclusivité de la norme
- Un concept qui s'observe et s'évalue en terme de « pratiques »
- Des pratiques centrée sur la personne « guérir, accompagner, adapter » et une capacité à se rapprocher d'une norme.
- **Égalité** entre membres d'une même communauté

« Inclusion » :

- La diversité, c'est la norme
- Un droit « inaliénable » à prendre part à la vie de la Cité
- Un concept qui se définit en terme de valeur, d'éthique et de politique : des pratiques à Innover ?
- Agir sur le contexte pour le rendre accessible à tous ?

Le logement comme opérateur de l'inclusion sociale ?

→ Un élément d'une réflexion plus globale portant sur la façon dont on peut « intégrer/inclure » ceux qui sont exclus d'un modèle de vie commune

→ Une réflexion à engager à plusieurs niveaux :

- **Pratique** : comment accompagner, soigner dans une perspective inclusive ?
- **Institutionnel** : quels catégories pour l'accès au droit commun : généralisation de l'accès au logement ?
- **Politique** : quelle est notre conception du vivre ensemble : du voisinage ... au faire société

→ L'habitat inclusif : réaliser les conditions permettant à la personne de se sentir « chez soi » (dimension **identitaire**) tout en habitant dans la cité (dimension **sociale**)

→ Qu'est-ce qu'un « bon » (co) habitant ?

L'incurie dans l'habitat : des pratiques innovantes en matière de santé mentale et habitat ?

→ Incurie dans l'habitat : « incapacité d'une personne à prendre soin de son logement »

→ Des situations qui convoquent différentes logiques d'action problématisant l'incurie comme une forme ***négative*** d'habiter :

- conséquences en terme de **santé publique**
- usage en matière d'habiter : **autonomie** dans le logement
- interprétation de ce mode d'habiter comme symptôme d'une **pathologie** sous-jacente

→ Des professionnels concernés par les effets de leur intervention sur les habitants en terme de santé mentale

→ Des pratiques partenariales et de coordination, visant à articuler une prise en charge de la personne et de son environnement.

Le cas de la Famille F : un équilibre maintenu par et dans le voisinage

- Une situation signalée par « Darty » et relayée aux services sociaux, au service d'hygiène et à la psychiatrie.
- Mise en place d'une prise en charge multi partenariale : santé publique, autonomie dans le logement, accompagnement psychologique.
- Une intervention qui aboutit au placement de la Famille F en EHPAD malgré la forte réticence des membres de cette famille.
- Des voisins indignés par l'intervention des professionnels

1. L'instauration d'une réciprocité civile entre voisins

« **Voisin** : Je suis arrivé et donc c'est l'ancien propriétaire qui était le beau frère de Mme F qui nous a vendu l'appartement. Et de là, il a commencé à nous dire de nous méfier que ci, que là. Parce que j'ai la moitié du hangar avec Mme F.

Sociologue : mais vous méfier de quoi ?

Voisin : **qu'elle était bordélique**. Que si je ne lui faisais pas débarrasser le hangar tout de suite ça serait jamais fait. [...] donc quand je suis **entré dans le voisinage en 1999**. Et alors j'ai discuté un petit peu avec eux. **Très très sympathique. Ils disaient bonjour ...** Mais je lui ai dit, vous cassez pas la tête, **on aura le temps de le faire** »

« **Voisin** : Parce qu'elle était **très très coquette** cette dame. **Patricia elle était négligée, Monsieur F lui aussi était très coquet**. C'était des gens, c'était des amoureux des voitures. Le peu de fois où j'ai discuté avec lui on parlait de ça »

2. Des pratiques de cohabitation **considérées** au regard d'une histoire de vie **singulière**.

Voisine : parce que c'est la maman, enfin **c'est Mme F qui gérait tout en fait**. Quand on est arrivé, voilà, **on a su qu'elle gérait son mari qui était quand même bien malade. Sa fille qui avait des difficultés je pense mentale aussi**.

Voisin : mais on est toujours **resté dans la limite du raisonnable**. Pas que moi, parce qu'on est **5 propriétaires**. On a tous essayé de faire du mieux possible. On voyait bien la **situation délicate** qu'elle avait : sa fille, son mari ...

Sociologue : **situation délicate** vous voulez dire ?

Luc : ben comme son mari était bien bien fatigué. Et Patricia elle est obèse elle a du mal à marcher.

Voisine : Mme F aussi elle a du mal à marcher.

Voisin : Mme F elle voulait tout, sauf être aidé. A tout niveau. Les odeurs on a bien essayé de lui expliquer deux trois fois **mais c'est quand même délicat** d'aller dire à une famille que ça pue chez eux

3. Déploiement de pratiques d'aménagement au sein de la cohabitation dans un régime de l'Équité

Sociologue : et les autres voisins ils ne se sont jamais énervés ?

Voisin : non je crois pas.

Sociologue mais vous en discutiez entre vous ?

Voisin : bien sur. On avait une locataire en bas **qui mettait de l'encens**. Mais sans ... si vous voulez il y avait une sorte de **respect**. Je sais pas c' était pas au point non plus de voir des gros dégueulasse comme on peut l'imaginer. Mon gêne un coup il a été sortir un frigo chez eux Il m'a dit « papa c'est l'horreur » **mais bon...**

Luc : on sentait dans l'allée. Les gens qui venaient nous voir, la famille, les amis, ils disaient « putain, ça pue dans votre allées. C'était par moment surtout.

Voisine : ouais i'avait des périodes ou ça sentait plus. Mais il y'avait aussi le facteur.

Voisin : on supposait que ... et puis c'est vrai que vous avez des gens qui passaient et les volets étaient toujours fermés. Et puis il y avait des piles de journaux... Cette dame je sais pas comment on appelle cette maladie... elle gardait tout. Elle gardait tout. Mais bon, **nous on a pas voulu, tous les voisins ont pas voulu importuner plus que ça.**

Sociologue : c'est marrant parce que les travailleurs sociaux vous ont reproché de n'avoir jamais rien fait. Comme si le fait de signaler leur situation les aurait plus aider. .

Voisin : je vais vous dire honnêtement : signaler service d'hygiène tout ça, on allait certainement y penser **au bout d'un moment**. Mais la ce que je vous explique c'est que nous ce qui nous dérangeait, c'était le bordel qu'elle mettait.

Le cas de M. M

→ Un habitant intégré dans une résidence sociale depuis 20 ans.

→ Perte d'autonomie et incurie impliquant un projet de transfert de M. M dans un lieu plus « adapté »

→ Une approche singularisée mise en œuvre par Louisa et Jean, dans une perspective de maintien de M. M dans le quartier.

Louisa : des pratiques d'aménagement du lieu

→ Un regard porté sur l' « évolution » des résidents dans le lieu.

« **Sociologue** : donc vous aviez des plaintes de résidents ?

Louisa : voilà des plaintes de résidents.

Sociologue : dès qu'il est arrivé ?

Louisa : non pas dès qu'il est arrivé. C'est après. Non non, au début non il était très bien au début. Non au début ... ça s'est dégradé... Je pense que la perte de son emploi a fait que il y a eu une dégradation. »

→ Une problématisation des troubles liées à l'évolution de la situation :

- Perte d'autonomie et perte d'emploi
- Incurie et spécialisation de la tutelle

La démarche d'aller vers de Jean : les « troubles » comme catégorie d'action

Infirmier : Je crois qu'ils sont intervenus un peu sur l'incurie, mais bon, au final, il était jamais vraiment là puisqu'il était tout le temps en train de marcher, à faire ses tours de sa campagne, donc bon **il se maintenait**.

Sociologue : il se maintenait... ?

Infirmier : ben il était **dans cet équilibre** ... C'est là où est la question de ce qu'on appelle la « **personnalité** », enfin ce que moi je décris comme la personnalité et la différence avec la «pathologie». C'est-à-dire que il peut avoir une *personnalité particulière*, qui peut être psychotique, dépressive ou alcoolique donc des personnalités particulières où on peut se demander si ça va tenir. Donc on peut avoir une personnalité particulière, et puis il y a un moment où ça va tomber dans la pathologie quand les personnes ne vont plus réussir à vivre avec ce qu'ils sont et avec leur capacité à comprendre le monde, les interactions avec les autres etc. Et c'est là où on dit qu'il y a crise et donc il y a une décompensation.

Sociologue : **donc quand tu parles de « maintien », c'est par opposition à la « crise » ?**

Infirmier : voilà, un équilibre ! Précaire probablement chez beaucoup de monde en permanence, chez nous aussi hein ! Tant qu'il y a maintien, équilibre, il n'y a pas de crise. **Est-ce que la pathologie est défini par la crise** ? Je ne sais pas.

Sociologue : oui, parce que la pathologie n'est pas défini que par rapport à la crise, ça renvoie à un état quand même non ?

Infirmier : Est ce qu'on pourrait définir la pathologie par le fait que si il n'y a pas de traitement ou de suivi, il y aura forcément une crise ? Je ne sais pas.

Sociologue : D'accord, donc quand il y a une pathologie, la crise est inévitable. Donc c'est ce qui différencie la pathologie de la santé mentale ?

Infirmier : je pense

Sociologue : on est tous concernés par la santé mentale mais pas par la pathologie !

Infirmier : voilà.

L'enquête sur les réseaux d'attachement : prise en compte des habitudes ancrées dans l'histoire d'un habitant.

Infirmier : « En fait monsieur M. c'est un monsieur qui a toujours vécu à Fontaine. Il a travaillé une bonne partie de sa vie dans une entreprise, une usine locale où il avait un poste plus ou moins aménagé comme il y avait à l'époque, en tout cas il n'y a pas très longtemps. C'est à dire que c'est quelqu'un qui était un peu particulier. Mais voilà, tout le monde le connaissait. Il ne parlait pas beaucoup. Il était très introverti. Et puis un jour, son usine ferme, donc il se retrouve voilà sans son équilibre. Et tout a été pertrubé : sa propriétaire avec qui il avait des liens plutôt bon lui a dit : bon voilà, vous n'avez plus de salaires, donc il va falloir qu'on trouve des solutions pour éviter que vous soyez en impayé. Donc ils ont trouvé cette chambre chez ADOMA. Je crois que c'était en 1990, donc ça fait quasiment 20 ans qu'il était dans ce foyer, dans cette chambre. **Et il s'était fait des circuits de marche. Tous les jours il avait son circuit, donc il marchait entre 15 et 25 km par jour donc il naviguait dans la nature autour de Fontaine Saint Martin, et tout le monde le connaissait. C'était, c'était un peu comme voilà, j'allais dire le clodo, mais c'est pas le clodo mais le mec un peu bizarre du coin. On sait qu'il marche. »**

Responsable de résidence : « Il aurait pu être transféré sur Caluire. Ça reste quand même dans ses repères : Fontaine, Caluire, parce qu'il va à pied jusqu'à Rillieux. **Il marche énormément. C'est quelqu'un** qui marche énormément. Même que je le croisais un peu sur les Maronniers. Donc il faisait tout à pied. »

Conclusion et perspectives

- Faire équipe autour d' « épreuves » partageables
- Comment limiter les effets de concurrence entre les métiers dans le cadre d'une redistribution des rôles entre le sanitaire, le social, et l'utilisateur ...
- Comment faire « institution » autour de la personne ?
- Des perspectives d'inclusion dans les « établissements » ?