THESE DE DOCTORAT DE

L'UNIVERSITE RENNES 2
COMUE UNIVERSITE BRETAGNE LOIRE

ECOLE DOCTORALE N° 604
Sociétés, Temps, Territoires
Spécialité : géographie sociale

L'INSTITUT NATIONAL DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE
CENTRE URBANISATION CULTURE SOCIETE
PROGRAMME OFFERT CONJOINTEMENT PAR L'INRS ET L'UQAM
Spécialité : études urbaines

Par
Sara PAINTER

L'inclusion dans la ville des personnes en fragilité psychique vieillissantes.

Une étude qualitative des espaces de vie d'adhérents d'un Groupe d'Entraide Mutuelle (GEM) d'une petite ville française

Thèse présentée et soutenue à Rennes, le 20 juin 2019
Unité de recherche : UMR CNRS 6590 Espaces et Sociétés (Université Rennes 2, France) / Equipe Vieillissements Exclusions Sociales Solidarités (INRS-UCS, Québec)

Composition du Jury :

Rapporteurs :	Denis MARTOUZET	Professeur des Universités, Université de Tours
	Catherine TRUDELLE	Professeure titulaire, Université du Québec à Montréal
Examinateurs :	Laurent MATTHEY	Professeur associé, Université de Genève
	Alain VAGUET	Maître de conférences HDR, Université de Rouen
Dir. de thèse :	Raymonde SECHET	Professeure émerite, Université Rennes 2
Dir. de thèse :	Anne-Marie SEGUIN	Professeure titulaire, INRS-UCS

UNIVERSITÉ RENNES 2 / INSTITUT NATIONAL DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE
Ecole doctorale – Arts, Lettres, Langues/ Centre Urbanisation Culture Société
UMR CNRS 6590 – ESO / Equipe VIES
Sous le sceau de l'Université Bretagne Loire

L'inclusion dans la ville des personnes en fragilité psychique vieillissantes.

Une étude qualitative des espaces de vie d'adhérents d'un Groupe d'Entraide Mutuelle (GEM) d'une petite ville française

Thèse de Doctorat en cotutelle
Discipline : Géographie sociale / Etudes urbaines

Présentée par
Sara PAINTER

Directrice de thèse : Raymonde SECHET
Directrice de thèse : Anne-Marie SEGUIN

Soutenue le 20 juin 2019

Jury :

Denis MARTOUZET Professeur des Universités, Université de Tours (Rapporteur)
Catherine TRUDELLE Professeure titulaire, Université du Québec à Montréal (Rapportrice)
Laurent MATTHEY Professeur associé, Université de Genève (Examinateur)
Alain VAGUET Maître de conférences HDR, Université de Rouen (Examinateur)
Raymonde SECHET Professeure émérite, Université Rennes 2 (Directrice de thèse)
Anne-Marie SEGUIN Professeure titulaire, INRS-UCS (Directrice de thèse)

La réalisation de ce travail de recherche a été rendue possible grâce au soutien financier du Conseil Régional de Bretagne, de Rennes Métropole, de l'INRS de l'équipe VIES et du CREGES.

Remerciements

Je tiens en premier lieu à remercier mes directrices de thèse, Raymonde Séchet et Anne-Marie Séguin, pour leur disponibilité, leur écoute et leurs conseils, tout au long de ces années de doctorat. Nos échanges m'ont été très précieux et j'ai énormément appris à leurs côtés.

Merci à Eve Gardien, Clélia Gasquet et Charlène Leneindre d'avoir accepté de m'accompagner à travers le comité de thèse. Leurs remarques constructives m'ont permis de progresser. J'adresse également mes remerciements aux professeurs de l'INRS, de l'UQAM et de l'Université McGill, dont j'ai pu suivre les séminaires dans le cadre du programme doctoral en études urbaines.

Je remercie Denis Martouzet, Catherine Trudelle, Laurent Matthey et Alain Vaguet d'avoir accepté d'être membres du jury et d'évaluer ce travail de recherche.

Je remercie le Conseil régional de Bretagne, Rennes Métropole, l'INRS l'équipe VIES et le CREGES, dont le soutien financier m'a permis de mener à bien ce travail de recherche.

Mes remerciements vont aussi à l'équipe VIES à Montréal et au laboratoire ESO à Rennes, qui m'ont offert un milieu de travail stimulant, ainsi que des conditions d'exercice favorables à la réalisation de cette recherche. J'ai beaucoup appris au contact de ces deux environnements scientifiques de cultures différentes.

J'adresse un grand merci aux adhérents et au personnel du GEM au sein duquel s'est déroulée l'enquête de terrain, pour m'avoir soutenue et accueillie dès notre première rencontre. Ces quelques mois que nous avons partagés resteront dans ma mémoire.

Enfin je tiens à remercier mes proches, qui m'ont beaucoup soutenue au cours de ces dernières années.

Sommaire

Introduction générale 9

PARTIE I : Environnement de recherche 19

Introduction de la partie I 19

Chapitre 1 – Vieillissement, santé mentale et population d'étude, des repères théoriques 21

Chapitre 2 - Problématisation et approche 63

Chapitre 3 – La démarche méthodologique 83

Conclusion de la partie I 110

PARTIE II : Des géographies quotidiennes oscillant entre prises et manque de prises, marquées par un sentiment mitigé d'appropriation des espaces 111

Introduction de la partie II 111

Chapitre 4 – L'analyse des lieux du quotidien : une première lecture des modalités d'appropriation de la ville 115

Chapitre 5 – Vivre avec et parmi les autres dans la ville ? 151

Chapitre 6 – Pratiques et expériences de loisirs dans la ville 187

Chapitre 7 – « Chez moi, je me sens bien sans me sentir bien » - l'appropriation du chez soi 219

Conclusion de la partie II 254

PARTIE III : Le GEM, une association qui aide à retrouver prise sur la ville 257

Introduction de la partie III 257

Chapitre 8 – Offrir un espace-ressource dans la ville 259

Chapitre 9 – Des géographies individuelles aux pratiques collectives : s'ouvrir et agir sur la ville par l'intermédiaire du GEM 297

Conclusion de la partie III 326

Conclusion générale 329

Bibliographie 341

Table des figures 367

Table des tableaux **369**

Table des matières **371**

Annexes **381**

Liste des abréviations

AAH	Allocation Adulte Handicapé
AG	Assemblée Générale
ANCREAI	Agence Nationale des Centres Régionaux d'Etudes d'Actions et d'Informations, en faveur des personnes en situation de vulnérabilité
ARS	Agence Régionale de Santé
AVC	Accident Vasculaire Cérébral
CA	Conseil d'Administration
CAD	Dollar canadien
CAP	Certificat d'Aptitude Professionnelle
CAT	Centre d'Aide par le Travail
CATTP	Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel
CEPIDC	Centre d'Epidémiologie sur les Causes médicales de Décès
CER	Comité d'Ethique en Recherche avec des êtres humains
CIM	Classification Internationale des Maladies
CLIC	Centre Local d'Information et de Coordination
CM	Carte Mentale
CMP	Centre Médico-Psychologique
CNBD	Comité National pour la Bientraitance et les Droits des Personnes Agées et des Personnes Handicapées
CNRS	Centre National de la Recherche Scientifique
CNSA	Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie
CREGES	Centre de Recherche et d'Expertise en Gérontologie Sociale
CS	Centre Social
CSA	Consumer, Science & Analytics
DDASS	Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
DGAS	Direction Générale de l'Action Sociale
DREES	Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
EHESP	Ecole de Hautes Etudes en Santé Publique
ENQ	Enquêtrice
EPTC	Énoncé de Politique des Trois Conseils
ESAT	Etablissement et Service d'Aide par le Travail
ESO	Espaces et Sociétés
ESS	Economie Sociale et Solidaire
FASM	Fédération d'Aide à la Santé Mentale
FNAPSY	Fédération Nationale des Patients en Psychiatrie
GEM	Groupe d'Entraide Mutuelle
HAS	Haute Autorité de Santé
HLM	Habitation à Loyer Modéré

INRS	Institut National de la Recherche Scientifique
INSEE	Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
INSERM	Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale
IRDES	Institut de Recherche et de Documentation en Economie de la Santé.
LGBTQ+	Lesbiennes, Gays, bisexuels, Transgenres, Queers
MDPH	Maison Départementale des Personnes Handicapées
MNASM	Mission Nationale d'Appui en Santé Mentale
OBSOCO	OBservatoire SOciété COnsommation
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONFV	Observatoire National de la Fin de Vie
PCH	Prestation de Compensation du Handicap
REP	Répondant
RRAMSQ	Regroupement des Ressources Alternatives en Santé Mentale du Québec
SAMENTA	SAnté MENTale et les Addictions
SAVS	Service d'Accompagnement à la Vie Sociale
SDF	Sans Domicile Fixe
SEP	Sclérose en Plaques
SISM	Semaine d'Information en Santé Mentale
SPF	Secours Populaire Français
TLF	Trésor de la Langue Française
UCS	Urbanisation, Culture et Société
UE	Union Européenne
UMR	Unité Mixte de Recherche
UNAFAM	Union Nationale de Familles et Amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques
UQAM	Université du Québec A Montréal
VADA	Ville Amie Des Aînés
VIES	Vieillissements Exclusions sociales Solidarités

Introduction générale

Avant les années 1960, les espaces de vie des personnes en fragilité psychique[1] étaient le plus souvent limités aux murs de l'asile ou de l'hôpital psychiatrique. La politique de sectorisation, mise en place après la Seconde Guerre mondiale, visait alors à rompre avec cette logique de mise à l'écart[2]. La sectorisation correspond à la fermeture de lits d'hôpitaux psychiatriques et à la mise en place de structures ambulatoires de soins directement implantées dans la ville. Les implications sur la vie quotidienne des patients ont été considérées comme majeures, puisque leur prise en charge se déroule désormais au sein de leur milieu de vie et non plus uniquement à l'hôpital. Néanmoins, suffit-il d'être présent dans la ville pour y être et s'y sentir inclus ? Aujourd'hui la grande majorité des personnes en fragilité psychique vivent et vieillissent dans la ville, comme tout un chacun. Mais peut-on affirmer pour autant qu'elles y trouvent leur place ? Ont-elles véritablement droit de cité ?

La présente recherche s'intéresse aux personnes en fragilité psychique non pas parce qu'elles fréquentent des services de psychiatrie, mais parce qu'elles sont des habitantes de la ville. Dit autrement, ce ne sont pas les manières d'être patient qui constituent l'objet d'étude, mais bien les manières de vivre avec et dans la ville quand on est une personne en fragilité psychique qui vieillit.

Le rapport des individus à la ville peut être abordé de multiples façons. En l'occurrence, deux points vont particulièrement retenir notre attention à propos des personnes en fragilité psychique vieillissantes :

- En quoi *font-elles partie* de la ville ?
- Est-ce qu'elles *font* la ville ?

Ces deux points font chacun référence à des réflexions inhérentes aux études urbaines et à la géographie sociale, qui vont être détaillées dans cette introduction. Mais avant cela, il importe de présenter le contexte particulier de réalisation de cette thèse, où se combinent géographie sociale, gérontologie sociale et études urbaines, au sein de deux universités et de deux laboratoires de recherche.

Le contexte de réalisation de la thèse

La thèse fait suite à un master 2[3] en géographie sociale réalisé en 2013/2014 à l'Université Rennes 2, au cours duquel j'ai rédigé un mémoire de recherche intitulé « Offrir un habitat pour les personnes en souffrance psychique : réflexions sur les maisons-relais et résidences accueil du Maine-et-Loire », sous la codirection de Clélia Gasquet et Sébastien Fleuret. Dans ce mémoire, il s'agissait de comprendre comment ces deux dispositifs innovants

[1] Dans les études scientifiques comme dans le langage courant, on trouve une multitude de dénominations pour désigner les personnes qui vivent avec des problèmes de santé mentale. Dans cette thèse, c'est l'expression de « personnes en fragilité psychique » qui a été retenue. Les raisons de ce choix sont précisées dans le chapitre 1.

[2] Pour plus de précisions sur l'histoire de la psychiatrie, se référer en autres aux travaux de Coldefy (2010), Cyrulnik et Lemoine (2018), Eyraud et Velpry (2014), Foucault (1972), Grard (2011), de Henckès (2007, 2009, 2015), Rhenter (2007), Quétel (2014).

[3] L'équivalent de la maîtrise au Québec.

permettaient à des individus en situation de précarité socio-économique et de souffrance psychique d'investir et de s'approprier leur logement.

La thèse a débuté en septembre 2014 grâce à une allocation du Conseil régional de Bretagne. J'ai pu m'inscrire en doctorat de géographie sociale (Ecole Doctorale STT[4] de l'Université Rennes 2) et débuter mon travail de recherche sous la direction de Raymonde Séchet, professeure émérite en géographie sociale, au sein de l'UMR ESO[5]. Ce laboratoire de recherche est constitué de chercheurs en géographie sociale, sociologie, aménagement, psychologie environnementale, architecture, économie et info-com, réunis autour de l'étude de la dimension spatiale des rapports sociaux. Parmi les axes de recherche constituant le projet scientifique 2017-2021 d'ESO[6], la thèse s'inscrit tout particulièrement dans celui intitulé « Pratiques, expériences et représentations de l'espace », qui consiste à questionner le rapport à l'espace des individus et des groupes en privilégiant une entrée micro-spatiale.

L'objectif initial de la thèse était d'étudier la question du maintien à domicile des personnes en fragilité psychique vieillissantes et de leurs rapports au chez-soi, dans le prolongement de mon mémoire de master 2. Peu à peu, le sujet s'est élargi à la question de l'inclusion dans la ville de ces personnes et de leurs pratiques dans les espaces du quotidien. Plusieurs éléments liés au contexte de réalisation de la thèse ont influencé la progression de ce travail.

Dès la première année de doctorat, un comité de thèse a été constitué. A trois reprises, trois chercheures de disciplines et d'approches différentes se sont réunies à Rennes pour m'accompagner dans la mise en place et la réalisation de ma recherche :

- Clélia Gasquet-Blanchard, maîtresse de conférences en géographie de la santé à l'EHESP[7], chercheure à l'UMR ESO ;
- Eve Gardien, maîtresse de conférences en sociologie à l'Université Rennes 2, chercheure à l'UMR ESO ;
- Charlène Leneindre, chargée de recherche à l'IRDES[8], docteure en géographie.

Au cours de la première année de thèse, une cotutelle avec l'INRS-UCS[9] (Québec) a été mise en place. Anne-Marie Séguin, chercheure en géographie au sein de cet institut de recherche et spécialisée dans les questions de pauvreté, de vieillissement, d'exclusion et d'habitat, a accepté de codiriger la thèse et de m'accueillir au sein de son équipe de recherche en gérontologie sociale à Montréal, l'équipe VIES[10]. La gérontologie sociale peut être définie comme « l'étude des différentes dimensions et enjeux sociaux liés au vieillissement » (Charpentier et al, 2010 :31). C'est un champ de recherche au sein duquel plusieurs disciplines sont présentes : géographie, sociologie, travail social, psychologie, démographie, économie, etc. L'équipe VIES regroupe des chercheurs (dont des praticiens-chercheurs) en gérontologie sociale s'intéressant plus particulièrement aux mécanismes d'exclusion et d'inclusion sociale des personnes âgées. La programmation scientifique 2014-2018 de VIES

[4] STT : Sociétés, Temps, Territoires.
[5] UMR ESO : Unité Mixte de Recherche – Espaces et Sociétés ; http://eso.cnrs.fr/fr/index.html
[6] http://eso.cnrs.fr/fr/axes-de-recherche.html
[7] EHESP : Ecole de Hautes Etudes en Santé Publique.
[8] IRDES : Institut de Recherche et de Documentation en Economie de la Santé.
[9] INRS-UCS : Institut National de la Recherche Scientifique – Centre Urbanisation Culture et Société.
[10] VIES : Vieillissements, exclusions sociales et solidarités ; http://www.vies.ucs.inrs.ca

s'organisait autour de plusieurs axes de recherche, dont l'un était intitulé « Milieux de vie et personnes âgées : diversité et inégalités ». La thèse s'inscrivait tout particulièrement dans cet axe consacré à l'étude des environnements quotidiens des aînés, ainsi qu'aux besoins et réponses apportées par les milieux de vie selon les contextes locaux.

La cotutelle m'a permis d'intégrer le programme doctoral en études urbaines de l'INRS-UCS. Celui-ci était axé sur « l'analyse, dans une perspective tant théorique qu'appliquée, des problématiques urbaines, dans leurs contextes territoriaux variés. Il privilégie les approches pluridisciplinaires et l'analyse critique, de même que l'analyse diagnostique et ses implications en matière d'intervention publique et privée en milieu urbain. Bien qu'ouvert aux apports de toutes les disciplines le programme s'appuie principalement sur les sciences sociales, en particulier la démographie, l'économie, la géographie, la science politique et la sociologie »[11]. Les études urbaines constituent un champ de recherche centré sur un objet d'étude – la ville – et non sur une discipline spécifique. La réalisation de la thèse au sein d'une équipe de recherche en gérontologie sociale, dans le cadre d'un doctorat en études urbaines au Québec était ainsi tout à fait compatible avec mon inscription en géographie sociale, qui est une discipline qui s'intéresse aux relations entre les sociétés et les espaces, à différentes échelles.

Grâce au soutien financier de Rennes Métropole, de l'INRS et du CREGES[12], j'ai réalisé deux séjours à Montréal durant lesquels j'ai pu suivre les cours du programme doctoral en études urbaines et ainsi compléter ma formation. Les cours portaient sur les études urbaines mais aussi sur la préparation du projet de thèse. J'ai également intégré un séminaire en travail social à l'Université McGill, dans le cadre d'un cours optionnel. J'ai passé un examen doctoral en 2016, sous la forme d'un rendu écrit accompagné d'une soutenance. Cet examen avait pour objectif de démontrer que je maîtrisais mon domaine de recherche. Le jury était composé d'Anne-Marie Séguin et de Raymonde Séchet (au titre de directrices de thèse), de Sandra Breux (INRS-UCS), de Catherine Trudelle (UQAM[13]) et de Xavier Leloup (INRS-UCS, président du jury).

Cette recherche a également été approuvée par le comité d'éthique en recherche (CER) de l'INRS. Avant d'être mis en œuvre, tout projet de recherche mené à l'INRS doit en effet être examiné par ce comité garant de la politique éthique de l'institut, elle-même inspirée de l'Énoncé de politique des trois Conseils : Éthique de la recherche avec des êtres humains (EPTC, 2014). Pour obtenir cette approbation éthique, il était nécessaire de remplir un dossier conséquent pour expliquer en quoi le projet de recherche était respectueux des principes de cette politique. Cette procédure a largement influencé la réalisation de la thèse, en particulier au regard de la méthodologie et des choix rédactionnels destinés à garantir l'anonymat des participants de la recherche.

Le schéma ci-dessous récapitule le contexte particulier de réalisation de cette thèse menée dans le cadre d'un double diplôme franco-québécois (doctorat en géographie sociale au sein de l'Université Rennes 2 en France et doctorat en études urbaines à l'INRS à Montréal), au sein de deux équipes de recherche (UMR-ESO en France et VIES au Québec) :

[11] http://www.inrs.ca/static/prog/UCS-DoctoratEtudesUrbaines-3895.html

[12] CREGES : Centre de Recherche et d'Expertise en Gérontologie Sociale.

[13] UQAM : Université du Québec à Montréal.

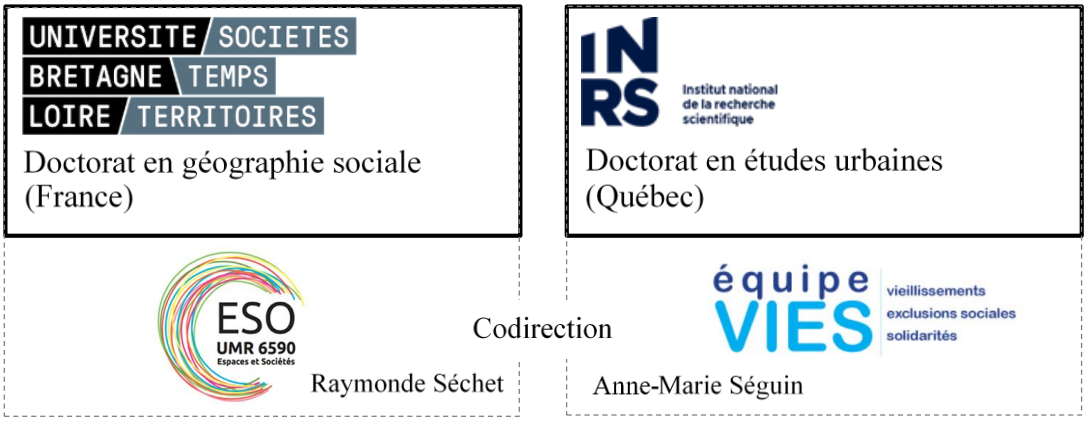


Figure 1 : Une thèse réalisée dans le cadre d'un double-diplôme franco-québécois en géographie sociale et en études urbaines
Painter S., 2018

Le présent travail est le fruit de ces multiples influences, propres à deux environnements scientifiques différents, notamment au regard de la structuration des disciplines et des champs de recherche. La France est en effet davantage marquée par une tradition disciplinaire, là où le Québec – et l'Amérique du Nord de manière plus générale – procède à un découpage des champs de recherche davantage axé sur des objets d'études, plutôt que sur des disciplines (*urban studies*, *disability studies*, *children studies*, etc.).

Faire partie de la ville ?

La ville est un objet éminemment complexe, qu'il serait périlleux d'essayer de définir en quelques lignes. Il paraît plus pertinent de décrire le regard que l'on porte sur la ville, plutôt que la ville elle-même. Dans cette recherche, la ville est envisagée sous l'angle des pratiques habitantes. Il s'agit d'observer comment des individus parviennent ou non à pratiquer, utiliser, investir, s'approprier les espaces de la ville. Précisons d'ores-et-déjà que le terme de « ville » n'est pas utilisé en opposition à celui de « campagne », mais bien en tant qu'il désigne un espace pratiqué et partagé par un ensemble d'habitants.

Cette recherche porte sur les personnes en fragilité psychique vieillissantes, qui constituent une population considérée comme sujette à l'exclusion (Dallaire et al, 2010 ; Futeran et Draper, 2012 ; Parr, 2011), en particulier dans le domaine de la vie sociale dont elles sont souvent écartées. Analyser les pratiques de personnes en fragilité psychique vieillissantes permet alors d'interroger le caractère plus ou moins inclusif et accessible de la ville. Celle-ci offre-t-elle aux habitants des occasions de se rencontrer et de vivre ensemble ? La thèse s'inspire en partie des travaux en *disability studies* qui proposent une réflexion sur les conditions d'une ville accessible et inclusive, qui permet aux personnes en situation de handicap de se sentir « *in their place* » et non « *out of place* » (Kitchin, 1998).

Dans ce travail, le terme d'inclusion[14] est utilisé dans le sens d'une définition proposée par Billette et al, à savoir « un processus complexe de co-création d'un projet social qui reconnaît les possibilités et la diversité des participations de chacun, en tant que membre

[14] Les réflexions sur l'inclusion sont davantage détaillées dans le chapitre 2.

socialement valorisé. Ce projet social ne peut s'opérer sans reconnaissance et redistribution des ressources matérielles, mais aussi des droits, des pouvoirs et des possibilités » (2012a :18). Cette définition a l'avantage de souligner l'importance de la reconnaissance et de la redistribution comme composantes essentielles de l'inclusion. La ville inclusive est donc pensée comme une ville qui permet à chacun de prendre part, s'il le souhaite, à la vie sociale qui s'y déroule et d'y être reconnu comme un citoyen à part entière.

Dans ce travail, l'accessibilité de la ville est interrogée sous l'angle de la géographie sociale. Les personnes en fragilité psychique vieillissantes ont-elles la possibilité d'accéder et de pratiquer les espaces de la ville ? Cette recherche s'appuie en effet sur l'idée que l'inclusion dans la ville passe – entre autres – par la possibilité d'être présent dans les espaces, notamment les espaces publics. Or, il semblerait que la population qui nous intéresse se retrouve souvent face à des obstacles lorsqu'il s'agit de pratiquer la ville. La thèse propose ainsi d'étudier les facteurs qui limitent ou favorisent l'accès à la ville.

Il est indispensable de préciser que rendre la ville plus accessible n'est pas qu'une affaire d'aménagements physiques. Il s'agit aussi de penser l'accessibilité sociale, informationnelle, financière ou encore cognitive des espaces urbains et de réfléchir aux multiples facteurs qui favorisent la participation à la vie en société des personnes qui en sont exclues. C'est pourquoi cette thèse interroge conjointement les dimensions d'inclusion et d'accessibilité.

En France, les études portant sur les expériences d'inclusion et d'exclusion des personnes en fragilité psychique sont très rares (Coldefy, 2010) et elles le sont d'autant plus lorsque celles-ci vieillissent. Or, le nombre d'individus concernés augmente continuellement. L'OMS[15] estime qu'une personne sur cinq sera concernée au cours de sa vie par des problèmes de santé mentale, tout en prévoyant que le nombre de personnes âgées de 60 ans et plus passera de 900 millions à 2 milliards entre 2015 et 2050 (de 12% à 22% de la population mondiale). Il n'empêche que les personnes en fragilité psychique vieillissantes constituent une population peu visible, aussi bien dans les sciences sociales que dans le débat public (ONFV[16], 2014).

Faire la ville ?

La thèse repose également sur l'idée que « faire partie de la ville », c'est aussi pouvoir « faire la ville », c'est-à-dire pouvoir contribuer à la fabrication de l'espace urbain, dans sa dimension physique et/ou sociale. A ce sujet, il est intéressant d'évoquer les réflexions sur le droit à la ville, incarnées notamment par Lefebvre. Dans son livre « Le Droit à la Ville » paru en 1968, l'auteur s'inscrivait à contre-courant d'un urbanisme moderne qui dépossédait les habitants de leur capacité à influencer la nature des espaces urbains (Pereira et Perrin, 2011).

Le droit à la ville chez Lefebvre (1968) repose sur deux éléments fondamentaux. Le premier est le droit à l'appropriation, qui passe par le droit d'être présent dans l'espace, d'avoir accès aux centralités urbaines, aux lieux de rencontres et d'échanges et de pouvoir ainsi jouir d'un usage plein et entier de la ville et des ressources qu'elle recèle. Le deuxième est le droit à la participation, puisque le droit à la ville est « aussi le droit des habitants à

[15] OMS : Organisation Mondiale de la Santé.

[16] ONFV : Observatoire National de la Fin de Vie.

participer pleinement aux décisions qui produisent l'espace urbain » (Purcell, 2009 : 44). Cette participation passe par les pratiques routinières, quotidiennes des personnes mais aussi par la possibilité de prendre part aux décisions qui façonnent la ville.

Poser la question du « faire la ville » amène ainsi à interroger les possibilités concrètes auxquelles les personnes en fragilité psychique vieillissantes ont accès en ce qui concerne la production de l'espace. Ont-elles l'opportunité d'agir sur la ville ?

Problématique générale de la recherche

En posant un regard scientifique sur le vécu quotidien d'une population souvent négligée en sciences sociales et dans le débat public, cette thèse vise à nourrir la réflexion sur l'inclusion dans la ville des personnes en fragilité psychique vieillissantes. L'objectif est d'interroger le rapport que ces personnes entretiennent avec la ville, à travers l'étude de leurs espaces de vie et des géographies quotidiennes qui les composent. Peuvent-elles pratiquer et s'approprier la ville comme elles le voudraient ? Dans quelle mesure sont-elles présentes ou non dans ces espaces ? Trouvent-elles une place qui leur convient, en tant qu'habitantes à part entière de la ville ? En quoi les exclusions dont elles font l'objet entravent leur droit à s'approprier la ville, à profiter de ses ressources et à participer à la confection de l'urbain ?

Ces réflexions visent d'une part à dégager les modalités nécessaires pour que leur droit à la ville puisse être réellement garanti et exercé, et d'autre part à identifier des pistes quant à la manière de favoriser leur inclusion, dans le respect de leurs choix et de leurs aspirations, sans chercher à imposer un modèle préétabli de ce que doit être leur place dans la ville.

Pour mener ces réflexions, la recherche s'appuie sur une étude qualitative des espaces de vie de 14 personnes en fragilité psychique vieillissantes. Celles-ci ont la particularité d'être adhérentes d'un Groupe d'Entraide Mutuelle (GEM) situé dans une petite ville de 10 000 habitants. Les GEM sont des dispositifs d'entraide entre pairs organisés sous forme associative et définis par la loi comme « des lieux conviviaux, où des personnes peuvent se retrouver, s'entraider, organiser ensemble des activités visant tant au développement personnel qu'à créer des liens avec la communauté environnante » (Circulaire DGAS/3B n° 2005-418 du 29 août 2005). L'enquête de terrain s'appuie sur plusieurs mois d'observation participante au sein du GEM étudié (qu'on appelle le « GEM de B » dans le texte afin de préserver l'anonymat des personnes, B correspondant à l'initiale fictive du nom de la petite ville). Les 14 participants de la recherche ont également été rencontrés à deux reprises, une première fois pour un entretien semi-directif classique, et une deuxième fois pour un entretien semi-directif accompagné de la réalisation d'une carte mentale.

Plan de la thèse

La thèse s'organise autour de trois grandes parties. La première, intitulée « **Environnement de recherche** », est composée de trois chapitres qui visent à préciser le cadrage scientifique et méthodologique de la thèse. Le **chapitre 1** a pour objectif de poser les jalons théoriques nécessaires à la construction de l'objet de recherche. Les principales entrées thématiques du sujet sont présentées. La population d'étude est également décrite à partir de quatre de ses caractéristiques, puisqu'il s'agit de personnes en fragilité psychique, vieillissantes, vivant dans une petite ville et qui sont adhérentes d'un GEM. Les sujets traités

correspondent à des objets de recherche complexes, qui intéressent plusieurs champs de recherche au sein des sciences sociales. C'est pourquoi ce chapitre mobilise des travaux issus de différentes disciplines. Les réflexions menées permettront de faire émerger l'objet de la recherche, qui porte sur l'inclusion dans la ville des personnes en fragilité psychique vieillissantes.

Le **chapitre 2** a pour objectif de construire la problématique générale de la thèse et d'exposer l'approche théorique mobilisée pour y répondre. Celle-ci, ancrée dans la géographie sociale, combine deux notions-clefs qui seront chacune présentées, d'une part l'inclusion des individus dans la ville et d'autre part la question des pratiques dans les espaces du quotidien.

Le **chapitre 3** présente la démarche méthodologique de cette recherche. Les outils de collecte y sont présentés, de même que certaines considérations méthodologiques et éthiques propres aux recherches qualitatives menées auprès de populations telles que les personnes en fragilité psychique.

La deuxième partie de la thèse s'intitule « **Des géographies quotidiennes oscillant entre prises et manque de prises, marquées par un sentiment mitigé d'appropriation des espaces** ». Elle consiste à étudier les géographies quotidiennes des 14 participants sous l'angle de trois grands thèmes qui sont ressortis lors de l'analyse du matériau de recherche : la vie sociale, les loisirs et le logement. Cette plongée dans les espaces de vie des participants, au plus près de leur quotidien, a pour objectif de mettre en lumière les spécificités de leurs espaces de vie, ainsi que les facteurs contraignant ou favorisant leurs pratiques de la ville. Cette deuxième partie est composée de quatre chapitres.

Elle débute avec le chapitre 4, intitulé « **L'analyse des lieux du quotidien, une première lecture des modalités d'appropriation de la ville** ». Il consiste en une première lecture des espaces de vie des participants. Quels types de lieux les participants fréquentent-ils ? Comment et pourquoi ? Se déplacent-ils beaucoup ? Ont-ils l'impression de pratiquer la ville comme ils le voudraient ? Ce chapitre permet de cerner les spécificités de leurs géographies quotidiennes, en dégageant les pratiques et les lieux que les participants ont en commun. Ce tableau général fournira également un premier niveau d'analyse de leurs modalités d'appropriation de la ville, en montrant la multitude de contraintes que rencontrent les participants et qui les empêchent de pratiquer la ville comme ils le voudraient.

Dans les trois chapitres suivants sont examinés plus en profondeur trois thèmes relatifs aux pratiques des participants, à savoir la vie sociale, les loisirs et le logement. Brièvement abordés dans le chapitre 4, ces thèmes méritent d'être approfondis dans des chapitres à part entière car ils ont clairement émergé de l'analyse de l'ensemble des matériaux de recherche. Ces thèmes font partie des préoccupations quotidiennes des participants. Les chapitres 5, 6 et 7 ont aussi pour particularité de s'intéresser plus spécifiquement à la construction des pratiques spatiales, contrairement au chapitre 4 qui est plus descriptif.

Le **chapitre 5** est formulé sous forme de question : « **Vivre avec et parmi les autres dans la ville ?** ». Il part de l'idée qu'habiter la ville, c'est avoir accès aux espaces où se déroule la vie sociale et pouvoir y tisser des liens avec les autres. L'analyse des discours et des espaces de vie révèle une forte insatisfaction des participants vis-à-vis de leur vie sociale, avec l'impression d'être tenus à l'écart des interactions sociales qui se déroulent dans la ville. Leur quotidien est souvent marqué par la solitude et c'est d'ailleurs la raison pour laquelle ils

fréquentent le GEM. Dans ce chapitre, on s'intéresse aux réseaux relationnels des participants en dehors du GEM et à la manière dont ils s'inscrivent dans l'espace. Ont-ils un entourage ? Qui compose cet entourage ? Pourquoi sont-ils insatisfaits de leur vie sociale ? Ont-ils accès à des lieux dans la ville où rencontrer et discuter avec d'autres personnes ? Quel est leur rapport aux autres dans les espaces publics ?

Le **chapitre 6** s'intéresse aux « **Expériences et pratiques de loisirs dans la ville** ». Il consiste à analyser les espaces de vie des participants et leurs pratiques de la ville sous l'angle des loisirs. La littérature scientifique montre que les personnes en fragilité psychique vieillissantes ont peu l'occasion de s'adonner à des activités de loisirs qui leur plaisent. Or, habiter la ville, c'est aussi pouvoir s'y divertir. Les pratiques de loisirs des participants sont ainsi analysées à l'aune des facteurs qui les contraignent ou qui les favorisent.

Le **chapitre 7** est intitulé « ***Chez moi, je me sens bien sans me sentir bien :* l'appropriation du chez soi** ». Il est consacré à l'analyse du rapport des participants à leur logement. C'est un lieu dont ils ont beaucoup parlé dans les entretiens. Il s'agit d'un point nodal de leurs géographies quotidiennes, où ils passent de nombreuses heures, notamment parce qu'ils ont peu l'occasion de sortir de chez eux. Ce chapitre repose sur l'idée que le logement – en particulier « le chez-soi » - est un support essentiel de l'inclusion dans la ville. Dit autrement, habiter la ville, c'est pouvoir avoir un chez-soi. L'objectif de ce chapitre consiste à analyser la manière dont les participants parviennent ou non à s'approprier leur logement. Que font-ils lorsqu'ils sont chez eux ? Comment se sentent-ils dans leur logement ? Quels facteurs contraignent et/ou favorisent l'appropriation du chez-soi ?

La troisième et dernière partie de la thèse est intitulée « **Le GEM, une association qui aide à retrouver prise sur la ville** ». Comme son nom l'indique, il s'agit de présenter les résultats qui concernent le rôle et la place du GEM au sein des géographies quotidiennes des participants. Cette partie III est composée de deux chapitres.

Le chapitre 8 s'intitule « **Offrir un espace-ressource dans la ville** ». Les participants ont décrit le GEM de B comme un point d'ancrage essentiel au sein des espaces de vie, sur lequel ils ont de la maîtrise et dont la fréquentation leur fait du bien. Dans ce chapitre, il s'agit d'analyser les éléments qui concourent à donner au GEM de B sa qualité d'espace-ressource pour les participants. Trois facettes du GEM sont étudiées : d'abord en tant qu'il est un espace d'entraide entre pairs, puis en tant qu'espace de participation sociale accessible aux participants et enfin en tant qu'espace pensé et organisé de manière à favoriser les interactions sociales entre adhérents et l'appropriation collective des locaux.

Alors que le chapitre 8 porte sur ce qui se déroule à l'intérieur du GEM, le chapitre 9 est consacré aux liens que les participants tissent avec la ville par le biais de leur association. Il est intitulé « **Des géographies individuelles aux pratiques collectives : s'ouvrir et agir sur la ville par l'intermédiaire du GEM** ». Les textes officiels définissent les GEM comme ayant une « fonction d'insertion dans la cité » (arrêté du 18 mars 2016). Dans ce chapitre, il s'agit d'analyser la manière dont le GEM de B met en œuvre cette mission et de voir en quoi cela favorise l'inclusion des participants dans la ville. Ce chapitre permettra de mener une réflexion sur ce que signifie l'expression souvent employée dans le cas des GEM « d'ouverture sur la ville ».

Précisions sur les choix rédactionnels

L'enquête de terrain s'est déroulée au sein d'un GEM, qui est un collectif de personnes en fragilité psychique organisé sous forme associative. Dans le texte, il importe de ne pas confondre les termes d'adhérent, d'administrateur et de participant :

- Le terme d'adhérent désigne les personnes qui ont adhéré à l'association du GEM.
- Le terme d'administrateur désigne les personnes qui parmi les adhérents ont été élues pour siéger au conseil d'administration de l'association du GEM
- Le terme de participant désigne les personnes qui, parmi les adhérents du GEM, ont accepté de participer au projet de recherche.

La thèse contient de nombreux extraits d'entretiens, identifiables parce qu'ils sont en italique. Les extraits courts sont directement intégrés dans le texte, là où les extraits plus longs sont davantage mis en évidence, avec un saut de ligne et une mise en retrait du texte vers la droite. Dans ces extraits, « ENQ » et « REP » sont utilisés pour « enquêtrice » et « répondant ».

Dans un premier temps, j'avais envisagé d'attribuer une initiale fictive à chaque participant (par exemple N, 57 ans ou V, 59 ans), afin que le lecteur puisse accéder à un portrait plus complet de chaque personne, au fil des extraits d'entretien. Néanmoins, il est apparu à la lecture du manuscrit qu'un risque d'identification était possible du fait que le lecteur accumulait beaucoup d'informations sur chacun des participants. Précisons que les adhérents du GEM où s'est déroulé l'enquête se connaissent et se fréquentent régulièrement. Il y a un risque qu'ils reconnaissent l'identité des participants, en combinant les informations mentionnées par exemple par N ou par V. Pour préserver leur anonymat, j'ai alors fait le choix de ne préciser que deux informations relatives aux auteurs des extraits, à savoir s'il s'agissait d'une femme ou d'un homme (F ou H) et si la personne était cinquantenaire (1) ou soixantenaire (2). Cet enjeu d'anonymat est essentiel, d'une part parce que cette recherche est soumise à l'examen du comité d'éthique à l'INRS et d'autre part parce que les participants ont tous signé un formulaire de consentement, indiquant que les informations recueillies au cours des entretiens seraient rendues anonymes. C'est à cette condition qu'ils ont accepté de se confier.

Lorsque les extraits d'entretien contiennent des prénoms, ceux-ci sont fictifs. Les noms des lieux ont également été remplacés par des lettres. L'initiale de la ville où s'est déroulée l'enquête, B, est fictive. Je fais aussi parfois référence aux « salariées du GEM de B ». La féminisation du terme de salarié relève d'une sélection aléatoire entre le masculin et le féminin, afin de préserver l'anonymat des personnes.

Parmi les autres extraits issus du matériau de recherche présents dans le manuscrit figurent des photographies d'extraits de cartes mentales. Certains éléments ont été floutés lorsque la préservation de l'anonymat du participant était menacée. Les cartes mentales entières sont fournies en annexe. Des notes d'observation provenant du carnet de terrain utilisé au cours de l'observation participante ont également été insérées dans le texte. Ces extraits débutent toujours avec une précision sur le jour de l'observation et éventuellement une indication sur le lieu. Par exemple : Note d'observation du 24 mai 2016 (devant les locaux du GEM, pendant une pause cigarette).

PARTIE I : Environnement de recherche

Introduction de la partie I

Cette première partie vise à préciser le cadrage scientifique et méthodologique de la thèse. Le **chapitre 1** a pour objectif de poser les jalons théoriques nécessaires à la construction de l'objet de recherche. Pour cela, deux entrées thématiques sont d'abord analysées, à savoir le vieillissement et la santé mentale. Le chapitre présente ensuite la population d'étude, à partir de quatre de ses caractéristiques, puisqu'il s'agit de personnes en fragilité psychique, vieillissantes, vivant dans une petite ville ou ses environs et qui sont adhérentes d'un GEM. Ce chapitre mobilise des travaux issus de différentes disciplines car les sujets traités correspondent à des objets de recherche complexes, qui intéressent plusieurs champs de recherche au sein des sciences sociales. Les réflexions menées permettront de faire émerger l'objet de la recherche, qui porte sur l'inclusion dans la ville des personnes en fragilité psychique vieillissantes.

Le **chapitre 2** a pour objectif de construire la problématique générale de la thèse et d'exposer l'approche théorique mobilisée pour y répondre. Celle-ci, ancrée dans la géographie sociale, combine deux notions-clefs qui seront chacune présentées, d'une part l'inclusion des individus dans la ville et d'autre part la question des pratiques dans les espaces du quotidien.

Le **chapitre 3** présente la démarche méthodologique de cette recherche. Les outils de collecte y sont présentés, de même que certaines considérations méthodologiques propres aux recherches qualitatives menées auprès de populations telles que les personnes en fragilité psychique. La dimension éthique de la recherche est également traitée dans ce chapitre, notamment au regard des règles encadrant les travaux des chercheurs au Canada.

Chapitre 1 – Vieillissement, santé mentale et population d'étude, des repères théoriques

Cette thèse s'intéresse à des personnes en fragilité psychique qui vieillissent. Il s'agit d'une population méconnue, aux contours flous et qui fait l'objet de nombreux stéréotypes, liés autant à l'âge qu'aux fragilités psychiques (Nour et al, 2010). Avant que le cadre théorique et la problématique de la recherche ne soient exposés dans le chapitre 2, il est important de présenter cette population. Ce premier chapitre vise d'abord à répondre aux questions suivantes : de qui parle-t-on ? Et pourquoi est-ce important de parler de ces personnes ? Quels sont les enjeux auxquels elles sont confrontées ? Il s'agit également d'interroger la manière dont on parle de ces personnes. Que désigne précisément l'adjectif « vieillissant » ? Qu'entend-on par « fragilité psychique » ? Ces termes peuvent être employés à partir de cadres théoriques très divers, d'où l'importance de bien définir le positionnement adopté dans cette recherche.

Pour répondre à ces questions, des réflexions issues de différentes disciplines, telle que la géographie sociale, la gérontologie sociale, l'anthropologie, la sociologie ou encore le travail social sont mobilisées. Cette ouverture disciplinaire apparaît essentielle car les questions abordées, en particulier celles de la santé mentale et du vieillissement, correspondent à des objets de recherche complexes, qui intéressent plusieurs champs de recherche au sein des sciences sociales. Ces objets ne peuvent être définis en se bornant à une vision disciplinaire autocentrée, ce qui n'empêche pas de les aborder à travers un regard de géographe. Cette posture n'est pas en contradiction avec l'esprit de la géographie. C'est ce que rappelle Plard, dont les travaux portent aussi sur des populations concernées par plusieurs thématiques (vieillissement, mobilités internationales) : « les sujets et les objets dont [la géographie] explore les sens se trouvent justement à la frontière des disciplines des autres sciences, sociologiques, psychologiques, historiques, etc. La géographie devient l'outil par lequel le chercheur crée des ponts de connaissance, des relations permettant de saisir les rouages qui font fonctionner les sciences sociales. C'est donc à ce rang interstitiel que doit se trouver le géographe » (2012 :8).

Le chapitre est organisé en trois sections. La première est consacrée au vieillissement, qui est abordé comme un processus construit, pluriel et multidimensionnel. L'approche adoptée s'inscrit dans une démarche pluridisciplinaire et s'appuie sur des réflexions issues principalement de la gérontologie sociale, de la sociologie du vieillissement et de la géographie sociale. Cela permettra de définir le vieillissement comme une expérience individuelle, comme un processus qui modifie le rapport de l'individu à son milieu de vie, de manière différenciée selon la combinaison entre le vécu, les caractéristiques personnelles et le contexte, entendu dans ses dimensions physique, sociale, économique, politique et culturelle.

La deuxième section porte sur la santé mentale. Elle contient des réflexions sur les termes à utiliser pour parler des personnes dont il est question dans cette recherche. En effet, la diversité des termes existants pour désigner les personnes concernées est à l'image de la variété des débats relatifs à la définition même de la santé mentale. On évoquera également la manière dont les sciences sociales et en particulier la géographie sociale appréhendent la santé mentale, à travers une approche qui met l'accent sur les inégalités sociales de santé, les

déterminants socio-environnementaux de la santé mentale et l'importance de leur inscription spatiale.

Si les deux premières sections traitent des notions de vieillissement et de santé mentale, la troisième vise à présenter plus spécifiquement la population d'étude. Celle-ci est en effet rarement considérée en sciences sociales sous l'angle conjoint de ses deux caractéristiques que sont le vieillissement et les fragilités psychiques. A cela s'ajoute deux autres spécificités qu'il s'agit d'articuler. Une première spécificité est liée au lieu de vie, car cette recherche porte sur des personnes en fragilité psychique qui vieillissent dans une petite ville ou les villages alentour. La seconde spécificité tient au fait que la thèse concerne un échantillon de personnes qui s'impliquent dans un Groupe d'Entraide Mutuelle (GEM), c'est-à-dire un dispositif organisé sous forme associative visant à mettre en œuvre un projet collectif tourné vers la participation sociale et l'ouverture sur la ville.

I Regard sur le vieillissement

Le vieillissement fait l'objet d'au moins autant de définitions qu'il existe de champs de recherche. Les sciences sociales n'étudient pas le vieillissement de la même manière que la médecine par exemple. Cette première section vise à préciser la manière dont le vieillissement est envisagé dans cette thèse. Les réflexions issues de la gérontologie sociale, de la géographie sociale et de la sociologie du vieillissement permettent de penser le vieillissement comme un processus construit, pluriel et multidimensionnel (I.1), dont l'inscription dans le temps (I.2) et dans l'espace (I.3) s'avère essentielle.

1 Le vieillissement comme processus construit, pluriel et multidimensionnel

1.1 Précisions sur l'approche en gérontologie sociale

Cette thèse s'appuie majoritairement sur des recherches menées en géographie sociale sur les personnes âgées (Bigo, 2015 ; Bigo et Séchet, 2016 ; Chaudet, 2009 ; Hallier Nader, 2011 ; Pihet, 2006 ; Plard, 2012, etc.) et sur des travaux issus de la sociologie du vieillissement (Caradec, 2001, 2009 ; Clément et al, 1996 ; Hummel et al, 2014 ; Mallon, 2004, etc.). Mais mon regard a aussi été largement nourri par mes séjours au Québec au sein de l'équipe VIES et du CREGES, qui regroupent des chercheurs issus de différentes disciplines (géographie, sociologie, anthropologie, travail social, psychologie, sciences politiques, etc.) se retrouvant au sein d'une même approche, celle de la gérontologie sociale (Billette et al, 2012b ; Charpentier et al, 2010 ; Phillipson, 2007 ; Rowles, 1978, 1983 ; Scharf et Keating, 2012, etc.).

Ces différents champs de recherche et disciplines ont en commun de penser le vieillissement comme un processus pluriel et multidimensionnel, qui est à la fois biologique, physique, social, culturel, économique et politique. Les chercheurs s'entendent sur le fait que le vieillissement est un objet complexe, qui s'appréhende à plusieurs échelles imbriquées les unes dans les autres. Il s'agit d'une réalité démographique qui pose de nombreux défis, tant à l'échelle mondiale que locale, en particulier concernant la manière dont nos sociétés vont pouvoir répondre aux besoins des individus vieillissants et âgés. Les estimations de l'OMS indiquent que le nombre de personnes de 60 ans et plus devrait passer de 900 millions en 2015

à 2 milliards d'ici 2050. En France, une personne sur trois aura plus de 60 ans en 2050 selon l'INSEE[17]. Mais s'il est un processus collectif, le vieillissement peut également être appréhendé à une échelle bien plus micro, celle de l'individu, car il est aussi une expérience individuelle qui peut modifier le rapport de l'individu à son milieu de vie, de manière différenciée selon la combinaison entre le vécu, les caractéristiques personnelles et les contextes.

Une volonté affichée de transformation sociale

Les réflexions menées au sein des différents champs de recherche et disciplines se rejoignent sur de nombreux points (notamment l'attention portée aux parcours de vie et aux contextes locaux), qui seront exposés un peu plus loin. Mais avant, il faut rappeler quelques particularités de la gérontologie sociale, car c'est une approche assez peu implantée en France. Moulaert (2012) précise même que c'est souvent « avec prudence » que le terme de gérontologie y est utilisé, les chercheurs préférant en général se définir par leur discipline suivie du mot « vieillissement » (par exemple : sociologie du vieillissement). Ce n'est pas le cas au Québec, où plusieurs centres de recherche et d'expertise et équipes de recherche telle que celle où j'ai effectué une partie de mon doctorat affichent clairement leur rattachement à la gérontologie sociale. Ces centres ont la particularité d'associer des chercheurs issus de disciplines différentes avec des professionnels de terrain, et proposent d'allier recherche scientifique et intervention dans les milieux de pratique (Moulaert, 2012). Cette multiplicité des entrées vise à offrir une lecture riche et transversale de cet objet complexe qu'est le vieillissement.

Charpentier et al proposent de définir la gérontologie sociale comme « l'étude des différentes dimensions et enjeux sociaux liés au vieillissement. Ce domaine de recherche, qui se situe dans le champ des sciences humaines et sociales, s'inscrit pour nous [membres du CREGES] dans un paradigme plus critique et vise à établir comment la société influence le processus de vieillissement et comment celui-ci, à son tour, influence la société » (2010 :31). En gérontologie sociale, il n'est pas rare que les chercheurs affichent leur volonté de contribuer par leurs travaux aux transformations sociales et à l'émancipation des aînés (Phillipson et Walker, 1987 ; Bernard et Scharf, 2007 ; Grenier, 2012 ; Biggs et al, 2003 ; Charpentier et al, 2010). L'équipe VIES s'inscrit dans une posture similaire en marquant l'importance qu'elle accorde à la pertinence sociale de ses recherches. Elle se définit comme suit : « l'équipe croit fermement à l'importance de concevoir les aînés comme des acteurs de leur vieillissement, de mettre en lumière leurs paroles et leurs gestes, leurs capacités, leurs contributions, ainsi que leurs besoins et leurs difficultés. Cette perspective tend à éviter le piège de voir les aînés comme objets de recherche passifs ou uniquement comme êtres de besoins, dépendants des politiques et des services. […] L'équipe met en œuvre des projets ayant pour objectif de trouver les moyens et les pistes d'action pour favoriser une réelle inclusion sociale des personnes âgées et, par conséquent, améliorer leurs conditions de vie » (Séguin et al, 2015 : 3-5). C'est dans cette lignée que se situe cette recherche doctorale.

Le recours à la notion d'exclusion sociale

[17] En France, l'INSEE (Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques) est chargé de la production, de l'analyse et de la publication des statistiques officielles.

Pour répondre à cet engagement social et politique, plusieurs chercheurs en gérontologie sociale, tant dans la littérature francophone qu'anglophone, mobilisent largement la notion d'exclusion sociale[18] pour documenter les situations de vie des aînés (Billette et al, 2012ab, Cann et Dean, 2009 ; Charpentier et al, 2010 ; Kneale, 2012 ; Scharf et Keating, 2012 ; Scharf et al., 2005 ; Walsh et al, 2017), ce concept étant considéré comme un « révélateur des dynamiques sociales, des rapports de pouvoir, des inégalités et des fondements de l'être-ensemble contemporain » (Billette et Lavoie, 2010 :2). Charpentier et al (2010) rappellent que les inégalités ne disparaissent pas avec l'âge et que la précarité économique et sociale exacerbe les problèmes quotidiens du vieillissement, en particulier pour les personnes âgées vivant seules. En France, si statistiquement les personnes âgées semblent moins touchées par la pauvreté que les personnes d'âge actif, les organisations caritatives font état depuis plusieurs années d'un vieillissement de leur public. Le Secours populaire français[19] indique que le nombre de personnes âgées de 60 ans et plus accueillies par l'association est passé de 165 644 en 2010 à 246 000 en 2016. Dans son 11e baromètre sur la pauvreté en France (Ipsos et SPF[20], 2017 ; SPF, 2017), l'association s'inquiète du nombre important de personnes âgées, en particulier des femmes, vivant encore en dessous du seuil de pauvreté (1 015 euros[21] à 60 % du revenu médian en 2017).

Plus d'un demi-million de personnes bénéficient en effet d'allocations du minimum vieillesse[22] (soit 803 euros[23] par mois pour une personne seule au 1er avril 2017), parmi lesquelles plus de 55% sont des femmes (INSEE, 2015[24]). Une récente étude de la DREES[25] (Arnold et Barthélémy, 2014) dresse le panorama des difficultés rencontrées par ces personnes. On y apprend que ces allocataires ont un parcours professionnel bien plus marqué par des périodes de chômage et d'inactivité que l'ensemble des personnes de plus de 60 ans. Plus de la moitié ont commencé à percevoir l'allocation avant 65 ans, ce qui n'est possible qu'en cas d'invalidité ou d'inaptitude au travail. Avant de devenir bénéficiaire, 27% des allocataires touchaient l'AAH[26] ou recevaient une pension d'invalidité ou de longue maladie[27]. Comme le soulignent les auteurs de l'étude, ces chiffres sont un indice des modestes ressources dont ces personnes ont pu disposer au cours de leur vie.

Seuls 16% sont propriétaires de leur logement, contrairement à la majorité des personnes de plus de 60 ans. 57% sont locataires, le plus souvent dans le secteur HLM[28]. Plus d'un allocataire sur 5 est logé ou hébergé par un tiers, généralement par la famille. La moitié

---

[18] Les notions d'inclusion et d'exclusion sont détaillées de manière plus approfondie dans le chapitre 2.

[19] Le Secours populaire français est une association à but non lucratif née en 1945, reconnue d'utilité publique, qui a pour mission d'agir contre la pauvreté et l'exclusion en France et dans le monde.

[20] SPF : Secours Populaire Français.

[21] Environ 1550 CAD (dollars canadiens).

[22] En France, les allocations du minimum vieillesse visent à garantir un niveau minimum de ressources aux personnes âgées disposant de faibles ressources.

[23] Environ 1230 CAD.

[24] Sources : DREES, enquête sur les allocations du minimum vieillesse fin 2015 ; INSEE, estimations de population France entière au 1er janvier 2016.

[25] DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques.

[26] AAH : Allocation Adulte Handicapé, d'un montant maximum de 819 euros en 2018 (1237 CAD).

[27] Ce qui est le cas des participants de la recherche, qui sont soit bénéficiaires de l'AAH, soit en congé d'invalidité ou de longue maladie.

[28] HLM : Habitation à Loyer Modéré.

des allocataires vivent seuls dans leur logement, dont 71% sont des femmes. Beaucoup d'allocataires évoquent des difficultés à se déplacer, notamment à cause de leur état de santé ou de leur handicap, mais aussi de la localisation de leur domicile. Quelques 31% considèrent que leur logement est trop éloigné des services et transports collectifs. Les conditions d'habitat peuvent être difficiles. 11% des allocataires manquent du confort sanitaire de base (eau chaude, salle de bain, chauffage, etc.). Près d'un tiers déclarent avoir du mal à chauffer correctement leur logement, notamment en raison du coût financier. D'ailleurs, seule la moitié des allocataires déclarent disposer de revenus suffisants pour couvrir les dépenses courantes et 83% estiment qu'ils doivent faire attention et jugent leur situation financière mauvaise. Ces difficultés financières les amènent à devoir se priver dans de nombreux domaines, ce qui n'est pas sans conséquences sur leur quotidien, leur santé et leur vie sociale. 55% des allocataires déclarent ainsi des restrictions à la consommation, un chiffre bien supérieur à celui concernant l'ensemble des 20% de la population les plus modestes (29%), comme le soulignent Arnold et Lelièvre (2015). Ces privations concernent notamment les loisirs et les vacances (65%), l'habillement (58%). Un tiers déclarent restreindre les dépenses de santé, quand bien même les allocataires sont généralement en plus mauvaise santé que les autres personnes du même âge et qu'elles présentent davantage de détresse psychologique.

La question des inégalités au sein du groupe des personnes âgées a encore été relativement peu explorée, alors que c'est une population qui devient de plus en plus hétérogène, notamment sur le plan du niveau de vie (Arnold et Lelièvre, 2015). Déjà en 2009, dans son rapport annuel sur le mal-logement, la Fondation Abbé Pierre avait alerté sur le fait que les statistiques relatives au revenu moyen des ménages retraités et à leur statut résidentiel pouvaient renvoyer une image trompeuse de la situation des personnes âgées. Celle-ci masque en effet les profondes inégalités qui traversent ce groupe, bien plus hétérogène que ne le laissent penser les statistiques globales par groupes d'âge. Ainsi, les auteurs du rapport rappellent « qu'appréhender les personnes âgées comme une population homogène contribue finalement à masquer la nature du processus de vieillissement qui consolide, voire aggrave, les inégalités économiques et sociales établies au cours de la vie et qui a tendance à renforcer les clivages sociaux ou les situations d'exclusion que connaissaient les personnes avant d'entrer dans l'âge de la retraite » (2009 :12).

Analyser les expériences et les enjeux du vieillissement sous l'angle de l'exclusion vise notamment à questionner les structures sociales qui façonnent les vieillissements, à mettre au jour les différentes formes d'inégalités dont font l'objet les personnes âgées et battre en brèche les nombreux discours stéréotypés qui leur imposent certaines identités, en vue de dégager des pistes de solutions dans une perspective favorisant l'inclusion sociale (Scharf et al, 2005 ; Charpentier et al, 2010 ; Walsh et al, 2017).

Au-delà de ces différences, les réflexions issues de la géographie, de la sociologie et de la gérontologie sociale ont en commun au moins trois points dans la façon dont elles abordent le vieillissement : la construction sociale et politique des vieillissements, l'importance des parcours de vie et la nécessaire prise en compte des contextes locaux pour saisir la diversité des expériences du vieillir. Tous ces éléments ont contribué à construire le regard qui est porté sur le vieillissement dans ce travail de recherche.

1.2 La construction sociale et politique du vieillissement

Les travaux en sciences sociales portant sur le vieillissement questionnent la manière dont le groupe des personnes âgées est défini (Billette et Lavoie, 2010). Quelles caractéristiques retenir ? Est-ce un groupe si homogène que cela ? Les quelques remarques précédentes nous montrent que non. Généralement, la catégorie des personnes âgées est délimitée par des seuils d'âge. Ceux-ci ont une grande influence sur le quotidien des personnes âgées, en matière de ressources et d'accompagnement, car ils déterminent si la personne peut avoir accès ou non au service en question. Mais l'âge chronologique comme critère de classification est largement contesté en sciences sociales. On ne peut pas déterminer précisément le moment où une personne devient « vieille » (Grenier et Ferrer, 2010), dans la mesure où l'âge de la vieillesse peut être très variable selon les individus (Stiker, 2004). C'est particulièrement le cas pour les personnes en fragilité psychique, pour qui les troubles associés au vieillissement arrivent de manière plus précoce, souvent autour de la cinquantaine (Van Amerongen, 2009). Certains chercheurs préfèrent ainsi se référer à l'apparition des signes biologiques du vieillissement (limitations fonctionnelles, maladies, etc.) ou bien au vieillissement ressenti (avoir l'impression de vieillir, de ne plus être jeune, etc.) plutôt qu'à l'âge chronologique pour baliser leur population d'étude (Grenier et Ferrer, 2010).

Le vieillissement est construit socialement. Il faut donc le situer dans ses contextes sociaux, politiques, culturels et économiques (Billette et Lavoie, 2010). Le poids des politiques publiques dans cette construction est à prendre en compte, car comme l'expliquent Hummel et al, elles « délimitent et catégorisent la vieillesse, l'inscrivant dans un parcours de vie et dans des rapports entre classes d'âge. Ces catégorisations politiques, qui non seulement posent les limites entre les âges mais attribuent aussi des statuts et des rôles à ceux qui en relèvent, incitent à penser la vieillesse essentiellement sous l'angle des problèmes » (2014 :17). Par ailleurs, le regard porté sur les personnes âgées dans les politiques publiques est encore très largement orienté par la gériatrie et l'approche médicale. Hummel et al concluent leur ouvrage en soulignant « le poids toujours important des gériatres et des institutions sanitaires dans ces défis de la vieillesse, qui les ancrent dans une réalité biomédicale et néglige leur diversité sociale au profit d'une variabilité interindividuelle, et leur emprise renouvelée sur une partie des politiques publiques. Dans cette perspective, la vieillesse reste un repoussoir, très largement définie sous un mode déficitaire ou sous l'angle du fardeau qu'elle fait peser sur les autres classes d'âge » (2014 :386). Ainsi, les chercheurs en gérontologie sociale, en particulier au sein du CREGES et de l'équipe VIES, accordent de l'importance à la mise en lumière des formes de solidarités existantes envers et/ou entre les aînés et à la manière de les favoriser (Billette et Lavoie, 2010).

2 Les parcours de vie forgent des vieillissements différenciés

Marier et al invitent à ne plus penser « les personnes âgées comme un groupe ou une catégorie à part mais [à] considérer le vieillissement et la vieillesse comme s'inscrivant dans la continuité d'un parcours de vie, à une intersection spécifique de positionnements sociaux impliquant un cumul d'avantages et de désavantages, ainsi qu'un entrecroisement spécifique d'oppressions à un âge avancé (Ferrer et al, 2017), nécessitant des politiques, interventions et services adaptés à cette diversité de situations et d'expériences » (2017 :6). Les parcours de

vie jouent un rôle essentiel dans la manière dont la personne vieillit. C'est pourquoi il est important de s'intéresser à son histoire, de prendre en compte la vie de l'individu dans son ensemble pour comprendre son expérience actuelle en tant que personne âgée, comme le soulignent les géographes, sociologues et gérontologues (Caradec et al, 2012 ; Charpentier et al, 2010 ; Lalive-d'Epinay et al, 2005 ; Hummel et al, 2014 ; Plard, 2012). Introduire la dimension biographique invite à penser le vieillissement comme un processus situé dans le parcours de vie et dont la forme et le contenu ont été forgés par le vécu de la personne. Attention cependant : le vécu n'est pas seulement à envisager sous l'angle de l'itinéraire individuel. C'est bien la rencontre entre l'individu et les structures sociales qu'il s'agit d'envisager (McDaniel et Bernard, 2011).

En gérontologie sociale, tout comme en sociologie du vieillissement, les chercheurs sont particulièrement attentifs à la diversité des expériences liées à l'avancée en âge. Pour appréhender cette diversité, plusieurs auteurs ont recours au concept de positionnement social. Comme l'écrivent Grenier et Brotman, ce concept apparait comme « l'un des moyens privilégiés pour mieux comprendre les liens entre la diversité et le vieillissement […] Le positionnement social fait référence à la compréhension culturelle et sociale de la position qu'occupe une personne à l'intérieur d'une structure sociale. Il englobe l'âge, le genre, la « race », la culture, l'ethnicité, la religion, le statut socio-économique, l'orientation sexuelle et le degré d'incapacité. En situant ainsi la question, il est possible d'observer comment les positionnements sociaux se conjuguent entre eux, agissent aux plans structurel et institutionnel et sont vécus au quotidien par les individus » (2010 :24).

Reconnaître les divers positionnements de la personne permet de comprendre qu'elle puisse cumuler d'autres formes d'exclusion qui ne sont pas spécifiquement liées à son âge (Billette et Lavoie, 2010). Les personnes âgées peuvent aussi être victimes de racisme, de sexisme, d'homophobie, de capacitisme, de psychophobie, etc. Ces différentes formes d'exclusion peuvent avoir des conséquences importantes sur leur quotidien, de même qu'un impact sur leur recours aux services sociaux et de santé (Nour et al, 2010 ; Grenier et Brotman, 2010). N'oublions pas que les corps aussi sont marqués par les parcours de vie. Une personne ayant exercé un métier pénible tout au long de sa vie ne vieillira pas de la même manière que quelqu'un ayant travaillé dans un bureau. Le vieillissement est ainsi la résultante du parcours de vie antérieur et de nombreuses études montrent que les inégalités sociales et économiques vécues par les individus se répercutent sur la façon dont ils vieillissent (Charpentier et al, 2010 ; Clément et al, 1996, Hummel et al, 2014).

Trop souvent les personnes âgées sont dépeintes comme un groupe homogène, souvent comparé à d'autres groupes d'âge, quand bien même on constate d'importants écarts intragénérationnels en matière de statut socioéconomique et de santé (Arnold et Lelièvre, 2015 ; Charpentier et al, 2010 ; Marier et al, 2017). En faisant fi de la variété des expériences, en réifiant le groupe des personnes âgées et en isolant leur situation actuelle du reste de leur parcours de vie, les multiples besoins et difficultés des uns et des autres ne peuvent être considérés. C'est en ce sens que l'idée d'agir sur l'ensemble du parcours de vie des individus se fait de plus en plus présente dans les politiques sociales en France et au Canada (McDaniel et Bernard, 2011). Cela représente une orientation assez novatrice, dans la mesure où la logique de catégorisation des publics a longtemps prévalu au sein de l'action publique (Argoud, 2012).

3 L'inscription spatiale des vieillissements

3.1 Les vieillissements au regard des contextes locaux

Les parcours de vie et les positionnements sociaux des individus ne sont pas les seuls éléments à prendre en compte pour appréhender les diverses expériences du vieillissement. Les changements survenant au fil de l'avancée en âge s'inscrivent en effet dans un espace donné, le milieu de vie, si bien que les formes du vieillissement varient selon les contextes locaux. Comme l'écrit Caradec, « on ne vieillit pas seulement comme on a vécu, dans la continuité de son parcours de vie antérieur [...] on vieillit aussi comme le milieu dans lequel on vit permet de le faire » (2014 :8). Le vieillissement est donc un processus qui a une inscription spatiale, il est façonné par (tout comme il façonne) l'espace. On ne peut donc l'étudier « hors sol » (Mallon, 2014). Précisons d'ores-et-déjà que le milieu de vie est un concept à géométrie variable. L'espace dans lequel évolue la personne au quotidien est lui-même imbriqué dans des échelles multiples, des contextes locaux, régionaux, nationaux voire internationaux, qui font aussi varier les formes du vieillissement (Mallon, 2014). Il est traversé par des processus macrosociaux que Philo et Wolch (2001) invitent à explorer, pour éviter de produire des études trop monographiques, trop attachées à des contextes spécifiques. Ici, j'ai presque exclusivement sélectionné des études portant sur des terrains de recherche d'Europe de l'Ouest et d'Amérique du Nord, du fait de la proximité des problématiques rencontrées dans ces territoires.

L'intérêt des chercheurs pour les liens entre vieillissement et espace n'est pas nouveau. En 1965, déjà, la géographe française Renée Rochefort appelait déjà à une « géographie sociale de la vieillesse », invitant ses confrères à « entamer ou poursuivre leurs recherches sur les modes de vie de cette catégorie d'âge à travers l'espace », et précisant qu'il « y aurait de quoi faire pour une géographie appliquée soucieuse de se rendre utile à l'urbanisme de demain » (1965 :32). Les individus vieillissent dans des milieux parfois très différents. Des chercheurs issus de la géographie, mais aussi de la sociologie ou de l'anthropologie, se sont penchés sur cette question. Ils ont ainsi montré qu'on ne vieillit pas de la même manière, selon qu'on habite en ville (Hallier-Nader, 2011 ; Séguin, 2010), en milieu rural (Gucher et al, 2007), en banlieue (Marchal, 2017), dans une commune périurbaine (Berger et al, 2010 ; Morel-Brochet et Rougé, 2017), sur le littoral (Bigo, 2015), ou bien dans une cité enclavée (Wittmann, 2003). Le type d'habitation joue également un rôle essentiel dans l'expérience du vieillissement (Guberman et Olazabal, 2010), selon qu'on vive en logement autonome, en institution (Mallon, 2004), en logement intergénérationnel (Bernard, 2008 ; Labit, 2013), en logement-foyer (Argoud, 2013), en prison (Touraut, 2017), dans la rue (Burns et al, 2012), etc. Néanmoins, Mallon (2014) regrette qu'en France, ces études s'intéressant aux effets de contextes spécifiques sur le vieillissement restent encore trop peu nombreuses.

Toutes ces réflexions paraissent nécessaires à l'heure où le maintien à domicile est au cœur des politiques sociales de la vieillesse, en France comme au Québec, et que les territoires locaux sont de plus en plus considérés comme un échelon pertinent de l'action publique en faveur des ainés (Argoud, 2017). Une analyse fine du vieillissement au prisme des contextes locaux s'avère indispensable, d'autant plus à une période où la diversité des expériences de vieillissement est largement occultée par une « conception unifiée à l'excès, et largement déficitaire, de la vieillesse » (Mallon, 2014 :184).

L'un des objectifs en gérontologie sociale consiste à analyser en quoi certains milieux de vie peuvent s'avérer porteurs d'exclusion pour les aînés (Billette et Lavoie, 2010). Pour saisir l'hétérogénéité des façons de vieillir, il est indispensable d'interroger les conditions offertes par les milieux de vie (Billette et al, 2012a), en tenant compte de la présence ou non de ressources. On entend par ressource, ce qui contribue à soutenir la personne, ce sur quoi elle s'appuie pour maintenir sa présence en ville. Il peut s'agir de lieux, de services, de personnes, de moyens de déplacements, etc. Pour les personnes qui vieillissent dans les quartiers résidentiels nord-américains, ne plus pouvoir conduire s'avère particulièrement problématique, puisque les services de proximité sont rares. La perte d'autonomie, à travers l'incapacité à se déplacer par soi-même dans un milieu où l'automobile est centrale, modifie considérablement le rapport à la ville et l'expérience du vieillissement (Lord et al, 2011 ; Lord et Després, 2011). Même lorsque les ressources sont présentes, il faut aussi regarder si celles-ci sont réellement accessibles. Si certains milieux comme les centres-villes peuvent compter de nombreux services (commerces, lieux de sociabilité, établissements de santé, etc.), cela ne signifie pas que tous pourront y accéder. La personne a-t-elle concrètement les moyens de s'y rendre ? A-t-elle été informée de l'existence de ces lieux ? Est-ce qu'elle s'y sent bien accueillie ? De nombreux facteurs peuvent influencer l'accessibilité d'un lieu ou d'un service.

Un nombre important de recherches portent notamment sur la matérialité des espaces et regardent en quoi l'environnement bâti peut être un véritable obstacle pour des personnes dont la mobilité est plus ou moins réduite. C'est le cas des personnes âgées, dont l'état de santé déclinant rend la mobilité de plus en plus difficile. Or, l'absence de banc, la présence de marches, un trottoir en mauvais état, un grand boulevard à traverser, des feux de signalisation trop courts sont autant d'éléments qui peuvent contraindre leurs déplacements, réduire leur liberté géographique et, à terme, aboutir au confinement de la personne chez elle (Billette et Lavoie, 2010 ; Wiebe, 2018). La moindre friction avec l'environnement bâti peut avoir une influence sur les pratiques de la ville (Wiebe, 2018). Ces recherches soulignent ainsi l'influence de l'organisation des villes sur les pratiques des personnes âgées et remettent ainsi en cause l'idée simpliste qu'on peut parfois entendre, selon laquelle il serait normal de ne plus avoir envie de sortir lorsqu'on est vieux. Au contraire, l'accessibilité, le confort ou encore le sentiment de sécurité des espaces sont autant d'éléments qui ont une influence importante sur la mobilité et l'autonomie des personnes âgées dans la ville.

En posant la question du caractère favorable ou non des environnements urbains envers les ainés, les études soulignent le rôle des acteurs de l'aménagement, dont les choix ont un impact sur les expériences liées au vieillissement (Marier et al, 2017). L'échelon local est particulièrement concerné, notamment les municipalités (Séguin, 2010), malgré que les réactions face à cet enjeu dépendent souvent des conceptions que les décideurs locaux se font du vieillissement de leur population, selon qu'ils y voient un levier de développement économique et social ou bien se défient de ce qu'ils considèrent être un fardeau engendrant davantage de coûts que de bénéfices (Mallon, 2014). En France et au Québec, comme dans d'autres pays du monde, certaines municipalités ont choisi de mettre en place le programme de l'OMS intitulé VADA, Ville Amie des Aînés (Moulaert et Garon 2016). Ce réseau vise à soutenir les villes qui cherchent à créer un environnement urbain, matériel et social favorisant la participation sociale, la mobilité, l'autonomie et le bien-être des personnes âgées. On notera que VADA est une traduction assez maladroite de *Age Friendly Cities*, qu'on pourrait

remplacer par « villes pour tous les âges » (Hummel et al, 2014). Rappelons en effet que les besoins des personnes âgées en ville recouvrent ceux d'autres catégories d'âges comme les personnes en situation de handicap, les parents de jeunes enfants, les enfants, etc. Marier et al invitent à penser une approche de la ville tenant compte des enjeux d'accessibilité de tous, « en ayant à l'esprit les besoins des différentes générations qui cohabitent sur un même territoire. Cela éviterait de nourrir les clivages intergénérationnels […] et la perception fausse que de nombreuses et coûteuses dépenses sont faites quasi exclusivement pour les personnes âgées » (2017 :11).

3.2 Géographie et gérontologie sociale

Dans le champ de la gérontologie sociale, géographes et non-géographes (psychologues, sociologues, etc.) se sont intéressés à l'inscription spatiale du vieillissement. De nombreux gérontologues ont traité et traitent encore cette question selon une approche environnementaliste, issue de la psychologie environnementale[29]. Leurs travaux sont particulièrement importants (Phillipson, 2007) car ils ont permis de mieux comprendre les effets de certains environnements physiques et sociaux sur les comportements et les expériences des aînés, ainsi que la manière dont ceux-ci perçoivent, se représentent ou encore agissent sur l'environnement dans lequel ils évoluent (Kendig, 2003 ; Lawton, 1980, 1983 ; Lawton et Nahemow, 1973 ; Wahl et Oswald, 2010 ; Wahl et Wiesman, 2003, etc.). Néanmoins, dans un article portant sur la place de la géographie en gérontologie sociale, Cutchin (2009) constate que l'approche environnementaliste domine souvent le « discours géographique », notamment dans la manière dont l'espace est conceptualisé, au détriment d'autres approches et concepts ayant été développés en géographie sociale, qui restent ainsi sous-exploités. Non pas que les travaux ancrés dans la géographie sociale n'existent pas en gérontologie sociale (Andrews et al, 2007, 2009 ; Cutchin, 2009 ; Del Casino, 2009 ; Harper et Law, 1995 ; Rowles, 1978, 1986 ; Warnes, 1981, 1982, 1990 ; Wiles, 2005 ; etc.), mais ceux-ci ont encore bien des contributions à offrir à ce champ de recherche (Andrews et al, 2007, 2013).

Plusieurs auteurs, à l'instar de Cutchin (2009), pensent que la compréhension de la dimension spatiale du vieillissement et des liens entre les personnes âgées et l'espace gagnerait à être davantage enrichie de travaux usant de théories et de concepts propres à la géographie sociale. Phillipson rappelle que l'approche environnementaliste « reste attachée à une perspective écologique du vieillissement, qui ne fournit qu'un aperçu limité des facteurs contextuels influençant la relation entre l'individu et l'environnement »[30] (2007 :326). Non pas que l'espace soit conceptualisé comme un simple contenant inerte dans ces études. La question de l'espace entendu comme dimension fondamentale des sociétés et des individus traverse aujourd'hui toutes les sciences sociales, notamment depuis le tournant spatial engagé il y a déjà plusieurs décennies. Cependant, les modèles développés selon une approche environnementaliste peuvent se révéler parfois trop statiques (Wahl et Weisman, 2003) ou

[29] La psychologie environnementale peut être définie comme « l'étude des interrelations entre l'homme et son environnement physique et social, dans ses dimensions spatiales et temporelles » (Moser et Weiss, 2003).

[30] « On the other hand, environmental models remain wedded to an ecological perspective on aging that provides only limited insights into the contextual factors that influence the relationship between the individual and the environment » (Phillipson, 2007 :326).

limités (Andrews et al, 2013), peu à même de saisir la nature fluctuante et changeante de l'espace, en particulier à l'heure où les transformations que connaît le monde sous l'effet de la mondialisation impactent le quotidien des individus et les lieux où ils vivent (Phillipson, 2007).

L'analyse des contextes locaux ne peut être détachée de la question des parcours de vie, des caractéristiques personnelles et des positionnements sociaux. C'est bien leur articulation qui doit être étudiée, car pour un même milieu, de multiples combinaisons sont possibles et coexistent (Argoud, 2017). C'est pourquoi l'expérience du vieillissement et les réalités vécues par les aînés revêtent des formes différenciées (Billette et al, 2012ab) et qu'il serait même plus pertinent de parler de vieillissements au pluriel (Billette et Lavoie, 2010). Ajoutons que les études portant sur des personnes vieillissantes présentant d'autres caractéristiques, comme le genre, la présence d'un handicap ou problème de santé mentale, le fait d'être migrant, d'appartenir à la communauté LGBTQ+[31], etc., restent encore rares.

II Regard sur la santé mentale

Outre leur vieillissement, la deuxième caractéristique majeure des personnes qui constituent l'objet d'étude de la thèse est leur fragilité psychique. Celle-ci nous amène à interroger la notion même de santé mentale. Comme pour le vieillissement, l'expression « santé mentale » est employée dans une multitude de contextes et peut faire l'objet d'interprétations parfois très différentes. La manière de définir la santé mentale évolue selon les lieux et les époques (Curtis, 2004) et aucune définition ne fait aujourd'hui unanimement consensus. Par ailleurs, les situations de vie de deux personnes concernées par un problème de santé mentale similaire seront très différentes, car de nombreux facteurs sont à considérer, dont le milieu de vie. Poursuivant ce travail préliminaire de déconstruction des termes du sujet, cette section vise à expliciter le regard porté dans cette recherche sur la santé mentale. Pour cela, cette section a un double objectif. Elle vise d'une part à proposer une réflexion sur les mots utilisés pour nommer les personnes dont il est question dans ce travail. Celles-ci reçoivent en effet une multitude d'étiquettes qu'il convient de décortiquer. D'autre part, il s'agit d'interroger la manière dont la santé mentale peut être abordée en sciences sociales et en particulier en géographie sociale.

1 Quels mots pour nommer ?

1.1 L'approche par diagnostic

En médecine comme en sciences sociales, les catégories nosographiques sont souvent utilisées comme critères de recrutement des participants (Parron, 2011), qu'il s'agisse de psychose (Velpry, 2008 ; Estroff, 1981), de schizophrénie (Barett, 1997, Coldefy et al, 2015), de dépression (Vallée, 2012), d'anorexie (Darmon, 2001), etc. Ce choix ciblé a pour but de saisir une expérience commune à des personnes qui partagent un même diagnostic psychiatrique. Mais dans le cadre de cette recherche, ce choix serait problématique, à plus d'un titre.

[31] LGBTQ+ : Lesbiennes, Gays, Bisexuels, Transgenres, Queers.

Tout d'abord, cette recherche se déroule au sein d'un dispositif de droit commun, le GEM[32], qui s'adresse à des personnes dites « en fragilité psychique ». On peut reprocher à cette formulation d'entretenir un certain flou autour du public concerné. Mais elle a l'avantage de ne pas en conditionner l'accès à un diagnostic ou un statut. Ainsi, on peut rencontrer dans les GEM des personnes aux profils très variés et qui entretiennent des rapports différents à la santé mentale, même si la plupart ont en commun d'avoir vécu un parcours difficile marqué par la souffrance psychique et l'isolement (ANCREAI[33], 2017). Pour des questions de faisabilité mais aussi d'éthique, il ne m'aurait pas été possible d'exiger des adhérents qu'ils me révèlent leur diagnostic. D'ailleurs, ce n'est pas parce qu'une personne est adhérente d'un GEM qu'elle a forcément reçu un diagnostic psychiatrique. En outre, l'objet de cette recherche ne porte pas sur la nature des troubles, ni sur l'expérience de la maladie ou encore sur les manières d'être patient en psychiatrie. Cette thèse ne consiste pas non plus à regarder si les manières de pratiquer la ville sont différentes selon que les personnes souffrent de psychose, de troubles bipolaires ou de dépression. L'approche adoptée vis-à-vis de la santé mentale se veut plus large, à l'image de celle qu'on trouve dans les GEM.

Cette approche diffère de la perspective biomédicale, selon laquelle les problèmes de santé mentale sont définis d'abord en tant qu'ils peuvent être diagnostiqués et rapportés à une classification. Le DSM[34] ou la CIM[35] fournissent par exemple une catégorisation des troubles mentaux selon les symptômes qui leur sont associés et servent ainsi de référence pour les diagnostics psychiatriques. Malgré ces classifications, certains diagnostics peuvent nécessiter plusieurs années pour être posés et le risque d'erreur n'est jamais complètement absent. Précisons également que ces catégorisations n'ont rien de figé. A mesure des actualisations, certains troubles disparaissent là où d'autres font leur apparition. Selon l'école de pensée à laquelle ils appartiennent et/ou leur profession, les experts ne s'accordent pas non plus sur leur définition. Par ailleurs, il ne faut pas oublier que ces classifications sont des constructions sociales qui s'appuient sur les normes d'une société donnée. Ainsi, les classifications comme le DSM sont-elles critiquées du fait qu'elles sont bâties sur des normes, associées en particulier à la productivité, l'individualisme, l'équilibre et la rationalité (Crowe, 2000). Ces remarques rejoignent les réflexions de Foucault sur la pression normative exercée par les discours médicaux, qui classent les personnes considérées comme des « fous » à partir de l'anormalité de leurs comportements, plutôt que sur la maladie et le pathologique (Foucault, 1972). Dorvil rappelle que dans ces classifications, la maladie mentale est considérée comme « une forme de perturbation discursive et comportementale qui se définit par l'écart à la norme et se trouve, par le fait même, en contravention avec les règles de l'ordre social établi » (2008 :24). Notons également que des critiques concernant l'existence de conflits d'intérêt liés à l'influence de lobbies pharmaceutiques sont régulièrement adressées à ces classifications (Cosgrove et al, 2006).

De nombreuses réflexions, toujours actuelles, ont porté sur le rôle joué par cette psychiatrie dans la normalisation des conduites et le contrôle social des individus, en

[32] Les GEM sont décrits plus précisément dans la troisième section de ce chapitre.

[33] ANCREAI : Agence Nationale des Centres Régionaux d'Etudes d'Actions et d'Informations, en faveur des personnes en situation de vulnérabilité

[34] DSM: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.

[35] CIM : Classification Internationale des Maladies.

particulier ceux considérés comme déviants (Foucault, 1972 ; Goffman, 1968). En France, les mouvements désaliénistes et antipsychiatriques ont contesté dès les années 1950-1960 cette vision répressive et disciplinaire, montrant que si l'on se contente d'une approche strictement médicale de la folie, se résumant à classer, cataloguer, séparer les individus selon qu'ils transgressent ou non les normes établies, cela revient à retirer aux « fous » leur droit d'être ce qu'ils sont. En réduisant la folie à une simple maladie neurologique, comme s'il ne s'agissait que d'une version déficiente et dysfonctionnelle d'un cerveau sain, on nie le fait que la folie est profondément humaine et que les personnes concernées ont le droit, comme tout un chacun, de vivre leur existence avec et parmi les autres (Coupechoux, 2014a, b). Ces critiques posent ainsi la question de la réhabilitation de la « folie », de son inscription dans la ville et de son droit d'exister dans l'espace public.

La construction sociale de la maladie mentale ne peut donc être occultée. D'ailleurs, en matière de santé mentale, la réalité n'est jamais binaire. Ce n'est pas « soit on est malade, soit on ne l'est pas ». Ce n'est pas parce qu'une personne a reçu un diagnostic et qu'elle prend des médicaments, qu'elle décrira nécessairement son expérience en termes de maladie ou se pensera comme étant « malade ». Certains mouvements, en particulier dans le champ de l'autisme, plaident par exemple en faveur d'une reconnaissance de la neurodiversité[36] (Chamak, 2010). A travers ce concept, les personnes militent pour leur droit à la différence, ne se considérant pas comme atteintes d'une maladie mentale, mais revendiquant un fonctionnement neurologique différent, dans une société qui ne leur est pas adaptée. On peut également citer le mouvement Hearing voices[37], qui considère qu'entendre des voix n'est pas le symptôme d'une maladie mentale qu'il conviendrait de supprimer grâce à des traitements médicamenteux, mais bien une expérience, notamment sensorielle, particulière qui fait partie de la vie de ces personnes et qu'on peut apprivoiser et essayer de comprendre.

1.2 Des personnes en fragilité psychique

Trouver les mots justes pour nommer les personnes dont il est question dans cette thèse est une difficulté qui est apparue dès le début de cette recherche. Il existe une multitude de qualificatifs qui reposent sur différentes définitions de la santé mentale : usager, malade, patient, schizophrène, bipolaire, personne souffrant de troubles psychiques, personne en situation de handicap psychique, etc. Aucune de ces appellations n'est neutre, chacune est portée par des acteurs différents et illustre une perspective particulière qui met en avant telle ou telle interprétation d'une réalité complexe. Il faut pourtant faire un choix, bien que cette réalité échappe de toute manière au carcan d'une désignation unique. Pour les raisons évoquées plus haut, il m'importe de ne pas adopter une approche biomédicale, qui procèderait par exemple par diagnostic ou qui considèrerait les personnes comme des individus malades.

Des « usagers » ?

Le terme d'usager est de plus en plus répandu en France. C'est une catégorie à laquelle les personnes dont il est question dans la thèse peuvent effectivement appartenir car elles ont

[36] Le concept de la neurodiversité est attribué à la psychologue et sociologue Judy Singer, qui a milité pour la défense des droits des personnes autistes (Singer, 1999).

[37] http://www.revfrance.org/ est le site du réseau des entendeurs de voix en France.

généralement recours à des services de psychiatrie. En France, le terme d'usager fait référence à une figure juridique que la loi n°2002-02 rénovant l'action sociale et médico-sociale a voulu replacer « au cœur du dispositif ». C'est un terme révélateur des nouveaux paradigmes des politiques publiques actuelles, qui veulent faire de l'usager l'acteur – et non plus l'objet ou l'assisté – de l'action publique. Parr tire toutefois la sonnette d'alarme face à la banalisation de ce genre de mots, qui « masquent les différences entre les personnes qui ont des problèmes de santé mentale »[38] (2011 :163). Si le terme d'usager a le mérite de chercher à donner une place aux personnes en tant qu'acteurs à part entière du dispositif de prise en charge, il tend à niveler et homogénéiser par son caractère générique la pluralité des situations dans lesquelles vivent ces personnes. Grard rappelle également que le revers de ce terme « consiste à définir à nouveau l'identité des personnes dans leur relation à l'institution psychiatrique, et renvoie à celles-ci en tant qu'elles souffrent d'une maladie mentale, faisant abstraction de leurs autres expériences et affiliations sociales, celles-ci apparaissant de cette manière secondaires ou anecdotiques » (2011 :125). Dans les GEM, le terme d'usager a ainsi été abandonné (bien qu'assez tardivement, avec l'arrêté du 18 mars 2016) au profit de celui d'adhérent ou de membre, afin de se démarquer des établissements médico-sociaux ou de soins.

« On n'est pas obligatoirement malades, mais on est tous fragiles » (F, 1)

Quels mots alors utiliser ? Interrogés sur ce point spécifique lors d'une de mes visites au GEM où j'ai réalisé mon enquête, les adhérents ont exprimé collectivement leur préférence pour le terme de fragilité, précisant que cela leur convenait mieux. Ce choix peut sembler surprenant si on se réfère aux usages biomédicaux de cette notion, qu'on trouve utilisée dans le champ de la gériatrie à partir des années 1980 pour désigner l'état de faiblesse, d'incapacité, de dépendance des personnes âgées nécessitant des soins spécifiques (Hogan et al, 2003). Mais il apparait qu'aujourd'hui le sens du mot fragilité a beaucoup évolué jusqu'à devenir une notion polysémique (Bergman et al, 2004). Lorsque les adhérents du GEM de B s'auto-désignent avec ce terme de fragilité, ils l'emploient dans un sens bien différent de la définition biomédicale ou gériatrique.

Les GEM sont des lieux qui offrent un cadre d'énonciation particulier, où les adhérents peuvent collectivement se réapproprier une identité différente à travers le choix des mots utilisés pour désigner le public accueilli. Ils peuvent ainsi produire leurs propres qualificatifs et décider de se présenter sous une autre identité, dont la qualité première n'est pas la maladie mais bien la personne. L'une des missions que le GEM étudié s'est donné consiste à militer et agir pour changer le regard sur la santé mentale. C'est notamment à travers le choix des mots que cette mission s'opère.

Les observations menées dans le GEM étudié ont permis de constater qu'il y avait davantage de consensus chez les adhérents autour du terme de fragilité que celui de maladie. L'un d'entre eux explique lors d'un entretien :

> *On n'est pas obligatoirement malades, mais on est tous fragiles, la fragilité concerne tout le monde (F, 1)*[39].

[38] « The revisions of 'mental patient' into 'user', 'survivor' or 'client' also mask differences between people with mental health problems » (Parr, 2011 :163)

[39] Le F correspond à « femme » et le chiffre 1 signifie que cette participante appartient à la première classe d'âge, c'est-à-dire 50-59 ans. Ces classes d'âge sont précisées dans le chapitre 4 (point I .1.1).

Certes, le champ lexical de la maladie est encore très présent dans leurs discours. Cela n'empêche qu'ils utilisent aussi le terme de fragilité pour décrire leurs difficultés, leurs problèmes de santé mentale et leur quotidien. La coprésence de ces deux discours (maladie/fragilité) atteste de la présence encore tenace des étiquettes et du discours médical. Mais elle traduit également l'émergence d'une vision alternative, qui propose de considérer les problèmes de santé mentale non pas comme anormaux mais comme le propre de l'être humain, que chacun est susceptible un jour de rencontrer. Une participante témoigne de ces changements terminologiques dans le discours des adhérents :

> *Maintenant, ça y est, je trouve qu'il y a eu des efforts de faits par rapport à ça. Au tout début, c'était beaucoup psychique, psychiatrique, nanani, nanana. Mais maintenant je pense que c'est nous [les adhérents] qui faisons très attention à ça, les mots sont très importants. On voit plus ça maintenant, dans les discours, on parle de personnes en fragilité, sur les plaquettes, on le voit. Tout ça, ça a été modifié (F, 1).*

C'est en effet à la suite de discussions collectives que les adhérents du GEM étudié se sont mis d'accord sur l'emploi du mot fragilité, désormais présent sur les plaquettes d'information par exemple. Ainsi, lorsque les participants parlent de fragilité, ils s'expriment avant tout à partir de leur position commune d'adhérents qui se sont mis d'accord sur ce qualificatif.

Parmi les multiples acceptions de cette notion, celle employée par les participants associe donc la fragilité aux moments de déséquilibre que chaque être humain peut être amené à vivre au cours de sa vie. Ainsi, la fragilité concerne tout le monde, elle est considérée comme normale, au sens où elle fait partie de l'existence humaine. Les adhérents remettent en cause l'opposition qui écarte les individus « en mauvaise santé mentale » de ceux considérés comme sains. C'est un terme qui leur est beaucoup moins stigmatisant et essentialisant que ceux de handicap ou de maladie. Cela n'est pas sans rappeler les réflexions de l'anthropologue Gardou (2005) sur le handicap. L'auteur plaide pour la reconnaissance de la vulnérabilité comme condition commune entre les êtres humains : « rien n'exprime mieux l'archaïsme et la laideur de l'humain que sa capacité à déconsidérer et marginaliser la vulnérabilité, avec un aveuglement incompréhensible. La révolution dont nous parlons, est donc bien une révolution des droits de ceux que le handicap fragilise. […] Le seul lien natif entre les hommes, c'est la vulnérabilité. Notre modernité se refuse pourtant, avec obstination, à l'admettre. Ainsi, nulle régénération des idées et des pratiques sociales, nulle restauration ontologique ne s'effectueront sans cette reconquête de l'humanité des plus vulnérables, sans ce refus de leur réification et de leur mise hors du monde, qui dénaturent la nature humaine » (Gardou, 2005 :15).

Dans le cadre de cette recherche, l'expression de fragilité plutôt que de maladie ou de troubles psychiques est également intéressante car elle permet de sortir d'une approche trop catégorisante qui procèderait par diagnostic. Parler de fragilité est aussi un parti-pris qui consiste à penser qu'étudier le quotidien de ces personnes, les difficultés qu'elles rencontrent et la manière dont elles tentent d'y faire face permettra de dégager des pistes qui peuvent concerner bien d'autres populations. C'est un cadre de réflexion qui permet d'éviter de faire des participants de la recherche les représentants d'un groupe à part, d'un petit segment de la population qui aurait ses propres problématiques, en montrant qu'ils partagent au contraire bien plus de choses en commun avec de nombreuses populations, elles aussi confrontées à des

questions similaires d'inclusion et d'exclusion. Analyser le quotidien de ces personnes, en tant qu'elles sont dites « en situation de fragilité » plutôt qu'atteintes de telle ou telle pathologie, peut permettre de penser des problématiques plus larges, qui concernent un cercle bien plus grand que les seuls « usagers de la psychiatrie » ou « personnes souffrant de troubles psychiques ». En effet, dans ce travail, ce n'est pas de soins, de thérapeutique, de médicaments ou de maladie dont il est question, mais bien de lien social, de rapport à l'autre, de place dans la ville et d'acceptation de la différence. Cela ne signifie pas que l'influence de la maladie, lorsqu'elle est présente, est minime, voire n'existe pas. Ce n'est juste pas l'angle qui a été adopté dans cette recherche. Ce parti-pris correspond plutôt à une volonté de décentrer un regard habituellement « braqué » sur les manières d'être patient, l'expérience de la maladie, de l'institution psychiatrique, etc., pour se pencher plutôt sur les questions d'inclusion et d'exclusion dans la ville, qui ont été assez peu abordées dans le contexte français (Coldefy, 2010).

La fragilité, un terme qui fait écho à la « santé mentale positive »

Néanmoins, il n'est pas anodin d'utiliser cet adjectif « fragile ». La fragilité désigne ce qui peut être facilement brisé, cassé, elle est le contraire de la solidité. On peut peut-être y voir le reflet d'une définition particulière de la santé mentale, sur laquelle s'appuient notamment les politiques publiques, qui met l'accent sur la capacité des individus à résister aux difficultés, à s'adapter aux changements, à rebondir, à ne pas se briser sous l'effet de la pression. Cette « santé mentale positive », prônée par l'OMS et l'UE[40], mais aussi par les pouvoirs publics en France, est souvent associée à la bonne santé du modèle économique en place, en étant pensée en termes de charges, de coûts perdus et d'impacts sur la vie économique (Kovess, 2010).

La santé mentale a de multiples acceptions. Selon la définition employée, on ne pense pas de la même manière la place dans la société des personnes concernées par des problèmes de santé mentale. J'ai présenté plus haut quelques réflexions et approches, en particulier concernant le modèle médical et les critiques qui lui sont adressées. Mais il importe aussi de décortiquer la façon dont l'expression « santé mentale », en particulier la « santé mentale positive » est utilisée dans les politiques publiques, car cela peut apporter quelques clefs de compréhension concernant l'usage par les participants de ce terme de fragilité.

Sur cette question, le psychiatre Mathieu Bellahsen offre une analyse critique dans son ouvrage « La santé mentale, vers un bonheur sous contrôle » (2014), où il retrace la généalogie du concept de santé mentale. Il montre d'abord comment le concept émerge à la fin des années 1950 en France dans un contexte marqué par la remise en cause de l'asile et la volonté de transformer profondément les pratiques psychiatriques. Les soignants qui portaient ces idées ont souhaité en finir avec l'enfermement des patients, considérant que les malades devaient pouvoir vivre parmi les autres, dans la cité, avec l'accompagnement dont ils avaient besoin. La politique de sectorisation en France est née de ces réflexions progressistes, avec la circulaire de 1960 qui crée le secteur psychiatrique, visant à rompre avec l'hospitalo-centrisme par le développement d'une offre de soins ambulatoires. Bellahsen montre qu'à cette période, le concept de santé mentale s'inscrit dans une lecture critique et politique de la

[40] UE : Union Européenne.

société : « l'idée commune est le renversement des bases du modèle asilaire : le fou, la société, l'institution. Le fou est porteur, par son être même de classifié (malade mental), de contrôlé (du fait de l'internement), d'exclu (par l'abolition de ses droits civiques dans certains pays), d'une critique politique à l'égard de la société » (2014 :39-40).

Bellahsen montre ensuite comment ce concept de santé mentale, à l'origine pensé comme un outil d'inclusion des malades, va se transformer subrepticement à partir des années 1980 en un outil de normalisation des conduites. Il s'appuie sur les travaux de Dardot et Laval (2009), qui ont travaillé sur la fabrique d'une subjectivité néolibérale, c'est-à-dire la manière dont les normes portées par le néolibéralisme, que sont la logique de marché et le principe de concurrence, se sont introduites non pas seulement à l'intérieur des Etats, mais aussi à l'intérieur des individus. Ainsi, écrit Bellahsen, « si tout est concurrence, chaque espace devient une entreprise, aussi infime soit-il. Comme toute entreprise, faire fructifier son capital, investir, innover sont les maîtres mots qui s'appliquent pour que la performance, la compétitivité deviennent les buts de la « gouvernance ». Ainsi, l'individu doit gérer ses espaces intimes à l'image de l'auto-entrepreneur qu'il devient dans ce cadre normatif. Une fois doté de son capital santé, culturel, social et intellectuel, il entre dans la course pour maximiser ses profits » (2014 :18). Parmi ces capitaux qu'il s'agit de faire fructifier, la santé mentale ne fait pas exception.

Ce cadre d'analyse permet de relire la définition de la santé mentale donnée par l'OMS, qui fait souvent figure de référence, sans qu'elle soit véritablement questionnée. La santé mentale serait « un état de bien-être dans lequel une personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et contribuer à la vie de la communauté ». Dans cette lignée, l'OMS fournit également une définition de la « bonne santé mentale », qu'on peut d'ailleurs retrouver dans des rapports ministériels comme le rapport « La santé mentale, l'affaire de tous – pour une approche cohérente de la qualité de vie » (Kovess, 2010). Cette définition est la suivante : « une personne en bonne santé mentale est une personne capable de s'adapter aux diverses situations de la vie, faites de frustrations et de joies, de moments difficiles à traverser ou de problèmes à résoudre. Une personne en bonne santé mentale est donc quelqu'un qui se sent suffisamment en confiance pour s'adapter à une situation à laquelle il ne peut rien changer ».

Cette définition est problématique, car si elle parait centrée sur la personne, elle semble aussi expliciter les qualités requises dans un système qui valorise à outrance la performance, la flexibilité, l'autonomie et la résilience (Ehrenberg, 2008, 2010 ; Ehrenberg et Lovell, 2001 ; Otero, 2005). A contrario, une personne qui a des problèmes de santé mentale serait alors quelqu'un qui n'est pas en mesure de contribuer à la société, de produire de la richesse et qui serait en situation de dépendance. Bellahsen s'interroge face à une telle définition : « que penser des personnes qui ne s'adaptent pas à une situation à laquelle ils ne peuvent rien changer, qui refusent de s'adapter, voire qui concourent à changer la situation ? » (2014 :23). Cette définition de l'OMS, assez neutre d'apparence, est en réalité porteuse d'une injonction normative très forte vis-à-vis des individus. Elle ne laisse pas de place à la remise en cause du cadre politique, économique et social dans lequel évolue la personne.

C'est dans cette logique que s'inscrit un concept de plus en plus mis en avant, notamment dans les politiques publiques, celui de santé mentale positive. On en trouve une définition dans le rapport « La santé mentale, l'affaire de tous » (Kovess, 2010) : « la santé

mentale positive fait référence, soit à un état de bien-être, un sentiment de bonheur et/ou de réalisation de soi, soit à des caractéristiques de la personnalité (résilience, optimisme, capacité de faire face aux difficultés, impression de maîtriser sa vie, estime de soi). C'est un état positif, d'équilibre et d'harmonie entre les structures de l'individu et celles du milieu auquel il doit s'adapter. C'est la part de « santé » dans la santé mentale, qui ne se définit pas seulement par l'absence de troubles mais comme une capacité dynamique, voire comme 'un effort permanent, une perpétuelle conquête de l'autonomie' » (2010 :21).

On constate ainsi que depuis les années 1950, il y a eu un véritable changement de paradigme autour du concept de santé mentale. Pour Bellahsen, « la santé mentale dans sa forme actuelle est un processus de normalisation visant à transformer le rapport des individus, des groupes et de la société dans le sens d'une adaptation à une économie concurrentielle vécue comme naturelle » (2014 :21). L'accent est très largement placé sur l'individu et sa responsabilité. Les conséquences pour les personnes concernées par des problèmes de santé mentale sont importantes. Comme le remarque Otero, « le nouvel usager est un patient « compétent », c'est-à-dire qui ne fait pas que « pâtir », mais qui devient capable de « gérer » ses symptômes en ce sens qu'il doit s'impliquer en tant qu'individu dans la résolution de « son » problème de santé mentale » (2005 :78).

Certains auteurs comme Coupechoux (2014a, b) adressent de vives critiques envers ce concept de santé mentale tel que défini aujourd'hui, qui ne permet plus selon eux d'être dans le soin, c'est-à-dire dans la relation, notamment avec les personnes psychotiques, et qui même les exclut, dans un système où l'hôpital se résume de plus en plus à un lieu de traitement des crises. Ces critiques mettent le doigt sur de véritables tensions qui traversent l'organisation du système de santé, notamment en psychiatrie. Ce système a fait l'objet depuis les années 1980-90 de réformes visant la rationalisation du contrôle des dépenses et la maîtrise des coûts de santé (Bergeron et Castel, 2015). La compression des budgets, la mise en place de protocoles de certifications, la logique de gestion à flux tendu, la nécessité d'aller vite et de libérer des lits rapidement, la surcharge de travail sont autant de pressions exercées sur les soignants dont les pratiques professionnelles ne peuvent être que profondément modifiées. Mougeot (2017) a étudié les mutations du travail des soignants de la psychiatrie sous l'effet de la mise en place de la logique managériale issue du New Public Management. Ses conclusions montrent que « l'impossibilité actuelle d'accorder du temps à l'ensemble des patients aboutit à l'instauration d'un fonctionnement institutionnalisant l'arbitraire en psychiatrie par la transformation des outils du soin en outil de gestion des flux de patients » (2017 :69).

Le concept de santé mentale a été dépossédé de son approche relationnelle et compréhensive pour devenir davantage opérationnel et normatif. Dans ce contexte, la fragilité peut s'entendre comme un qualificatif soulignant le fait que les personnes qu'il désigne ne correspondent pas aux attentes ni ne possèdent les qualités requises pour être considérées comme étant « en bonne santé mentale ». Pour autant, on peut aussi arguer que parler de fragilité amène à interroger ce qui fragilise, plutôt que de questionner la capacité de la personne à faire face aux difficultés. Pris dans ce sens, cela met ainsi l'accent sur les processus d'exclusion que vivent les personnes, qui, conjugués à leurs difficultés personnelles, ne leur permettent pas d'atteindre cet état que serait la bonne santé mentale tel que posé par l'OMS. Se redessine alors en creux une définition de la santé mentale qui n'est pas basée sur la capacité des individus à contribuer et à produire, mais qui au contraire place

l'emphase sur la personne et le lien social, nous invitant à repenser la santé mentale à nouveau en termes de responsabilités collectives plutôt que de compétences individuelles et de compétition.

2 Pour une approche globale de la santé mentale

Si les personnes dont il est question dans cette recherche peuvent être qualifiées de fragiles, par quoi sont-elles fragilisées ? Traduit dans le langage des sciences sociales, cette question amène à s'intéresser aux inégalités sociales de santé et aux déterminants sociaux de la santé mentale, que les études menées en épidémiologie, en géographie, en anthropologie, en psychologie ou encore en sociologie permettent de mieux comprendre, en apportant chacune un éclairage disciplinaire différent mais complémentaire (Curtis, 2007).

Il faut maintenant préciser la manière dont la santé mentale est abordée dans les sciences sociales et en particulier en géographie. Ne serait-ce que dans cette seule discipline, il existe de multiples façons de traiter ces questions, selon qu'on s'intéresse à la distribution de telle pathologie dans l'espace, à l'organisation des systèmes de prise en charge, au caractère thérapeutique de certains lieux et à leur influence sur le bien-être, ou à l'inclusion dans la ville des personnes concernées par des problèmes de santé mentale. C'est précisément sur ce dernier point que porte la thèse. Néanmoins, avant d'aller plus loin, il faut exposer quelques caractéristiques propres au regard posé sur la santé mentale en sciences sociales et en particulier en géographie sociale de la santé.

2.1 La santé mentale est influencée par une multitude de déterminants

Parler d'inégalités sociales de santé (y compris mentale), c'est poser la question de la manière dont le social se transcrit dans les corps (Fassin et al, 2000). En effet, la littérature scientifique s'accorde largement[41] sur l'existence d'un gradient social de la santé, c'est-à-dire d'un lien entre l'état de santé et la position sociale des individus. Dit autrement, plus la condition socio-économique d'une personne est basse, plus celle-ci risque d'être en mauvaise santé. En France par exemple, si l'espérance de vie augmente, les inégalités sociales face à la mort n'ont pas diminué (Autès, 2012 ; Blanpain, 2011 ; 2016)[42]. Les conditions socio-économiques et l'état de santé agissent l'un sur l'autre de manière complexe. L'état de santé peut avoir un impact sur la position sociale d'un individu. Il sera peut-être plus difficile pour une personne en mauvaise santé (physique et/ou mentale) de suivre des études puis d'accéder à un emploi stable. Mais à l'inverse, des conditions socio-économiques difficiles peuvent conduire à la dégradation de l'état de santé (Lang, 2009). C'est d'ailleurs souvent dans ce sens que la corrélation est constatée (De Koninck et al, 2008). Contrairement aux inégalités de santé (liées à des facteurs génétiques par exemple), les inégalités sociales de santé sont considérées comme des iniquités, c'est-à-dire qu'elles sont le fruit d'une injustice sociale (Autès, 2007), d'inégalités produites par les sociétés (Fassin et al, 2000) et qu'à ce titre, elles pourraient être évitées (Potvin et al, 2010). La réduction des inégalités sociales de santé

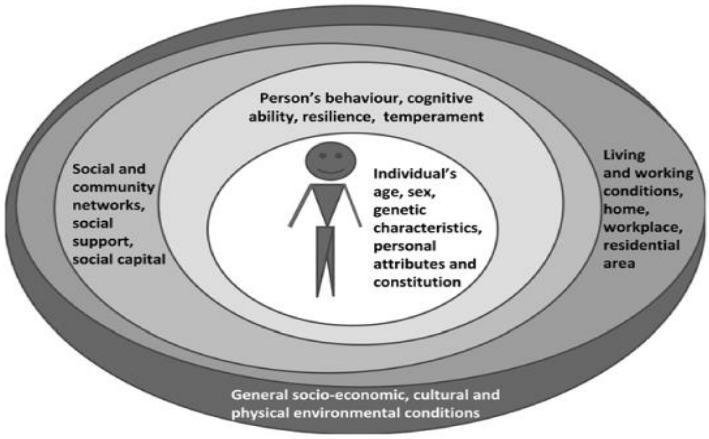
[41] On peut souvent lire que ce constat est l'un des résultats les plus solides en épidémiologie sociale (Autès, 2007 ; Guichard et Potvin, 2010 ; Potvin et al, 2010).

[42] Selon l'INSEE (Blanpain, 2016), entre 2009 et 2013, l'écart entre l'espérance de vie d'un cadre et celle d'un ouvrier est de 6, 4 ans pour les hommes et 3,2 pour les femmes. Pour la même période, l'écart entre diplômés du supérieur et non-diplômés est de 7,5 ans pour les hommes et 4,2 ans pour les femmes.

s'inscrit ainsi dans une lutte visant davantage de justice sociale et d'équité en matière de santé (Sen, 2009).

Pour comprendre les mécanismes contribuant à la construction des inégalités sociales de santé, l'approche globale de la santé se révèle particulièrement utile. Celle-ci considère que l'état de santé résulte de l'action conjuguée d'une multitude de déterminants, qui peuvent être certes biologiques, mais aussi sociaux et environnementaux. Il s'agit d'un processus présent tout au long de la vie (Lang, 2009). Différents modèles ont été élaborés pour rendre compte de la complexité de ces déterminants de la santé, y compris mentale, à l'instar de celui de Whitehead et repris par Curtis (2010) ci-dessous, qui a opté pour un diagramme en oignon pour illustrer les interactions entre les caractéristiques personnelles de l'individu (placé au centre) et son environnement, entendu dans ses multiples dimensions (sociales, physiques, culturelles, matérielles, économiques, politiques, symboliques, etc.). Bien entendu, aucun modèle ne peut prétendre à l'exhaustivité. Tous n'accordent pas la même importance à tous les déterminants de la santé, certains insistant davantage sur les déterminants sociaux, d'autres sur les déterminants physiques, etc.

Figure 2 : « Modèle social de la santé mentale », basé sur le « modèle social de la santé » proposé par Whitehead et Dalgren (Whitehead, 1995)
Source : Curtis (2010)



Le schéma[43] ci-dessus montre que l'état de santé mentale d'un individu est loin de se résumer à des causes strictement biologiques ou génétiques, ou encore à de simples comportements individuels qui seraient délétères. La santé mentale, tout comme la santé physique, est influencée par un ensemble de facteurs sociaux et environnementaux externes à l'individu, qui vont bien au-delà de l'organisation du système de soins et sur lesquels il est possible d'agir, notamment à travers l'action publique. L'étude des déterminants sociaux de la santé mentale se révèle ainsi indispensable pour lutter efficacement contre les inégalités sociales (Curtis, 2004, 2010).

[43] La lecture s'effectue du centre vers l'extérieur. Cercle 1 : L'âge de l'individu, son sexe, ses caractéristiques génétiques, ses attributs personnels et sa constitution. Cercle 2 : Le comportement de la personne, ses capacités cognitives, sa résilience, son tempérament. Cercle 3 : Les réseaux sociaux et communautaires, le soutien social, le capital social. Cercle 4 : Les conditions de vie et de travail, le chez-soi, le lieu de travail, les zones résidentielles. Cercle 5 : Les conditions socio-économiques, culturelles, physiques et environnementales générales.

On constate un intérêt croissant des politiques publiques pour les questions de santé mentale (Curtis, 2010). Néanmoins, les préconisations se contentent souvent de pointer du doigt les comportements individuels (manger équilibré, réduire sa consommation de tabac et d'alcool, bouger plus, etc.), au détriment d'une action plus globale sur les déterminants sociaux de la santé mentale. Ajoutons que les études documentant les impacts des actions engagées dans le but d'agir sur les déterminants sociaux de la santé mentale sont encore trop peu nombreuses (Curtis, 2010). Cette thèse, qui étudie entre autres l'influence d'un dispositif d'entraide en santé mentale sur le quotidien des personnes qui le fréquentent, pourra ainsi venir compléter la liste encore trop courte de ces travaux.

2.2 Déterminants sociaux de la santé mentale : les apports de la géographie de la santé

Il est impossible d'étudier de manière exhaustive tous les déterminants sociaux de la santé mentale. De plus, il faut l'éclairage de disciplines différentes pour espérer saisir pleinement la complexité de la construction des inégalités sociales de santé. Je vais présenter ici l'approche de la géographie sociale de la santé, qui met l'accent sur le rôle de l'espace dans la production des inégalités sociales de santé mentale. Il faut préciser que cette recherche n'est pas une thèse de géographie de la santé car les questions traitées ne concernent pas directement la santé des personnes, mais leur place dans la ville. Pour autant, les réflexions issues de la géographie de la santé sont utiles pour préciser le regard porté dans ce travail sur la santé mentale.

Pour Curtis (2004), la géographie s'avère particulièrement pertinente pour penser la santé mentale selon une approche globale car cette discipline place au cœur de sa démarche l'étude des interactions entre l'individu et son environnement. La géographie de la santé étudie notamment les variations de l'état de santé des populations et des individus à travers l'espace. Dans la mesure où l'état de santé mentale est influencé par des déterminants sociaux et environnementaux et que les lieux ont une pertinence pour comprendre la manière dont ils agissent sur les individus, Curtis (2004) n'hésite pas à parler d'inégalités géographiques en matière de santé mentale. Les études montrent en effet que selon l'endroit où l'on vit, on peut avoir plus ou moins de risques de développer des problèmes de santé mentale, tout comme certains endroits peuvent exacerber des problèmes déjà existants. Si les caractéristiques des individus sont importantes, comme leur statut social par exemple, il est donc indispensable de tenir compte également des caractéristiques des milieux dans lesquels ils évoluent et d'étudier la manière dont celles-ci influencent leur santé mentale. Ce constat est identique à celui posé plus tôt sur l'appréhension du vieillissement.

Si les lieux sont importants, il faut veiller à ne pas tomber dans les travers du spatialisme (ou *ecological fallacy*), qui consiste à considérer la zone étudiée comme une unité statique et homogène, influençant de la même manière tous les individus qui y vivent. Cette approche repose sur une vision figée et conventionnelle de l'espace, consistant à qualifier les aires géographiques étudiées selon qu'elles soient rurales, urbaines, industrielles, agricoles, populaires, etc., sans nécessairement tenir compte de la diversité sociale des individus qui y vivent, ni du fait que l'espace est une construction sociale.

Cette mise en garde fait écho aux réflexions menées en géographie sociale sur la question du statut de l'espace. L'idée d'une symétrie entre espace et société a longtemps marqué la géographie sociale française, comme si l'espace était une catégorie indépendante. Cette approche dualiste a contribué à « laisser croire à des rapports sociaux qui ne seraient pas spatialisés et à un espace qui serait autonome et extérieur à la société » (Veschambre, 2006 :215). Depuis, la géographie a cherché à clarifier le statut de l'espace en réaffirmant sa nature sociale. Il s'agit de montrer que l'espace ne peut constituer un facteur en soi, extérieur à la société, puisqu'il est « par essence social, en tant qu'il est construit, produit, pratiqué, représenté par les individus et les groupes sociaux » (Veschambre, 2006 :219). En géographie sociale, on parle ainsi plutôt de dimension spatiale, en considérant l'espace comme une dimension du social.

Concernant les questions de santé, Fleuret et Séchet rappellent que « s'inscrire dans une démarche de géographie sociale de la santé suppose de questionner la santé à partir d'un espace posé comme support, produit et enjeu » (2006 :349). Cette problématisation du rôle de l'espace à l'aune de la géographie sociale amène à penser les questions de santé à l'échelle fine des individus et des espaces de vie (Chauvin et Vallée, 2014 ; Fleuret et Séchet, 2006). La santé ne saurait être déconnectée des contextes dans lesquels évoluent les individus (Fleuret et Thouez, 2007). L'espace est partie prenante des processus conduisant à la production et au maintien des inégalités sociales de santé. Les déterminants sociaux de la santé s'inscrivent en effet dans des lieux dont les caractéristiques physiques, économiques, sociales, culturelles, politiques, etc. façonnent les relations des individus à leur environnement. Fleuret et Thouez (2007) soulignent ainsi que la géographie de la santé ne peut être que sociale, dans la mesure où celle-ci ne considère pas l'espace comme un simple paramètre de lecture des sociétés, mais bien en tant que support, cadre et enjeu de la production et de la reproduction des sociétés. En matière de santé, cette prise en compte de la dimension spatiale a enrichi la manière de penser les liens entre santé et espace, en élargissant considérablement les champs de réflexion de la géographie de la santé (Fleuret et Atkinson, 2007 ; Kearns et Moon, 2007).

2.3 Quelques déterminants sociaux essentiels de la santé mentale

Dans un ouvrage de géographie de la santé intitulé « Space, place and mental health », Curtis (2010) s'appuie sur les idées issues de la géographie sociale pour explorer différentes composantes influençant la santé mentale. Son propos consiste à montrer comment la santé mentale des individus peut être influencée (positivement et négativement) par les aspects symboliques, matériels et sociaux de l'espace.

Santé mentale et environnement physique et matériel

Curtis (2010) s'intéresse à la façon dont les aspects matériels et physiques de l'environnement - bâti ou naturel- peuvent influencer la santé mentale, aussi bien de manière positive que négative. Certains attributs peuvent doter un paysage d'un caractère profondément thérapeutique. Une architecture particulière, la présence d'éléments naturels, etc. peuvent avoir des effets positifs sur la santé mentale et favoriser le bien-être. Cela peut aussi provenir du sentiment d'attachement à un lieu, avec lequel une personne peut tisser des liens forts, notamment sur le plan émotionnel (Fullilove, 1996). A l'inverse, l'absence

d'attributs dits thérapeutiques (par exemple, ne pas avoir accès à des espaces verts) peut nuire au bien-être et à la bonne santé mentale des personnes. Les aspects physiques et matériels de l'environnement peuvent aussi générer et/ou exacerber du stress et des problèmes de santé mentale. Curtis cite certaines nuisances (sonores, olfactives, etc.) et pollutions qui ont des impacts sur la santé mentale des populations qui y sont exposées. Notons que ce sont souvent ces mêmes populations qui sont confrontées à des difficultés sociales et économiques, ce qui conduit à s'interroger sur les liens entre santé mentale et précarité économique et sociale.

Les personnes en fragilité psychique sont souvent bénéficiaires des minimas sociaux. Certaines sont sous tutelle ou curatelle, contraignant ainsi la manière dont elles peuvent disposer de leur argent. Beaucoup vivent dans de petits logements, aux conditions plus ou moins décentes, dans des zones qu'elles n'ont pas nécessairement choisies. De nombreuses études affirment l'existence d'un lien entre le statut socio-économique et les problèmes de santé mentale (Declerck 2014 ; Kovess et Mangin Lazarus, 1996 ; Sicot, 2001). Autès (2012) remarque que les corrélations entre santé mentale et situation sociale ont été moins étudiées que pour la santé physique et qu'elles sont plus difficiles à établir, du fait des débats quant à la nature, la définition et la manière de mesurer les problèmes de santé mentale. Néanmoins, l'auteur précise également que les liens entre précarité économique et dépression/troubles anxieux sont largement avérés, et que « dans tous les cas, la qualité des prises en charge est d'autant moins satisfaisante que le statut social des personnes est défavorisé » (2012 :49).

Il semblerait qu'il y ait une plus grande prévalence de problèmes de santé mentale au sein des populations plus défavorisées. L'étude SAMENTA[44] (Laporte et Chauvin, 2010) menée en 2009 en Ile-de-France montre qu'un tiers des personnes sans logement présentent un « trouble psychiatrique sévère » (psychotique, de l'humeur ou anxieux). Pour autant, le débat quant à savoir si la pauvreté est la cause ou la conséquence des problèmes de santé mentale n'aboutit pas et alimente les confusions (Sicot, 2001). Les études confirment une association entre statut socio-économique et « troubles psychiques » (Lovell, 2000), qu'elles aient été menées auprès de populations cliniques ou de la population générale. Mais la manière dont les troubles psychiques sont définis et mesurés dans ces études a une incidence sur l'analyse (Coldefy, 2010 ; Lovell, 2000). De nombreux biais sont à considérer et c'est pourquoi les études sont difficilement comparables et ne permettent pas d'expliquer clairement le sens de la relation entre pauvreté et santé mentale. Dans les études, la maladie mentale est parfois définie comme un phénomène discret, avec des catégories tranchées (maladie : absente/présente). Dans ce cas, la dimension sociale des troubles est généralement peu prise en compte. Elle peut être aussi considérée comme un phénomène continu, mesurée grâce à des échelles psychologiques (échelle de détresse psychologique par exemple). Ces échelles peuvent donner lieu à une surestimation de la prévalence des troubles dans le cas de certaines populations, comme les personnes sans logement (Sicot, 2001 ; Wright, 1988). En effet, « certaines conditions de vie peuvent donner lieu à des comportements ou des expériences interprétées de façon erronée comme des signes de trouble mental. Ce qui est alors considéré comme un symptôme psychiatrique peut englober des réponses « normales » à des situations défavorables extrêmes » (Lovell, 2000 :259).

[44] SAMENTA : SAnté MENTale et Addictions.

Dans les enquêtes, il est donc important de distinguer celles qui cherchent à mesurer la prévalence de certaines maladies mentales de celles qui visent à évaluer l'état de santé mentale de la population. Comme le précise Kovess-Masféty (1996), une personne souffrant de troubles psychiques peut avoir une plus ou moins bonne santé mentale, là où une personne en état de souffrance psychologique peut ne pas présenter de diagnostic de maladie mentale. Des biais apparaissent également lorsque l'échantillon se limite aux personnes prises en charge, puisqu'une partie de la population concernée par des problèmes de santé mentale échappe au système de soins (Curtis, 2004).

Si les études s'accordent pour mettre en lumière un lien statistique entre le statut socio-économique et le fait d'avoir des problèmes de santé mentale, différentes hypothèses ont été avancées pour expliquer ce lien :

Breeder theory (ou théorie de l'environnement générateur) : « les troubles mentaux résultent de situations adverses, du stress lié à des positions sociales désavantagées ou au manque de ressources » (Lovell, 2000 :259). En d'autres termes, les conditions de vie et les caractéristiques du contexte local dans lesquelles vivent les populations défavorisées sont considérées comme pathogènes, comme un facteur de vulnérabilité et un déclencheur potentiel ou d'exacerbation de problèmes de santé mentale (Coldefy, 2010 ; Curtis, 2004 ; Fortin, 1989). Le stress, le manque de ressources, un environnement physique dégradé, de mauvaises conditions de logement, etc. sont autant de caractéristiques qui ont une influence sur l'état de santé mentale.

Drift theory (ou théorie du glissement) : les personnes vivant avec des problèmes de santé mentale auraient plus de risques de dériver de leur situation d'origine pour tomber dans la pauvreté (Curtis, 2004 ; Sicot, 2001). Cette hypothèse s'appuie sur l'idée que ces personnes connaissent plus de difficultés pour s'adapter, font l'expérience de la stigmatisation et de la perte de confiance en soi (Coldefy, 2010) et sont moins bien outillées en termes de ressources et de soutiens pour faire face à la compétition sociale (Fortin, 1989). Elles sont alors amenées à déménager dans des zones plus défavorisées, où les logements sont plus abordables. De Koninck et al (2008) rappellent également que les sentiments de ne pas avoir de contrôle sur sa vie, de subir des injustices et de ne pas avoir la maîtrise de sa destinée qui accompagnent généralement les positions sociales moins élevées peuvent avoir des effets négatifs importants sur la santé mentale des individus.

Il n'est pas toujours évident de dissocier ces deux théories car elles opèrent souvent ensemble (Coldefy, 2010 ; Curtis, 2004). Si le sens de la relation entre problèmes de santé mentale et pauvreté ne peut être clairement démontré, il peut être intéressant de poser la question de leur association sous un autre angle que celui de la corrélation statistique, en s'appuyant notamment sur des méthodes plus qualitatives. Les mécanismes par lesquels pauvreté et santé mentale sont liés sont particulièrement complexes (Lovell, 2000). Curtis explique que « l'interaction entre les personnes et leur environnement social et physique affecte de multiples manières le fonctionnement mental, ce qui signifie que les facteurs géographiques influencent la maladie mentale et le bien-être » (2004 :193). C'est pourquoi les risques de développer des problèmes de santé mentale, de même que la manière dont ils peuvent évoluer peuvent varier sur le plan spatial.

Santé mentale et inclusion sociale

Curtis (2010) rappelle que l'expérience que font les individus des aspects physiques et matériels de l'environnement ne peut être dissociée de l'expérience de ce même environnement en tant qu'espace social et symbolique. L'inclusion sociale joue en effet un rôle essentiel dans la santé mentale des individus, en constituant, selon Curtis, une dimension essentielle des paysages thérapeutiques. Comme pour les aspects physiques et matériels de l'environnement, la nature et la qualité de l'environnement social au sein duquel évolue un individu aura des conséquences positives ou négatives sur sa santé. Cette question est particulièrement actuelle du fait que l'évolution de notre société est fréquemment associée au renforcement de l'individualisme et à l'affaiblissement des liens sociaux (Curtis, 2010), qui ne sont pas sans lien avec l'augmentation des troubles anxieux et dépressifs et la montée d'un sentiment plus général de mal-être (Demailly, 2012).

Avoir des relations sociales avec d'autres personnes offre un filet de soutien qui peut avoir d'importantes conséquences sur l'état de santé physique et mentale, tout comme il peut influencer les comportements liés à la santé (Berkman et al, 2000). Les études montrent que plus les personnes bénéficient de soutien social, meilleure sera leur santé mentale (Curtis, 2004 ; De Koninck et al, 2008). Il est généralement plus facile de traverser des épreuves difficiles en étant entouré plutôt qu'en devant y faire face seul, sans ce « tampon protecteur » (Curtis, 2004). Certaines relations sociales, au sein de son quartier par exemple, peuvent contribuer à nourrir un sentiment d'appartenance à un lieu, ce qui permet de se construire un point d'ancrage et un cocon protecteur, qui contribue à maintenir l'identité de la personne et procure un sentiment de sécurité et de bien-être, comme nous l'avons vu dans la section sur le vieillissement. Or, à l'heure de la gentrification et de la mondialisation, certains espaces de vie sont bouleversés et ces transformations urbaines ne sont pas sans conséquences sur la santé mentale des habitants. Le sentiment de perdre le contrôle sur son environnement et la perte des liens sociaux préexistants du fait d'une réorganisation du quartier par exemple peut générer beaucoup d'anxiété et de mal-être, en particulier chez les personnes dont les réseaux sociaux sont assez faibles et dont la mobilité est réduite (Andrews et al, 2013 ; Guberman et Olazabal, 2010).

Les relations sociales peuvent être aussi d'un autre type que celui du support, des contacts quotidiens ou des relations de voisinage. On pensera notamment à l'importance de disposer d'un certain capital social pour l'accès aux soins et l'entretien de sa santé. Le fait de bénéficier d'un carnet d'adresses par exemple peut permettre d'accéder plus rapidement à un service de soins ou d'être mieux orienté dans le paysage sanitaire et social de la prise en charge. Les personnes n'ayant aucun contact navigueront certainement plus lentement au sein du système et auront moins accès à l'information (Kawachi et Berkman, 2000). Ainsi, « les réseaux sociaux sont une des composantes majeures des géographies individuelles du soin », comme le remarquent Fleuret et Séchet (2006 :349), rappelant que les inégalités face à la santé et au système de soins sont une dimension majeure des rapports sociaux. Lorsqu'une personne est isolée, elle ne bénéficie pas de l'aide d'un proche qui pourrait par exemple l'encourager à consulter, à recevoir de l'aide, l'accompagner à un rendez-vous, etc.

Tout comme pour les liens entre santé mentale et pauvreté, il est très difficile d'affirmer si l'exclusion sociale occasionne des problèmes de santé mentale ou si c'est parce que les personnes ont des problèmes de santé mentale qu'elles se retrouvent prises dans des

processus d'exclusion sociale. Mais quel que soit le sens de cette relation, les études s'accordent sur le fait qu'il y a une corrélation entre santé mentale et inclusion sociale, et que l'inscription dans un réseau social a une influence sur l'état de santé (physique et mentale). Le soutien apporté par les relations sociales agit de multiples manières puisqu'il peut être d'ordres informationnel, émotionnel, affectif, matériel, financier, etc. (Lang, 2009).

Comme l'écrit Lang (2009), « la santé se construit dans un environnement social ». La présence ou l'absence de relations sociales, de même que leur nature, peuvent avoir de multiples conséquences sur la santé mentale des individus. Cette question est importante, car les patients de la psychiatrie vivent désormais pour la plupart en milieu ordinaire, c'est-à-dire dans la ville, avec et parmi les autres. Curtis (2010) insiste sur l'importance de documenter davantage les effets de l'environnement social – et en particulier de l'inclusion - sur l'état de santé mentale et le mieux-être, dans la mesure où les personnes qui vivent avec des problèmes de santé mentale doivent souvent faire face à de multiples formes de discrimination et d'exclusion (Curtis, 2004 ; Parr, 2011 ; Roelandt et al, 2012).

III La population d'étude

Après avoir présenté des éléments sur le vieillissement et la santé mentale, il s'agit maintenant de présenter ce que l'on sait de leur combinaison pour les individus, en fonction des contextes de vie. On aborde d'abord l'articulation entre le vieillissement et la santé mentale, en interrogeant la manière dont on vieillit lorsqu'on est en fragilité psychique, mais aussi les facteurs influençant la santé mentale des personnes vieillissantes. Il s'agit ensuite d'articuler ces caractéristiques à une entrée spatiale, car la thèse porte sur les personnes en fragilité psychique qui vieillissent au sein d'un contexte spécifique, la petite ville et les villages alentour. Enfin, une dernière caractéristique s'ajoute : parmi les personnes en fragilité psychique vieillissantes, cette thèse s'intéresse plus précisément à celles qui s'impliquent dans un GEM.

1 Les personnes en fragilité psychique vieillissantes

Penchons-nous sur la manière dont les deux notions traitées dans les sections précédentes, vieillissement et santé mentale, s'articulent chez les individus. Deux principales sources de données documentant le quotidien des personnes dont il est question dans cette recherche ont été identifiées. Il s'agit d'une part des études portant sur les conditions de vie des personnes en fragilité psychique vieillissantes, qui sont pour la plupart issues de la psychologie ou de la médecine. D'autre part, on compte les études portant sur la manière dont la santé mentale des aînés est prise en compte dans notre société et sur l'influence des normes du vieillissement s'imposant aux personnes âgées sur leur santé mentale. Celles-ci proviennent majoritairement de la gérontologie sociale, de la sociologie du vieillissement et de la géographie sociale.

1.1 Vieillir quand on est en fragilité psychique

Quelques estimations

Il est difficile d'estimer le nombre de personnes en fragilité psychique vieillissantes, notamment du fait de la difficulté à circonscrire les contours de cette population. Certaines

études utilisent comme critère de sélection le diagnostic, d'autres le recours à des services de santé mentale, d'autres encore la reconnaissance d'un handicap psychique[45]. Toujours est-il que la santé mentale des aînés fait l'objet de préoccupations grandissantes, aussi bien au niveau de l'Union européenne (Jané-Llopis et Gabilondo, 2008) que de la France, où le Haut Conseil de la Santé Publique (2016) rappelle dans son évaluation du plan « Psychiatrie et santé mentale 2011-2015 » que le vieillissement des personnes en fragilité psychique doit être accompagné.

On sait que les personnes en fragilité psychique sont de plus en plus nombreuses et qu'elles vivent de plus en plus longtemps (Bartels et al, 2004 ; Cohen et al, 2008 ; Dallaire et al, 2010). Lavoie et al. (2010) expliquent ce phénomène par la longévité accrue de ces personnes - qui jusqu'alors n'atteignaient que rarement les âges de la vieillesse (Azéma et Martinez, 2005) - mais aussi par l'évolution des systèmes de prise en charge psychiatrique, puisque depuis la désinstitutionalisation davantage de patients vivent et vieillissent en milieu ordinaire (Dorvil et Benoit, 1999). Notons par ailleurs que l'OMS estime qu'une personne sur cinq sera concernée au cours de sa vie par des problèmes de santé mentale, tout en prévoyant que le nombre de personnes âgées de 60 ans et plus passera de 900 millions à 2 milliards entre 2015 et 2050 (de 12% à 22% de la population mondiale). Il n'empêche que les personnes en fragilité psychique vieillissantes constituent une population peu visible, aussi bien dans les sciences sociales que dans le débat public (ONFV, 2014).

Que sait-on des conditions de vie des personnes en fragilité psychique vieillissantes ?

Une revue de la littérature, bien que non exhaustive, a permis d'identifier quelques caractéristiques majeures des conditions de vie des personnes en fragilité psychique vieillissantes. Deux éléments forts ressortent : d'une part la sous-estimation des problématiques somatiques de ces personnes et d'autre part l'isolement social, le manque de soutien et d'accès aux espaces de participation qui marquent le quotidien de nombreuses d'entre elles (Dallaire et al, 2010, Futeran et Draper, 2012). Bien que cette population soit considérée comme « particulièrement vulnérable » (Dallaire et al, 2010 : 268), on connaît mal les situations de vie de ces personnes et la manière dont elles font face aux difficultés au quotidien (Martinsson et al, 2012).

Une sous-estimation des problèmes somatiques

Dans l'un de ses rapports, le Ministère de la Santé indique que l'organisation actuelle des services en France fait que le parcours des personnes en fragilité psychique peut être « extrêmement varié à l'occasion du vieillissement, avec des périodes où la prise en charge est satisfaisante, suivie de périodes où la dimension psychique de l'état de santé sera peu ou pas prise en compte, selon les professionnels que cette personne a l'occasion de rencontrer » (2008 :26). Outre l'instabilité dans la qualité de la prise en charge, plusieurs problématiques rencontrées par les personnes en fragilité psychique vieillissantes ne trouvent pas de réponses dans le système actuel, en France comme au Québec. Parmi elles se trouve la question de la sous-estimation des problèmes somatiques.

[45] La France reconnaît officiellement depuis la loi n° 2005-102 du 11 février 2005 que l'altération des fonctions psychiques peut générer un handicap.

Malgré l'allongement de leur espérance de vie, il subsiste un taux important de surmortalité chez les personnes en fragilité psychique vieillissantes, comparé au reste de la population du même âge (Azéma et Martinez, 2005 ; Ministère de la santé, 2008). Les risques importants de suicide au sein de cette population ne suffisent pas à expliquer cette différence. Les comorbidités, c'est-à-dire la présence d'une ou plusieurs maladies ou troubles en plus des problèmes de santé mentale, sont fréquentes parmi les personnes en fragilité psychique vieillissantes, du fait qu'elles sont sujettes à de nombreux facteurs de risques : tabagisme, mauvaise hygiène de vie, effets secondaires de l'usage prolongé des médicaments, etc. Pour autant, ces personnes ont plus de risques de voir leurs problèmes somatiques sous-évalués ou non diagnostiqués (Azéma et Martinez, 2005 ; Bartels, 2004). Ces personnes vieillissent souvent plus précocement (Van Amerongen, 2009) et moins bien que le reste de la population, avec une plus forte dégradation de leur état de santé et une qualité de vie plus faible (Karim et al, 2005).

Le recours aux soins serait plus difficile pour les personnes en fragilité psychique vieillissantes (Nour et al, 2010). Mais plusieurs études ont montré que l'accès aux soins n'est pas le seul problème, la qualité du service dispensé est aussi à prendre en ligne de compte (Cohen et al, 2007). Vahia et al (2008) ont ainsi montré qu'à nombre égal de visites médicales et à troubles somatiques équivalents (hypertension, maladies cardio-vasculaires et ulcères gastro-intestinaux), les personnes vieillissantes atteintes de schizophrénie étaient moins bien diagnostiquées pour leurs problèmes de santé physique et recevaient un traitement moins adapté que leurs pairs du même âge. Plusieurs éléments sont avancés pour expliquer ces inégalités de traitement. On peut d'abord citer le fait que les personnes en fragilité psychique auraient plus de mal à percevoir leur état de santé (Ministère de la Santé, 2008 ; Vahia et al, 2008), si bien qu'elles auraient davantage de difficultés à exprimer leurs problèmes ou auraient moins tendance à aller consulter un médecin. Mais de manière générale, les professionnels et les dispositifs seraient peu attentifs aux problèmes somatiques des personnes en fragilité psychique vieillissantes (Ministère de la santé, 2008). Les problèmes somatiques peuvent être parfois confondus avec les symptômes des problèmes de santé mentale (Vahia et al, 2008). Une douleur physique ou des problèmes de sommeil ne feront par exemple pas nécessairement l'objet d'une analyse approfondie s'ils sont interprétés comme un symptôme plus ou moins temporaire des problèmes de santé mentale ou comme un simple effet secondaire des médicaments, ce qui peut amener à sous-estimer des pathologies parfois plus graves.

La sous-estimation des problèmes de santé physique a des conséquences importantes en termes de coûts (Mueser et al, 2010). Pour Jeste et Maglione (2013), à mesure que les personnes en fragilité psychique vieillissent, leurs hospitalisations seraient davantage liées à des problèmes somatiques qu'à leurs problèmes de santé mentale. Bartels (2004) rappelle que ces inégalités de traitement des problèmes somatiques sont en grande partie la résultante de l'organisation fragmentaire et cloisonnée de nos systèmes actuels de prise en charge et qu'à ce titre, ces inégalités peuvent et doivent être évitées. L'auteur précise que les difficultés résideraient en particulier dans le manque de coordination entre le champ de la psychiatrie et celui de la médecine et l'incapacité du système à considérer la personne selon une approche plus globale (Bartels, 2004).

Un fort isolement social et des risques élevés de dépression

Une autre problématique largement sous-estimée chez les personnes en fragilité psychique vieillissantes concerne l'insuffisante prise en compte de leurs besoins sociaux et leurs risques élevés de faire une dépression.

Les personnes en fragilité psychique vieillissantes ont souvent moins travaillé que le reste de la population (Palmer et al, 2002), si bien que leurs ressources sont plus limitées quand vient l'âge de la retraite (Cummings et Cassie, 2008) et qu'elles vivent généralement de faibles revenus (Cummings et Kropf, 2009). Cette précarité financière fait que ces personnes se retrouvent souvent confinées dans des milieux de vie qu'elles n'ont pas nécessairement choisis, du fait que les options en matière de logement abordable sont peu nombreuses.

Elles souffrent également d'un fort isolement social (Auslander et Jeste, 2002 ; Cummings et Kropf, 2009 ; Ibrahim et al, 2010). S'il est vrai que les personnes en fragilité psychique peuvent rencontrer des difficultés sur le plan des interactions sociales (Lovell et al, 2009), d'autres éléments sont à prendre en compte pour expliquer l'intensité de leur isolement. La stigmatisation accolée aux problèmes de santé mentale est encore aujourd'hui très forte. Lorsque cette stigmatisation est intériorisée, elle produit davantage d'anxiété, réduit l'estime de soi, conduisant la personne qui a perdu confiance en elle-même et dans les autres à éviter encore plus les situations sociales et à se renfermer avec ses difficultés (Nour et al, 2010). Ces personnes doivent par ailleurs faire face à « un double processus d'étiquetage et de discrimination, en raison du cumul de deux systèmes de représentations péjoratives : âgisme d'une part, stigmates attachés à la maladie mentale, d'autre part » (Nour et al, 2010 :144).

On note que la fréquence des dépressions est plus élevée chez les personnes en fragilité psychique vieillissantes par rapport au reste de la population du même âge (Cohen et al, 2007 ; Ortega, 2009). Mais Futeran et Draper (2012) expliquent que les interventions en santé mentale sont souvent focalisées principalement sur le traitement des troubles psychiques dont souffre le patient, au détriment d'un intérêt plus global pour l'état de santé mentale de la personne. Les risques de dépression sont liés à de nombreuses variables telles que l'isolement, la précarité économique, la qualité du logement, le manque d'activités, une moins bonne qualité de vie, etc. (Cohen et al, 2007). Ajoutons que l'état de santé physique et les limitations et handicaps que peuvent engendrer les problèmes médicaux sont également associés au risque de dépression (Cohen et al, 2007 ; Diwan et al, 2007), d'où l'importance de ne pas sous-estimer la santé physique de cette population.

Tout comme pour la sous-estimation des problèmes de santé physique, la fréquence importante de dépressions chez les personnes en fragilité psychique vieillissantes et la faiblesse de leur dépistage et de leur traitement sont lourdes de conséquences, autant sur la qualité de vie de la personne qu'en termes de coûts : augmentation du recours aux soins, hospitalisations, risques plus élevés de suicide, plus grande fréquence des comorbidités, d'isolement etc. (Mausbach et al, 2007). Ces problématiques sont largement sous-estimées dans le système actuel, en France comme au Québec, compromettant les possibilités des personnes en fragilité psychique de vieillir dans des conditions dignes et satisfaisantes.

Bien que les besoins de ces personnes soient nombreux, « les services qui leur sont offerts présentent des lacunes importantes », au Québec (Dallaire et al, 2010 : 268), comme en France (Raucher-Chéné et al, 2015). Le vieillissement des personnes en fragilité psychique demeure un impensé des politiques publiques (Bartels et al, 2002 ; Rauché-Chéné et al, 2015),

qui fonctionnent encore trop souvent selon une approche catégorielle, en construisant des catégories-cibles (jeunes, personnes âgées, personnes handicapées, familles…) qui sont autant de publics auprès desquels intervenir. Cette logique permet de rendre visibles certains segments de la population, tout comme elle contribue à en rendre d'autres invisibles. Ainsi, il n'existe pas de catégorie correspondant aux personnes en fragilité psychique vieillissantes (Ministère de la Santé, 2008), si bien que ces personnes doivent naviguer entre des services souvent peu adaptés à leur double caractéristique (santé mentale et vieillissement). Pour l'Observatoire National de la Fin de Vie, il s'agit d'une « population invisible parce qu'on ne la regarde pas » (ONFV, 2014 : 38).

1.2 La santé mentale des personnes âgées

En vieillissant, chacun d'entre nous est confronté à des facteurs qui influent sur notre santé mentale. Les personnes en fragilité psychique ne font pas exception. Les paragraphes précédents portent sur les spécificités des personnes en fragilité psychique vieillissantes, en tant que population d'étude. Mais les travaux portant sur la santé mentale des personnes âgées en général s'avèrent aussi très utiles pour compléter le tableau des situations vécues par les personnes dont il est question dans cette thèse.

Les injonctions au bien vieillir

La santé mentale des personnes vieillissantes est abordée en France dans le rapport *La santé mentale, l'affaire de tous* (Kovess, 2010), où il est considéré qu'une bonne santé mentale constitue l'une des conditions du « bien vieillir ». Le rapport fait la promotion du « vieillissement réussi », qui « se caractérise notamment par un sentiment de bien-être psychologique et de qualité de vie propice à la longévité. Certes, il existe un vieillissement physiologique inéluctable, mais le maintien de performances au cours de l'avancée en âge est possible, s'il est favorisé de manière adéquate » (2010 :201).

Cette promotion idéologique du vieillissement heureux, sain, actif et performant est largement interrogée par les chercheurs en sciences sociales, notamment en gérontologie sociale, dans des travaux qui mettent en évidence les effets négatifs provoqués par les nouvelles normes que ce modèle véhicule, en particulier pour ceux qui ne peuvent ou ne veulent s'y conformer. Le CREGES et l'équipe VIES s'interrogent sur la terminologie même de l'expression « vieillissement actif », avançant d'autres formulations possibles : « l'ajout de l'adjectif actif n'est pas neutre. Il indique une orientation claire sur un élément privilégié du vieillissement. Dans une perspective plus sociale, la politique aurait pu favoriser comme concept central un vieillissement « inclusif » pour mettre en évidence les diversités des personnes âgées ou un vieillissement « solidaire » pour souligner l'importance de l'équité intra et intergénérationnelle » (Marier et al, 2017 :4). Ces représentations sociales et normes du vieillissement peuvent avoir des effets considérables à l'échelle de la personne. L'inflexion générale en faveur du « bien-vieillir » (Puijalon et Trincaz, 2014) comme vieillissement idéal peut notamment « mener à l'exclusion des personnes qui ne s'intègrent pas dans les cadres normatifs » (Billette et al, 2012b :11) et à les étiqueter comme « non conformes » (Dorvil, 2008).

Les représentations sociales jouent un grand rôle en matière de santé mentale des personnes âgées, que celles-ci soient déjà concernées par des fragilités psychiques ou non.

Parallèlement au modèle du bien vieillir, des conceptions très négatives de la vieillesse et des aînés traversent encore aujourd'hui la société. Celles-ci véhiculent notamment l'idée que « les personnes âgées sont inutiles, dérangeantes, rétrogrades, qu'elles constituent un groupe qui entraîne des coûts sociaux sans contribuer à la société, un fardeau social, etc. », associant le vieillissement « à des expériences ou des caractéristiques négatives comme la maladie, les incapacités, l'inactivité, l'isolement, la mort, etc. » (Billette et Lavoie, 2010 :4-9). Ces visions stéréotypées, qui façonnent encore trop souvent les constructions sociales du vieillissement « en occultant la pluralité des expériences des personnes âgées, tendent à nier la multiplicité de leurs défis, de leurs besoins et des oppressions qu'elles peuvent vivre » (Marier et al, 2017 :5). Ce sont des conceptions qualifiées d'âgistes. L'âgisme est un concept inventé par le gérontologue Butler (1969), qui fait référence aux préjugés et discriminations contre une personne ou un groupe en raison de l'âge. Appliqué aux personnes âgées, l'âgisme prend souvent la forme de ces stéréotypes négatifs qui font qu'on attribue aux ainés une valeur sociale inférieure et qui viennent « ébranler les personnes dans leur perception d'elles-mêmes, dans leur confiance en leurs capacités » (Nour et al, 2010 :142). Il consiste, selon Grenier et Ferrer, en « un ensemble de croyances, renforcées par les actions des personnes morales, qui produisent et entretiennent une peur et un mépris du processus de vieillissement » (2010 :43).

Devoir s'adapter à mesure qu'on vieillit

En vieillissant, les personnes doivent affronter des défis particuliers (Charpentier et al, 2010). Avec la réduction des capacités physiques, les distances et l'aire que la personne peut parcourir tendent à se réduire (Hallier-Nader, 2011). Le risque est alors qu'elle se replie sur son domicile (Caradec 2009). Les personnes deviennent plus sensibles à leur environnement (Billette et al, 2012a), les difficultés physiques restreignent l'accès à certains espaces et donc aussi à certains services. Les contacts sociaux deviennent souvent plus fonctionnels, à mesure que surviennent les limitations corporelles. Quant au domicile, il perd de son intimité lorsqu'il devient un lieu de soins, envahi par les soignants (Billette et Lavoie, 2010). Les recherches montrent qu'en vieillissant, les relations sociales de proximité (voisins, commerçants, etc.) revêtent aussi davantage d'importance (Cutchin, 2005), à mesure qu'il devient de plus en plus difficile de maintenir un réseau social étendu dans l'espace. Pour les personnes en fragilité psychique, les effets du vieillissement surviennent alors même qu'elles rencontrent des difficultés importantes d'adaptation et de résistance aux changements (Kilbourne et al, 2005) et qu'elles bénéficient de moins en moins de ressources les aidant à faire face, comme la disparition des proches ou la perte de revenus (Billette et Lavoie, 2010).

Un rapport (CSA[46], 2017) portant sur l'isolement et la solitude des personnes âgées de plus de 60 ans en France estime que 300 000 d'entre-elles vivent dans un isolement extrême, sans aucun contact, qu'il s'agisse de la famille, d'amis ou de voisins. Une personne de 60 ans et plus sur 3 ne sort pas de chez elle chaque jour et un tiers n'a plus personne pour parler de ses problèmes personnels, posant ainsi la question du maintien de relations sociales de qualité. On apprend également que l'isolement préoccupe davantage les personnes âgées vivant dans les petites agglomérations (2000 à 20 000 habitants), où les problèmes de transport, d'accès aux soins, de désertification rurale, de maintien des commerces et services de proximité, etc.

[46] CSA : Consumer, Science & Analytics.

sont exacerbés. L'effritement des liens sociaux, la survenue des limitations physiques et cognitives, la diminution de la mobilité et donc la difficulté à se déplacer vers les lieux de sociabilité, la perte de revenus, etc. peuvent générer ou exacerber des problèmes de santé mentale (MNASM[47], 2003 ; Nour et al, 2010) et enliser la personne dans une situation d'isolement très douloureuse.

Mais les dépressions sont de manière générale très peu repérées chez les personnes âgées, en France comme au Québec, notamment du fait des représentations âgistes qui peuvent régner dans certains milieux de services (Dallaire et al, 2010). Ces représentations contribuent à banaliser la dépression chez les aînés (Ministère de la Santé, 2008), comme s'il s'agissait d'un effet naturel et inévitable du vieillissement, comme s'il était normal d'être déprimé et abattu lorsqu'on est âgé. Ces représentations découragent largement la personne d'aller consulter ou de parler de ses difficultés (Nour et al, 2010). Si les facteurs de vulnérabilité suicidaire sont encore mal connus chez les personnes âgées, la littérature montre que la réduction des liens sociaux et la dépression qu'elle entraîne peuvent déboucher sur des conduites suicidaires (CNBD[48], 2013). Selon le CepiDc-Inserm[49], sur 8 948 suicides survenus en France en 2015, 31% concernent des personnes âgées de 65 ans et plus. Les 55-64 ans[50] constituent le deuxième groupe d'âge où le taux de suicide est le plus élevé (18%), après les 45-54 ans (22%). Malgré ces chiffres et quelques plans ministériels successifs portant sur la question, le suicide des personnes âgées est une réalité trop souvent négligée (Nour et al, 2010).

2 Vivre et vieillir dans une petite ville

L'environnement au sein duquel la population qui nous intéresse vit et vieillit est celui de la petite ville. En France comme à l'international, la recherche urbaine est très largement focalisée sur l'étude des grandes villes, des métropoles, des villes globales. Mais la réalité du fait urbain est bien plus hétérogène que cela (Authier et Bidou-Zachariasen, 2017). Plus d'un Français sur deux vit dans une commune de moins de 10 000 habitants (INSEE, RP2013). Les petites villes ont longtemps été perçues par les chercheurs comme un « objet de second rang » (Périgois, 2008). Pour Bell et Jayne, ce manque d'intérêt est lié au fait que « les petites villes ont été considérées comme hors sujet. Elles sont supposées être des villes qui ne disent rien sur l'urbanité, mais évoquent plutôt un échec à être urbain »[51] (2009 :684). Les petites villes sont pourtant une réalité pour bon nombre d'habitants, mais dont on connaît assez mal les modes de vie, les pratiques, les expériences et les représentations (Demazière, 2017).

Ces dernières années, certains chercheurs se sont penchés sur la question des petites villes, soulignant la pertinence de cette échelle d'analyse pour mieux comprendre le monde urbain (Authier et Bidou-Zachariasen, 2017 ; Demazière, 2014, etc.). Pour Bell et Jayne, « se focaliser uniquement sur les plus grandes villes limite le caractère généralisable des grandes

[47] MNASM : Mission Nationale d'Appui en Santé Mentale.

[48] CNBD : Comité National pour la Bientraitance et les Droits des Personnes Agées et des Personnes Handicapées.

[49] CepiDc-Inserm : Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès - Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale http://www.cepidc.inserm.fr

[50] Groupe auquel appartiennent presque tous les participants de la recherche.

[51] « Small cities have been considered irrelevant – they are supposed not to be cities that tell a story about urbanity, but rather speak of a failure to be urban » (Bell et Jayne, 2009 :684). Traduction de Demazière, (2017).

théories urbaines et freine le développement et l'impact des études urbaines au sens large. En privilégiant les grandes villes, on perd de vue l'image d'ensemble des formes et des fonctions urbaines : le monde urbain n'est pas composé que d'une poignée de métropoles mondiales, c'est son hétérogénéité qui le caractérise. L'étude des petites villes permet de prendre la mesure de cette diversité »[52] (2009 :683).

2.1 Qu'est-ce qu'une petite ville ?

Le nombre d'habitants, un critère variable et insuffisant

Selon Edouard, les petites villes seraient « le parent pauvre de la géographie urbaine, probablement en lien avec le déficit de définition et le flou sémantique qui les entourent » (2008 :4). Le nombre d'habitants est souvent avancé comme premier critère de définition. Une petite ville se caractérise par un nombre réduit d'habitants, car on distingue traditionnellement les petites, moyennes et grandes villes, en fonction de leur taille. Pour Gaudin, cette référence récurrente à la taille pour classer l'urbain est le « produit de la volonté à la fois de géométriser l'espace urbain et d'uniformiser sa lecture » (2013 :39).

Mainet (2008) remarque qu'en France la notion de petite ville n'a pas de réalité statistique à proprement parler, puisque c'est une catégorie qui n'existe pas aux yeux de l'INSEE. Cet organisme de statistiques publiques pose la distinction entre l'urbain et le rural à partir de la notion d'unité urbaine : « on appelle unité urbaine une commune ou un ensemble de communes présentant une zone de bâti continu (pas de coupure de plus de 200 mètres entre deux constructions) qui compte au moins 2 000 habitants. Si l'unité urbaine se situe sur une seule commune, elle est dénommée ville isolée. Si l'unité urbaine s'étend sur plusieurs communes, et si chacune de ces communes concentre plus de la moitié de sa population dans la zone de bâti continu, elle est dénommée agglomération multicommunale. Sont considérées comme rurales les communes qui ne rentrent pas dans la constitution d'une unité urbaine : les communes sans zone de bâti continu de 2000 habitants, et celles dont moins de la moitié de la population municipale est dans une zone de bâti continu » (INSEE, 2016)[53].

D'après l'INSEE également, l'urbain est classé en se référant à la notion d'aire urbaine. Ainsi, une « petite aire urbaine » est définie comme un « ensemble de communes, d'un seul tenant et sans enclave, constitué par un pôle (unité urbaine) de 1 500 à 5 000 emplois, et par des communes rurales ou unités urbaines dont au moins 40 % de la population résidente ayant un emploi travaille dans le pôle ou dans des communes attirées par celui-ci » (INSEE, 2016)[54].

Dans les études portant sur les petites villes en France, les seuils démographiques retenus varient. Le nombre minimum d'habitants est souvent fixé à 5000, mais il peut descendre à 2000 ou 3000. Les variations sont aussi importantes en ce qui concerne la limite supérieure, qui distingue la petite ville de la ville moyenne. On peut trouver 20 000 habitants, mais aussi parfois 40 000, voire 50 000 (Mainet, 2008).

---

[52] « Exclusive focus on the biggest cities limits the generalizability of these grand theories and inhibits the development and impact of urban studies in the broadest sense. What is lost as a consequence of the bias towards large cities is a full picture of urban form and function: the urban world is not made up of a handful of global metropolises, but characterized by heterogeneity. Studying small cities enables us to see the full extent of this » (Bell et Jayne, 2009 :683).

[53] https://www.Insee.fr/fr/metadonnees/definition/c1501

[54] https://www.Insee.fr/fr/metadonnees/definition/c2070

Outre cette variabilité du poids démographique, il n'est pas sûr que le nombre d'habitants suffise à distinguer les petites villes des autres villes. En effet, il faut aussi tenir compte de l'effet de taille et de ses impacts en termes de fonctionnement urbain, de caractéristiques, de dynamiques, etc. car, comme le souligne Mainet (2008), une petite ville n'est pas juste une grande ville en modèle réduit.

Une catégorie incertaine malgré quelques caractéristiques communes

Quelques caractéristiques propres aux petites villes ont pu être identifiées dans la littérature. Mainet (2008) explique ainsi qu'une petite ville concentre en général un certain nombre de commerces tels que des petites et moyennes surfaces (supermarchés), des magasins, ainsi que des services privés courants comme des banques, des assurances, etc. Il y règne souvent un début d'animation urbaine, précise Mainet (2008) et on peut repérer des éléments dits « d'urbanité » (Allain et Baudelle, 2000) comme des aménagements urbains, du mobilier urbain, des rues commerçantes, parfois des rues piétonnes, etc., qu'on ne trouve pas dans les bourgs et les villages. Néanmoins, ces critères demeurent assez flous, dans le sens où « la logique observée est celle du 'moins que dans la grande ville et plus que dans le bourg' » (Mainet, 2008 :17).

Les auteurs soulignent unanimement le manque de critères précis pour faire des petites villes une catégorie à part entière (Demazière, 2014 ; 2017). Mainet (2008) constate que les petites villes sont souvent définies « par défaut », c'est-à-dire « en référence aux territoires qui l'encadrent », plutôt que pour ce qu'elles sont elles-mêmes : « la petite ville est souvent perçue de l'extérieur, soit du point de vue de la grande ville, dans une logique souvent de dépendance voire d'infériorité, comme une extension secondaire de la dynamique urbaine (cette tendance est encore renforcée par le contexte de métropolisation qui met l'accent sur les pôles les plus grands) ; soit du point de vue rural, comme élément d'animation, au service de la dynamique des campagnes » (2008 :17)

Par ailleurs, toutes les petites villes ne se ressemblent pas, leurs situations économique et sociale peuvent être très différentes. Les différences sont souvent liées aux rapports qu'elles entretiennent avec les villes plus importantes qui sont autour. Certaines petites villes appartiennent à la banlieue d'une plus grande ville, dont elles peuvent dépendre plus ou moins. D'autres sont elles-mêmes des pôles locaux, rayonnant sur un territoire plus ou moins grand, composé par exemple de villages et de terres agricoles. C'est le cas de la petite ville de B dont il est question dans la thèse. Certaines peuvent même relever de ces deux situations.

2.2 Habiter, pratiquer la petite ville

En plus d'être un objet au caractère « hétérogène, évolutif et mobile » (Edouard, 2008), peu de travaux ont été consacrés aux pratiques des personnes qui habitent ces petites villes. L'entrée par les habitants constitue pourtant une piste de recherche intéressante pour saisir les petites villes « de l'intérieur ». C'est le choix qu'ont fait Berroir et al (2017). Ces auteurs se sont intéressés aux pratiques et aux lieux fréquentés par les habitants de deux petites villes périurbaines. Ils ont montré dans leurs travaux que les habitants ne pratiquaient pas la petite ville de la même manière selon leur appartenance sociale et leur contexte résidentiel. Les études de ce type, encore trop rares, sont utiles car elles permettent de nuancer et questionner le « mode de vie » auquel les petites villes sont fréquemment associées. Celles-

ci sont en effet souvent décrites comme des « villes à taille humaine » et « où il fait bon vivre », offrant les avantages de la campagne (la nature, le calme, etc.), sans les inconvénients des grandes villes (la pollution, le bruit, les bouchons, le stress, etc.). Ces images positives sont fréquemment relayées dans les canaux de promotion urbaine, comme les sites internet des communes, qui mettent en avant la qualité de vie qu'offriraient les petites villes (Mainet, 2008). « Sympathie, convivialité et tranquillité seraient les apanages de la petite ville, implicitement opposées à l'anonymat et au caractère plus rude de la grande ville », écrit Mainet (2008 : 19), qui a étudié la communication territoriale de plus d'une centaine de petites villes françaises, notamment par le biais de leur site web. Au-delà de cette publicité territoriale, il est important d'aller voir ce qu'il en est pour les habitants, via leurs pratiques.

A propos des petites villes, Authier et Bidou-Zachariasen (2017) évoquent « ces villes dont on ne parle pas ». Cette thèse porte aussi sur des habitants dont on ne parle pas. Vingt ans après que Milligan (1999) encourage les chercheurs à mieux comprendre comment se construisent les géographies des personnes en fragilité psychique vivant dans de petites communes, encore très peu de travaux existent à ce sujet, en particulier en France. Les petites villes sont largement absentes dans la littérature consacrée aux personnes en fragilité psychique et à la santé mentale de manière générale. L'intérêt prédominant pour les grandes villes semble avoir masqué les expériences et les géographies des personnes en fragilité psychique vivant en milieu plus rural (Parr et al, 2004 ; Philo et al, 2005).

Les petites villes présentent pourtant des dynamiques particulières, en matière d'organisation urbaine, de sociabilités qui se tissent entre les habitants, de problématiques rencontrées, autant d'éléments qui ne sont pas tout à fait les mêmes que ceux rencontrés dans les villes plus grandes. Les petites villes et villages sont également confrontés à des problématiques spécifiques en matière de santé (mentale et physique) et de prise en charge, ne serait-ce qu'en matière d'accès aux soins et de ressources disponibles (Coldefy et Chaleix, 2007 ; Parr et Philo, 2003). A cela s'ajoutent les questions de mobilité, puisque les transports en commun peuvent être moins développés que dans les villes plus importantes. Le rapport à l'espace public non plus n'est pas le même que dans une grande ville, qui offre parfois davantage d'anonymat. Parmi les rares études portant sur ce contexte particulier, on trouve quelques travaux portant sur les géographies de personnes vivant en milieu rural isolé en Ecosse (Milligan, 1999 ; Parr et al, 2004 ; Philo et al, 2005 ; Bondi, 2009). Ceux-ci montrent que les expériences d'inclusion et d'exclusion des personnes en fragilité psychique vieillissantes sont différentes parce qu'elles prennent corps dans ce contexte spécifique. Par exemple, les auteurs ont noté que l'isolement et l'exclusion des enquêtés pouvaient être exacerbés en milieu rural, alors même que ces communautés étaient connues pour être assez solidaires entre habitants. Cela s'explique par le fait que le rejet social des personnes concernées par des problèmes de santé mentale peut être renforcé dans un environnement social où tout le monde se connaît. Questionner ce contexte met ainsi au jour des dynamiques d'inclusion et d'exclusion peu ou mal connues concernant le quotidien des personnes en fragilité psychique vieillissantes vivant dans les zones plus périphériques voire isolées.

Par ailleurs, Gucher et al (2007), qui ont travaillé sur les spécificités du vieillissement en milieu rural, rappellent que le milieu de vie, en l'occurrence la petite ville et les villages alentour, « produit des pratiques et des représentations sociales spécifiques de la vieillesse, et autorise le déploiement de certaines manières de vieillir ». Mais les auteurs insistent

également sur l'importance de considérer le parcours de vie, en précisant que « ce milieu est perçu et vécu différemment selon que les individus en font partie intégrante pour y avoir toujours vécu, qu'ils y sont revenus à la retraite ou qu'ils s'y sont installés tardivement dans leur vie, ces différences étant elles-mêmes modulées par les appartenances de classe (approchées par les anciennes appartenances socio-professionnelles notamment) et de genre des personnes âgées » (2007 :145).

3 Les GEM, un dispositif d'entraide ouvert sur la ville

Cette recherche porte sur des personnes en fragilité psychique qui vieillissent dans une petite ville ou dans les villages alentour, qui ont aussi la particularité d'être adhérentes d'un Groupe d'Entraide Mutuelle (GEM), qui sont définis par la loi française comme « des lieux conviviaux, où des personnes peuvent se retrouver, s'entraider, organiser ensemble des activités visant tant au développement personnel qu'à créer des liens avec la communauté environnante » (circulaire DGAS/3B n° 2005-418 du 29 août 2005). Cette dernière section présente en quoi consiste ce dispositif original, propre à la France.

3.1 Création et définition des GEM

La création officielle des GEM, en 2005, est le fruit d'un long processus[55], marqué par le travail conjoint d'associations d'usagers de la psychiatrie, de familles et de proches, de professionnels de santé (notamment la Fnapsy[56], l'UNAFAM[57] et la FASM[58]-Croix Marine) et des pouvoirs publics (Durand, 2009).

L'expression de « groupe d'entraide mutuelle » apparait officiellement dans la loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées. Le texte reconnaît que l'altération des fonctions psychiques peut générer un handicap, défini comme « toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne » (article 2). Dans ses articles 4 et 11, la loi encourage le développement de « groupes d'entraide mutuelle », sans plus de précisions, au titre de la politique de prévention, de réduction et de compensation des handicaps. Jusqu'alors, plusieurs initiatives locales avaient déjà vu le jour, à travers la création par des associations d'usagers et/ou de soignants de « clubs », dont le fonctionnement était alors assez proche de celui des GEM aujourd'hui[59] (Durand, 2009).

Quelques mois plus tard, la circulaire DGAS/3B n° 2005-418 du 29 août 2005 instaure officiellement les GEM en fixant un cahier des charges qui précise les objectifs, les règles de fonctionnement et les conditions à respecter pour bénéficier d'un financement étatique. La circulaire pose dès les premières lignes la distinction avec les établissements sanitaires et médico-sociaux : « le groupe d'entraide mutuelle n'est pas une structure qui se définit par des prestations mises en œuvre par des professionnels ou (comme dans les lieux de vie) par des permanents, et encore moins effectuant des 'prises en charge' ». En d'autres termes, les GEM

[55] Pour une synthèse plus complète de la genèse des GEM, cf. les thèses de Grard (2011) et de Troisoeufs (2012).
[56] Fnapsy : Fédération Nationale des Patients en Psychiatrie.
[57] UNAFAM : Union Nationale de Familles et Amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques.
[58] FASM : Fédération d'Aide à la Santé Mentale.
[59] On peut citer par exemple Le Club des peupliers, fondé en 1960 à Paris (http://www.clubdespeupliers.fr).

n'ont pas vocation à faire de la prise en charge. Le mouvement est inverse : c'est aux adhérents de prendre en charge le fonctionnement de leur GEM.

Depuis 2005, plusieurs textes officiels se sont succédé pour définir leur cadre réglementaire : circulaire du 29 août 2005, circulaire du 30 mars 2007, instruction du 20 mai 2008, instruction du 26 juillet 2011, arrêté du 18 mars 2016, instruction du 9 septembre 2016. Le financement des GEM est assuré depuis 2011 par la CNSA[60] qui délègue aux ARS[61] la charge d'allouer les crédits aux GEM de leur territoire[62]. La subvention de l'ARS, plafonnée à 75000 euros[63] et dispensée annuellement, est principalement utilisée par les GEM pour rémunérer leur personnel salarié. Des cofinancements sont souvent nécessaires en complément de cette subvention, notamment avec les municipalités ou les Conseils Départementaux. Mais l'ARS demeure le principal financeur puisqu'en 2015, elle assurait 92% du financement des GEM (CNSA, 2017).

Dès 2006, un an après la parution de la première circulaire, on compte déjà près de 249 GEM financés. Le succès est immédiat. En 2016, leur nombre s'élève à 430, pour un budget national de 30 millions d'euros[64]. La CNSA estime que 48 000 personnes ont ainsi été concernées par le dispositif cette année-là (CNSA, 2017). On trouve des GEM dans toutes les régions de France, y compris d'outre-mer.

3.2 Quelques principes essentiels des GEM

L'objectif premier des GEM est de « permettre [aux adhérents] de retrouver une vie sociale satisfaisante par le biais d'activités ouvertes sur leur environnement immédiat » (Sédrati-Dinet, 2016 :28). Mais ces groupes sont loin de se résumer à cette seule mission de lutte contre l'isolement. Pour mieux comprendre en quoi consistent les GEM, il est utile de revenir sur quelques principes essentiels qui donnent à ces collectifs originaux leur coloration si particulière.

Un dispositif d'entraide entre pairs

L'arrêté du 18 mars 2016 précise que les GEM « s'apparentent à des dispositifs d'entraide mutuelle entre pairs, en constituant avant tout un collectif de personnes concernées par des problématiques de santé similaires et souhaitant se soutenir mutuellement dans les difficultés éventuellement rencontrées, notamment en termes d'insertion sociale, professionnelle et citoyenne ».

La plupart des GEM s'adressent à des personnes dites en fragilité psychique. Mais aucune reconnaissance d'un handicap ou d'un diagnostic psychiatrique ne peut être requise pour adhérer à un GEM. Les adhérents sont des « pairs » dans le sens où ce sont des personnes qui partagent un vécu commun, qui ne se résume pas à un diagnostic ou une pathologie. Pour Drancourt, « le trait commun à l'ensemble des membres serait plutôt une expérience partagée d'une certaine souffrance : retrait social, exclusion, pauvreté,

[60] CNSA : Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie.

[61] ARS : Agence Régionale de Santé.

[62] Les crédits étaient jusqu'en 2011 versés par les DDASS (Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales).

[63] Environ 113 000 CAD.

[64] Environ 45 millions CAD.

stigmatisation » (2017 :51). C'est aussi ce que souligne la récente étude de l'ANCREAI : « c'est bien le partage d'un parcours complexe, d'une souffrance et d'un sentiment d'exclusion qui crée une synergie dans le groupe et un climat de confiance et de tolérance » (2017 :21).

Les textes officiels ne détaillent pas en quoi consistent précisément les pratiques d'entraide à l'intérieur des GEM. Sauf exception, on ne trouve pas dans les GEM de groupes de parole (sur le modèle des alcooliques anonymes par exemple), contrairement à ce que proposent les groupes d'entraide en santé mentale au Québec. Pour Drancourt, « l'entraide n'est pas définie, il s'agit plutôt d'un mot d'ordre diffus, d'une valeur à cultiver qui se construira dans chaque GEM en fonction des adhérents » (2017 :53). Le RRASMQ[65] propose néanmoins une définition de l'entraide assez proche de ce qui peut se dérouler dans les GEM : « l'entraide selon une approche alternative en santé mentale se qualifie par le partage d'expériences et de compétences entre personnes ayant un vécu en santé mentale et se distingue par l'importance accordée à la vie de groupe et aux rapports humains de même qu'à la participation des personnes à la vie collective de l'organisme » (2011 :7). Ainsi, il peut y avoir de l'entraide entre deux adhérents, entre un adhérent et le reste du groupe, mais aussi à l'échelle du groupe en son entier, qui se mobilise ensemble pour faire des projets collectifs.

Une association gérée par ses adhérents, de manière démocratique

Les GEM ne peuvent fonctionner, ni même exister sans l'implication de leurs adhérents. Depuis 2005, les textes officiels n'ont eu de cesse de rappeler l'importance d'une gestion directe des GEM par leurs adhérents. Ainsi, la constitution d'une association des adhérents de type loi 1901, chargée d'assurer la gouvernance du GEM, est posée comme une nécessité absolue (ANCREAI, 2017) et conditionne l'accès au financement.

Le fonctionnement de ces associations doit tendre le plus possible vers l'autogestion, les adhérents s'occupant autant de l'aspect financier que de l'organisation des activités. Toutes les décisions doivent être prises en commun et de manière transparente, notamment lors des assemblées générales où chaque adhérent participe de plein droit avec voix délibérative. Un CA[66] constitué d'administrateurs élus parmi les adhérents s'occupe des décisions dites « significatives et structurantes » comme les postes les plus importants du budget, les investissements, les conventions, les embauches des salariés, etc. (arrêté du 18 mars 2016). Ce mode de fonctionnement vise à promouvoir l'autonomie des personnes et à leur redonner le goût de l'initiative et des responsabilités. A travers les GEM, les personnes sont ainsi amenées à poser un autre regard sur elles-mêmes (Durand, 2009 ; Troisoeufs, 2012). Elles s'impliquent dans le collectif non pas en tant que personne malade ou en situation de handicap, mais bien en tant que citoyen, qui plus est porteur d'un vécu qu'il peut partager et ainsi aider les autres.

[65] Le RRASMQ (Regroupement des Ressources Alternatives en Santé Mentale du Québec) est né en 1983. Il rassemble et soutient des organismes à travers le Québec qui mettent en œuvre l'approche alternative en santé mentale. La majorité de ces organismes sont des groupes d'entraide, mais le regroupement compte aussi des centres de crise, des centres de traitement, des lieux d'hébergement etc. qui fonctionnent selon les valeurs du mouvement alternatif en santé mentale (http://www.rrasmq.com/).

[66] Conseil d'Administration.

Des salariés présents pour épauler les adhérents

Des animateurs salariés sont présents dans les GEM pour épauler les adhérents dans la gestion quotidienne de l'association et les accompagner vers la prise de responsabilités. Ils ont un rôle très important dans le GEM. Leur mission est définie comme suit dans l'arrêté du 18 mars 2016 :

« Les animateurs salariés aident les adhérents à s'organiser pour la réalisation de leur projet ainsi qu'à établir des relations avec l'environnement et les institutions de la cité. Ils les aident à veiller au confort et à la gestion quotidienne du groupe. Ils apportent aux adhérents qui les sollicitent leur écoute, leur avis et leur conseil, mais sans jamais se substituer aux professionnels du soin ou de l'accompagnement auxquels les personnes ont recours en tant que de besoin ».

Les animateurs doivent ainsi sans cesse s'adapter, s'ajuster, bricoler, car ils occupent une fonction « complexe et subtile encore mal définie » (Sédrati-Dinet, 2016 :29). Il leur faut constamment négocier une place qui n'est pas toujours sans ambiguïtés, afin d'adopter une juste distance (Benattar, 2007) : ne pas faire à la place, mais faire avec, ne pas imposer les choses ou interférer, mais être présents pour conseiller au besoin. C'est un rôle complexe, qui requiert une vigilance constante vis-à-vis de ses réflexes professionnels liés à la fonction classique de travailleur social et qui donc implique de se remettre régulièrement en question. L'animateur doit par exemple accepter que les adhérents prennent une décision avec laquelle il n'est pas nécessairement d'accord. L'animateur doit également rendre des comptes aux adhérents puisque l'association est son employeur.

Le défi de l'autogestion

Drancourt rappelle cependant que si les GEM doivent se constituer en association de type loi 1901, celle-ci s'avère « par bien des aspects, […] dérogatoire au droit commun des associations » (2017 :51). La loi précise que les GEM doivent obligatoirement bénéficier de l'appui d'un « parrain », qui peut être une association d'usagers, une association de familles ou encore un gestionnaire de structure sociale, avec lequel une convention de parrainage doit être signée. Le rôle du parrain consiste à soutenir le GEM en cas de difficultés ou de conflit (en interne, entre les professionnels et les adhérents, etc.). Depuis l'arrêté de 2016, sa place est définie comme étant celle d'un médiateur, qui veille au respect de l'éthique des GEM en se référant au cahier des charges.

Les GEM peuvent aussi, si tel est le souhait des adhérents, faire appel à un organisme gestionnaire, à qui ils peuvent déléguer certaines compétences, tel que le recrutement des salariés par exemple. Pour autant, le GEM doit conserver son autonomie et le gestionnaire ne doit en aucun cas occuper une fonction tutélaire sur l'association.

Si l'arrêté de 2016 précise bien que ni le parrain, ni l'organisme gestionnaire ne doivent se substituer à l'association des adhérents, ni la mettre « sous tutelle », Drancourt remarque que « cet équilibre s'avère délicat, car la dissymétrie des partenaires est évidente, entre un groupe informel d'usagers ou une jeune association déclarée et un parrain [ou un organisme gestionnaire] rompu à la gestion des associations » (2017 :52). C'est d'ailleurs ce que révèle la récente étude de l'ANCREAI (2017), dont l'un des axes porte sur les modalités de gouvernance des GEM. Leurs résultats montrent que le principe de gestion directe par les adhérents n'est pas toujours respecté.

Ce n'est pas la première fois que le risque d'adossement des GEM au secteur médico-social est constaté (Grard, 2011 ; Sédradi-Dinet, 2016). Si des GEM fonctionnent sans avoir recours à un organisme gestionnaire, un certain nombre sont dans les faits gérés par des structures médico-sociales. Des cas ont été signalés où des gestionnaires ne laissaient en réalité qu'une faible marge de manœuvre aux adhérents, notamment lorsque l'organisme gestionnaire assure la gestion administrative et financière et s'occupe des subventions et du recrutement des salariés (Sédrati-Dinet, 2016 :31). Les gestionnaires ou les parrains ressentent parfois des réticences à accorder leur pleine confiance aux adhérents, à reconnaître que ces personnes sont effectivement en capacité de s'autogérer. Or, la ténacité des stigmates entourant les problèmes de santé mentale ne doit en aucun cas corrompre l'esprit et l'objectif des GEM, à savoir l'autonomie et la gestion directe par les adhérents, qui sont clairement formulés par la loi.

Si certains GEM peuvent rencontrer des difficultés en interne comme dans leurs relations avec leurs partenaires, le dispositif suscite néanmoins un intérêt grandissant. Pour Sédrati-Dinet, « leur évolution est regardée avec d'autant plus d'attention qu'ils inventent un modèle singulier d'organisation et d'accompagnement impliquant les personnes qui pourrait inspirer plus largement le secteur social et médico-social » (2016 :28). De nombreux témoignages d'adhérents suggèrent l'intérêt d'un tel dispositif et ses effets positifs sur le quotidien des personnes en fragilité psychique (ANCREAI, 2017). Notons d'ailleurs que les GEM accueillent « des adhérents majoritairement avançant en âge » (ANCREAI, 2017). Leur étude pourrait donc apporter des éléments quant à la manière de favoriser l'accès des personnes en fragilité psychique vieillissantes à la vie sociale et aux espaces de participation. Néanmoins, on ne dispose pas encore suffisamment d'études sur le sujet, en particulier sur le rôle potentiel ces dispositifs sur l'inclusion de leurs adhérents dans la ville.

Conclusion du chapitre 1

Ce chapitre visait à présenter la population étudiée et quelques-uns des enjeux auxquels celle-ci est confrontée. Des jalons théoriques concernant les différents mots-clefs composant le sujet de la recherche ont ainsi pu être posés. Il s'agit d'une étape indispensable car ces mots-clefs (vieillissement, santé mentale, petite ville) sont utilisés aussi bien dans le langage courant que dans la littérature scientifique. Le tableau suivant reprend les principaux éléments dégagés dans ce chapitre, posant ainsi les bases de la réflexion menée dans la thèse :

Tableau 1 : Les principaux éléments de réflexion issus de la définition des termes du sujet
Painter S., 2018

1) Vieillissement	**2) Santé mentale**	**3) Vieillir dans une petite ville quand on est en fragilité psychique et adhérent d'un GEM**
Processus construit, pluriel et multidimensionnel	Des personnes « en fragilité psychique », la fragilité faisant partie de l'existence humaine	Des personnes de + en + nombreuses et qui vivent de + en + longtemps
Expérience modifiant le rapport de l'individu à son milieu de vie	Penser la santé mentale en termes de responsabilités collectives plutôt que de compétences individuelles	Une population invisible et méconnue, qui vit dans un contexte géographique peu étudié
Des vieillissements différenciés selon le parcours de vie, le positionnement social et le contexte	La santé mentale est influencée par une multitude de déterminants socio-environnementaux, sur lesquels on doit agir pour réduire les inégalités sociales de santé mentale	Précarité financière, isolement social, vieillissent + vite et – bien, avec + de problèmes somatiques souvent sous-diagnostiqués, risques élevés de dépression, peu de services adaptés, stigmatisation
Un processus façonné par et qui façonne l'espace	La santé mentale d'un individu ne peut être déconnectée de son environnement physique et social	Responsabilisation des individus vis-à-vis de leur vieillissement, injonction au bien vieillir
	Les inégalités sociales de santé mentale sont construites avec et dans l'espace	GEM : un dispositif d'entraide original, qui utilise l'ouverture sur la ville comme levier d'inclusion
	L'inclusion sociale est une dimension essentielle de la santé mentale	

QUELLE INCLUSION DANS LA VILLE ?

Ce travail s'inscrit dans la géographie sociale, qui pose l'espace comme support, produit et enjeu de rapports sociaux, appréhende le vieillissement et la santé mentale de manière globale et replace l'individu dans son milieu de vie, en tenant compte des déterminants socio-environnementaux.

Le vieillissement des personnes dites en fragilité psychique est une question qui se pose en France avec d'autant plus d'acuité que le phénomène démographique auquel elle fait référence s'affirme : ces personnes vivent de plus en plus longtemps, alors qu'elles n'atteignaient auparavant qu'exceptionnellement les âges de la vieillesse (Azéma et Martinez, 2005). Avant la sectorisation psychiatrique, celles-ci pour beaucoup vieillissaient et mourraient en institution psychiatrique. Mais si ces personnes vivent désormais majoritairement dans la ville, comme tout un chacun, on oublie souvent qu'elles y vieillissent aussi. Ainsi, Laroque décrivait-elle en 2004 cette nouvelle réalité démographique comme une situation inédite, où « presque tout est à apprendre » (p. 9).

Les participants de cette recherche appartiennent ainsi à une population rarement considérée sous l'angle conjoint de ses deux caractéristiques que sont le vieillissement et les fragilités psychiques. Pour Mausbach et al (2007), il est indispensable de favoriser l'accès des personnes en fragilité psychique vieillissantes à des activités sociales qu'elles apprécient, afin de réduire efficacement les risques de mal-être et de dépression. Néanmoins, celles-ci sont loin d'avoir facilement et concrètement accès à de telles opportunités, ni de tenir des rôles sociaux valorisants. Les personnes en fragilité psychique vieillissantes buttent régulièrement, quotidiennement, sur un ensemble de difficultés et de barrières qui les exposent à de multiples processus d'exclusion. C'est pourquoi la question doit être posée en termes d'inclusion et non simplement d'organisation de la prise en charge. Pour Nour et al, « il faut identifier et travailler à changer les pratiques et les valeurs sociales qui contribuent à faire en sorte que trop souvent, nos sociétés sont mal adaptées aux personnes vieillissantes, qu'elles aient ou non des problèmes de santé mentale » (2010 :157).

Des auteurs comme Tryssenaar et al (2009) soulignent que pour comprendre les besoins des personnes en fragilité psychique vieillissantes, il faut connaître les réalités qu'elles doivent affronter. Et ceci passe par la prise en compte de ce que ces personnes ont à dire sur les expériences qu'elles vivent, au plus près de leur quotidien, dans leur milieu de vie. Un thème important et transversal qui ressort à l'issue de ce chapitre est celui de la place des personnes en fragilité psychique vieillissantes dans la ville, que l'on propose d'examiner sous l'angle de leurs pratiques spatiales.

Chapitre 2 - Problématisation et approche

La plupart des personnes en fragilité psychique vieillissantes vivent et vieillissent dans la ville, comme tout un chacun. Mais y trouvent-elles leur place ? Ont-elles le sentiment de faire partie de la ville en tant qu'habitantes à part entière ? Les travaux présentés dans le chapitre précédent montrent que ces personnes sont susceptibles de vivre de nombreuses formes de mises à l'écart, avec des situations d'isolement qui risquent de s'accroître avec le vieillissement. Néanmoins, on connaît mal les expériences que vivent ces personnes au quotidien et la manière dont elles font face aux difficultés qu'elles rencontrent. Dans une ville pensée et organisée pour les corps et les esprits bien-portants et productifs, les occasions d'être et d'interagir avec les autres, de sortir, de faire des activités qui leur plaisent et qui ont du sens pour elles, de s'investir dans la vie locale ou encore de faire entendre leurs voix leur semblent encore bien trop limitées. Cette thèse vise ainsi à nourrir la réflexion sur l'inclusion des personnes en fragilité psychique vieillissantes dans la ville, avec deux questions posées :

- **Les personnes en fragilité psychique vieillissantes ont-elles la possibilité de pratiquer et de s'approprier la ville comme elles le voudraient ?**
- **Comment favoriser leur inclusion dans la ville, dans le respect de leurs choix ?**

Ce deuxième chapitre a pour objectif d'exposer l'approche théorique adoptée pour traiter ces questions. Située au carrefour de la géographie sociale et de la gérontologie sociale, cette approche combine deux notions-clefs : inclusion dans la ville et pratiques dans les espaces du quotidien. Dans une première section, la notion d'inclusion est interrogée dans le but d'en poser quelques éléments de définition pour cette recherche. Cette étape est importante car selon l'angle par lequel elle est abordée, la notion d'inclusion fait l'objet de multiples interprétations, ce qui peut alimenter les confusions. Il sera montré en quoi certaines idées-clefs contenues dans cette notion peuvent s'avérer pertinentes pour penser la place des personnes en fragilité psychique vieillissantes dans la ville. La deuxième section montre en quoi s'intéresser à la manière dont les personnes pratiquent (ou non) les espaces du quotidien peut apporter un éclairage intéressant pour penser leur inclusion dans la ville. En s'intéressant aux espaces de vie, aux pratiques spatiales et aux géographies quotidiennes, l'approche adoptée dans cette recherche s'ancre dans la géographie sociale. La troisième section est consacrée à un récapitulatif de l'approche exposée dans ce chapitre, puis à la formulation de trois questions de recherche dites « opérationnelles ».

I Réflexions sur la notion d'inclusion

Cette section ne prétend pas apporter une définition figée de l'inclusion, d'autant plus que selon les pays et les courants théoriques, elle ne revêt pas toujours la même signification (Bouquet, 2015). Il s'agit plutôt d'avancer quelques idées-clefs qui font de cette notion une entrée théorique intéressante pour penser la place des personnes en fragilité psychique vieillissantes dans la ville. Il est important de préciser que ces idées proviennent majoritairement d'un corpus de travaux développés au Québec, en particulier dans le champ de la gérontologie sociale, mais aussi de recherches menées au Royaume-Uni en géographie sociale de la santé mentale, faute de travaux significatifs en France.

1 L'inclusion n'est pas l'intégration

Peu de recherches en sciences sociales portent sur le quotidien des personnes en fragilité psychique vieillissantes. La psychologie et la médecine sont alors utiles pour dresser un panorama des conditions de vie de cette population car les études y sont plus nombreuses. Beaucoup de résultats présentés dans le chapitre précédent proviennent de ces travaux, qui révèlent les nombreuses difficultés auxquelles ces personnes sont confrontées. Néanmoins, leurs auteurs proposent un cadre théorique très fréquemment adossé au concept d'intégration (Davidson et al, 2012), qu'ils jaugent en termes de capacités des individus à fonctionner hors de l'hôpital (Ware et al, 2007). Le fonctionnement d'une personne peut être mesuré à travers ses capacités à accomplir des tâches ordinaires (la personne est-elle capable de gérer un budget, de prendre le bus, etc. ?) et à remplir des rôles sociaux valorisés (la personne est-elle capable de travailler, d'avoir des amis, de fonder une famille, etc. ?). Des études ont calculé l'étroitesse des réseaux sociaux de ces personnes ou bien le faible nombre d'activités qui occupent leurs journées (McCormick et al, 2005). Ces résultats ont été interprétés à la lumière du fonctionnement social comme autant de signes des difficultés qu'elles rencontrent pour s'intégrer, voire comme un déficit d'intégration.

Cette manière de concevoir l'intégration, fondée sur le fonctionnement social, tend à situer les causes de l'exclusion chez l'individu qui, du fait de ses limitations, ne parvient pas à fonctionner comme une personne dite normale (Fields, 2011). Or, la société n'offre pas nécessairement les conditions pour que les personnes concernées puissent s'intégrer. Ware et al (2007) soulignent que les capacités des individus à fonctionner dépendent aussi des opportunités concrètes que leur offrent les contextes dans lesquels ils vivent, mettant ainsi en lumière les changements sociaux nécessaires (favoriser la participation sociale, améliorer les modalités de prise en charge, adapter l'environnement, etc.). Or, ces études sont rarement à l'écoute des contextes dans lesquels s'inscrivent leurs études (Meesters et al, 2010).

La perspective basée sur le fonctionnement social opère aussi une confusion entre intégration et normalisation (Fields, 2011). Selon Ebersold, « en subordonnant l'acceptation de la personne à sa prédisposition à s'adapter et à se réadapter et à être comme tout le monde en exerçant les rôles sociaux effectués par tout un chacun, ce modèle [de l'intégration] vise la normalisation » (2002 :283). Bond et al. écrivent que « l'intégration dans la communauté implique la 'normalisation', c'est-à-dire lorsque des personnes handicapées vivent, travaillent, jouent et mènent leur vie quotidienne sans distinction par rapport à ceux qui ne le sont pas et avec les mêmes opportunités qu'eux » (2004 :570). L'utilisation du concept de normalisation incite les patients à vivre une « vie ordinaire » (Pinfold, 2000). Fields (2011) dénonce cette conception normative, qui repose sur une figure implicite de ce que devrait être une personne intégrée, c'est-à-dire normale, capable et autonome, donc sans limitations, et qui servirait d'étalon de mesure pour déterminer le taux d'intégration. Pour les personnes en fragilité psychique, ces critères s'avèrent loin d'être pertinents pour saisir l'expérience qu'elles font de l'intégration (Parr, 2011).

Prenons un exemple. Les études montrent que les personnes en fragilité psychique s'engagent dans beaucoup moins d'activités que le reste de la population et concluent que c'est là le signe d'un manque d'intégration. Certains auteurs ont cherché à s'éloigner de ces conceptions jugées trop normatives de l'intégration et ont tenté de comprendre ce qu'il se

passait dans la tête des personnes, comment celles-ci vivaient cette situation. Corin (2002) s'est ainsi aperçue que le fait de ne pas participer à beaucoup d'activités pouvait parfois être en réalité une forme de tactique mise en place par la personne, consistant à se préserver par le retrait, à ne pas trop s'investir pour ne pas se causer d'anxiété supplémentaire. C'est ce qu'elle a appelé « le retrait positif ». Ainsi, le manque de participation dans des activités ne peut être interprété uniquement comme une situation négative, subie, voire comme le signe que la personne refuse de s'intégrer. Cet exemple montre qu'il peut être intéressant de renverser le regard et d'écouter ce que disent les personnes des expériences qu'elles vivent.

2 L'inclusion, un changement de paradigme

Les termes d'intégration et d'inclusion sont souvent utilisés comme des synonymes. Ils reposent pourtant sur des paradigmes différents et le recours à l'un plutôt qu'à l'autre modifie considérablement le cadre de la réflexion. Dans cette thèse, je raisonne en termes d'inclusion et non d'intégration.

Selon le TLF[67], intégrer signifie « introduire un élément dans un ensemble afin que, s'y incorporant, il forme un tout cohérent », là où inclure veut dire « mettre, comprendre quelque chose dans autre chose qui le contient ». Entre ces deux verbes, les différences peuvent sembler menues. Elles sont pourtant fondamentales. L'intégration suppose en effet que l'individu se défasse de ses singularités pour être assimilé à l'ensemble (Jaeger, 2015), pour former ce « tout cohérent ». La logique inclusive est tout autre. Comme l'explique Le Capitaine, « là où l'intégration n'interrogeait pas la norme établie, l'inclusion fait varier la norme, pour y inclure toutes les singularités » (2013 :127). Il n'est donc pas question d'exiger de la personne qu'elle gomme ses différences pour qu'elle puisse être incluse. Dans une société inclusive, chacun est reconnu a priori d'emblée comme un élément à part entière du collectif (Jaeger, 2015) et l'environnement doit être adapté pour que la personne puisse trouver sa place, quelles que soient ses difficultés éventuelles ou son handicap (Bouquet, 2015).

2.1 L'inclusion, un terme dévoyé ?

Bien que le terme d'inclusion ait fait son apparition depuis plus de 20 ans dans les textes internationaux, son utilisation en France est plus récente (Ebersold, 2015). Le concept a d'abord fait l'objet de débats au sein des champs de l'éducation et du handicap, notamment autour de la question du droit de tout enfant à fréquenter l'école ordinaire, quelles que soient ses différences. L'inclusion s'est ensuite progressivement imposée comme un référentiel au sein de l'action publique en France, remplaçant aujourd'hui l'ambition intégrative par le projet d'une société dite inclusive (Bouquet, 2015). Le terme d'inclusion est particulièrement mobilisé dans le champ du handicap, notamment avec la loi de 2005[68] qui a marqué une étape importante, en faisant de l'inclusion des personnes en situation de handicap au sein de la société un enjeu majeur (Gardien, 2013).

[67] TLF : Trésor de la Langue Française.

[68] Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.

Si le terme d'inclusion est de plus en plus utilisé en France (Bouquet et al, 2015), plusieurs auteurs invitent à la vigilance quant à la manière dont cette notion est interprétée et notamment mise en œuvre dans les politiques publiques (Parr et al, 2004). Bouquet pose ainsi la question : « l'inclusion, constamment évoquée, n'est-elle pas employée parfois de manière dévoyée ou abusive ? » (2015 :15). Pour Ebersold (2015), bien que l'ambition inclusive consiste à inclure toutes les singularités et vise à tenir compte des personnes, elle n'est pourtant pas exempte de normativité et d'injonctions dans sa mise en œuvre. A travers les textes des politiques inclusives destinées aux personnes en situation de handicap, se dessine une figure de l'individu moderne, qui doit être autonome et responsable, quand bien même les personnes concernées par ces politiques sont souvent loin d'être en mesure de répondre à de telles exigences.

Décrivant les mutations qui ont eu lieu dans le champ du handicap sous l'effet de l'irruption de la logique inclusive, Ebersold parle de « l'avènement d'un modèle d'appartenance centré sur l'implication et l'appartenance de l'individu dans la vie de la cité » (2002 :283). Son propos consiste à mettre en évidence un certain nombre d'exigences dont sont porteurs les textes de loi (en particulier la loi de 2005), où l'individu doit se positionner en tant qu'acteur, c'est-à-dire qu'il soit actif – et non passif - dans sa démarche. Ainsi, la loi de 2005 introduit la notion de projet de vie, qui contient les besoins et les aspirations formulés par la personne. Cette notion de projet traduit l'idée que chacun devrait pouvoir décider de son avenir, que personne ne devrait voir son devenir confisqué du fait de ses limitations. Le projet de vie a également pour but de consolider la continuité du parcours de la personne en prenant en compte ses besoins et leurs évolutions de manière globale plutôt que segmentée.

En centrant son attention sur les besoins de la personne, ce modèle met en place un principe d'individualisation des pratiques. Plutôt que de chercher à répondre de manière uniformisée aux besoins d'une catégorie d'ayant-droits, les personnes handicapées en l'occurrence, ce modèle se veut attentif aux besoins particuliers et spécifiques de chacun. Le principe d'équité l'emporte sur les approches égalitaires. Pour reprendre les termes d'Ebersold, ce modèle « substitue en cela une approche différenciée, fondée sur les particularités individuelles, à une démarche uniformisée demandant aux intéressés de s'adapter aux nécessités, aux contraintes et aux exigences des services spécialisés et des spécialistes de la déficience que sont les professionnels de la réadaptation » (2002 :284). C'est en cela qu'on peut parler d'un renversement de perspective par rapport à l'intégration, où c'était à l'individu de se conformer aux exigences de la société (Bouquet, 2015). La personne s'inscrit alors dans une démarche contractuelle, généralement formalisée par le « projet de vie », qu'elle formule et négocie avec l'équipe de professionnels qui l'accompagnent. Dans cette logique de contrat, la personne définit ses besoins, ses potentialités, ses attentes, bref son projet, ce qui la place non plus comme objet de l'intervention mais sujet de son devenir, voire « actrice de son inclusion ». Ebersold note ainsi que ce modèle « associe la société à un système de coopération dont les membres se doivent d'être des acteurs responsables, coopératifs, à même de définir et de construire leurs schèmes d'appartenance et aptes à saisir les occasions qu'offre l'environnement pour améliorer leur rôle social et leur position sociale. Tout se passe comme s'il appartenait à l'individu de construire le monde dans lequel il vit, d'être l'acteur et le principal constructeur de sa qualification sociale et professionnelle et, plus généralement, de son devenir » (2002 :286).

L'irruption de la notion de projet dans le champ de l'action sociale et du handicap n'est pas sans poser question. Rappelons que le projet est lié à la notion d'autonomie, qui constitue elle-même un véritable principe pivot dans le champ du handicap (Parron, 2011). En effet, en plus de l'expression « projet de vie », d'autres termes ont fleuri dans les politiques publiques tels que « l'inclusion active », « la personne au centre », « être acteur de son devenir » etc. (Vidal-Naquet, 2009). Cette nouvelle donne est le reflet d'importants changements qui se sont produits dans les politiques sociales ces dernières années et qui ont notamment amené à une redéfinition du rôle de l'Etat. L'intervention étatique était auparavant régie par une logique d'indemnisation des individus, à travers l'attribution de prestations auxquelles ceux-ci avaient droit, du fait de leur statut. Cette logique a été critiquée du fait qu'elle placerait les bénéficiaires dans un état de passivité. Une autre manière de penser le rôle de l'Etat s'est aujourd'hui mise en place, avec une exigence d'autonomie des individus qui imprègne les dispositifs de prise en charge (Parron, 2011). L'Etat oriente désormais ses interventions en vue de « rendre capables » les individus, son action consiste à leur donner les moyens d'être autonomes, dans un contexte où chacun est de plus en plus sommé d'être actif et de « se réaliser », c'est-à-dire de se fixer des objectifs et de faire en sorte de les atteindre. Ehrenberg remarque ainsi que « l'égalité d'aujourd'hui tend plutôt vers une égalité d'opportunités dans laquelle il s'agit de rendre les individus capables de saisir des opportunités en les aidant à entrer dans la compétition » (2010 :76). Cette reconfiguration de l'intervention étatique correspondrait au passage d'un Etat qui protège à « un Etat qui rend capable », pour reprendre l'expression de Donzelot (2007).

Avec cette logique du projet de vie, c'est à l'individu désormais qu'il revient de définir son projet et son parcours, d'exprimer ses besoins et ses aspirations en se positionnant comme un acteur à part entière du processus. Vidal-Naquet explique ainsi que le sens donné à la notion d'autonomie a évolué : « l'autonomie n'est plus celle de Kant ou de Rousseau. Elle ne se définit plus comme la faculté de l'individu rationnel de se donner et de s'assujettir à ses propres lois. L'autonomie se définit plutôt aujourd'hui comme la possibilité pour chacun d'exprimer et de réaliser ses préférences singulières sans intervention d'une quelconque souveraineté extérieure à soi. L'autonomie ne vient plus d'un sujet dominé par la raison mais plutôt d'un sujet « expressif » (Taylor, 1998), c'est-à-dire d'un sujet susceptible d'extérioriser, d'exprimer et de faire reconnaître ses sentiments et ses besoins. Les limites de cette autodétermination ne sont plus définies ex ante, mais bien plutôt ex post par la voie contractuelle, jurisprudentielle et par la négociation » (2009 :63). Une interprétation positive de l'autonomie telle que décrite ici insisterait certainement sur la dimension émancipatoire de cette notion, sur le fait qu'en visant l'autonomie, l'individu s'affranchit des formes de dépendances qui l'empêchent d'être et de devenir ce qu'il souhaite. Mais on peut aussi la contrebalancer avec une vision plus négative, comme le font certains auteurs pour qui l'autonomie et l'exigence de se réaliser soi-même qui accompagne la notion seraient la conséquence d'un effritement des cadres collectifs qui structuraient auparavant les parcours des individus. On trouve cette analyse chez Castel (1995) par exemple, qui développe l'idée d'un individualisme négatif que subiraient les classes populaires qui, ne possédant pas autant de ressources que les classes plus nanties (qui peuvent alors jouir d'un individualisme positif), se retrouveraient dans des situations de précarité et d'insécurité.

Faire de l'autonomie une valeur première s'accompagne d'un renforcement de la responsabilité individuelle. Celle-ci peut être certes interprétée comme émancipatoire, mais elle réduit aussi le droit à l'erreur et à l'échec, puisque « la règle d'autonomie institue l'individu comme une unité de décision et d'action » (Ehrenberg et al, 2005 :115). Dubet remarque à cet égard que « l'obligation d'être libre, d'être maître et souverain de soi-même, présente une face plus sombre, car, si chacun est libre et placé dans les conditions de manifester cette liberté, chacun devient responsable de ce qui lui arrive » (2002 :360).

L'exigence individuelle contenue dans la notion d'autonomie peut s'avérer assez problématique pour les individus qui ne peuvent et/ou ne veulent pas répondre à ces impératifs. On peut en effet s'interroger sur la façon dont ces principes d'autonomie, de liberté et d'autodétermination sont réellement mis en pratique, lorsque les personnes ont peu de ressources et de soutiens, lorsqu'elles font l'objet d'inégalités et de discriminations, comme c'est le cas de nombreuses personnes en fragilité psychique.

Pour Ebersold, ce modèle « subordonne les modalités d'intervention aux capacités que développent les personnes et leurs familles à affirmer leurs besoins et à s'affirmer en tant que partenaires légitimes » (2002 :288). Cet aspect se révèle problématique dans la mesure où ces personnes ont longtemps été maintenues dans un état de passivité, sans possibilité de s'exprimer sur ce qu'elles souhaitaient. Savoir identifier et exprimer ses besoins n'est pas une compétence innée et beaucoup peuvent rencontrer des difficultés et/ou des réticences à s'inscrire dans cette démarche d'élaboration du projet de vie, somme toute formalisée dans de nombreux cas.

« Quelles que soient ses formes, les injonctions projectives tendent à promouvoir une figure de l'individu contemporain, 'entrepreneur de soi' (Ehrenberg, 1991), c'est-à-dire susceptible de se mobiliser et de faire face à l'aléa, à l'incertitude et plus largement à l'adversité » écrit Vidal-Naquet (2009 :65). Il s'agit d'outiller les individus pour que ceux-ci puissent surmonter les difficultés et ainsi se faire une place dans un monde davantage régi par des logiques de compétition que de solidarité. Cette survalorisation de la capacité individuelle à faire face à l'adversité risque de faire perdre de vue l'importance des responsabilités collectives et de l'inaccessibilité de l'environnement dans les processus d'exclusion. Vidal-Naquet poursuit : « ce qui est visé dans ce type d'injonction, c'est l'émergence d'un individu projectif, apte à domestiquer l'avenir, à esthétiser son existence, c'est-à-dire, pour reprendre les termes de M. Foucault, à opérer 'une transformation de soi par soi-même'. On peut se demander si cette promotion de capacité projective n'est pas une défausse sur l'individu dans un contexte où l'on ne manque pas de déplorer la panne de projets collectifs et l'impuissance sociale à agir » (2009 :66).

2.2 Penser l'inclusion en termes de possibilités plutôt que de capacités

Les paragraphes précédents montrent que le terme d'inclusion doit être utilisé avec précaution, car il peut être facilement vidé de son sens de départ et glisser vers une définition normative, axée sur l'autonomie et la responsabilité individuelle. Il importe donc de bien définir le terme. La manière dont la notion d'inclusion est mobilisée dans cette thèse repose sur plusieurs idées-clefs contenues dans des travaux québécois en gérontologie sociale (Billette et Lavoie, 2010 ; Billette et al, 2012ab ; Charpentier et al, 2010, etc.) et dans des

recherches menées au Royaume-Uni en géographie sociale de la santé mentale (Hall, 2004, 2010 ; Parr, 2000, 2011 ; Parr et Philo, 2003 ; Philo et Wolch, 2001 ; Pinfold, 2000, etc).

Parmi ces chercheurs en gérontologie sociale, Billette et al. proposent de définir l'inclusion comme « un processus complexe de co-création d'un projet social qui reconnaît les possibilités et la diversité des participations de chacun, en tant que membre socialement valorisé. Ce projet social ne peut s'opérer sans reconnaissance et redistribution des ressources matérielles, mais aussi des droits, des pouvoirs et des possibilités » (2012a :18). Cette définition pose d'emblée l'inclusion comme une démarche collective et non comme un phénomène strictement individuel. Il ne s'agit pas de demander aux individus d'être « acteurs de leur inclusion », mais de penser des milieux de vie au sein desquels les personnes pourront se sentir incluses. Perçue « comme une valeur, comme une éthique prônant la justice sociale et la cohésion de la communauté » (Bouquet, 2015 :25), l'inclusion correspond plus globalement à un projet de société.

Billette et al. certes mettent en avant l'importance de la redistribution des ressources matérielles et économiques, mais ils précisent bien que cela ne suffit pas pour que l'inclusion puisse être concrétisée. Ces auteurs soulignent aussi l'importance cruciale de la notion de reconnaissance, c'est-à-dire « lorsqu'on reconnaît [les personnes] comme ayant une valeur sociale égale à la nôtre et qu'on leur donne accès aux pouvoirs et aux ressources nécessaires pour que leur voix soit entendue et prise en compte » (2012a :18). L'inclusion est ainsi intimement liée à la question de la citoyenneté (Bouquet, 2015). L'absence de reconnaissance des personnes comme membres à part entière de la société peut passer par des mécanismes de stigmatisation, de construction de stéréotypes ou d'images négatives, de mise en invisibilité, de marginalisation, etc., qui peuvent s'opérer entre individus tout comme à l'échelle d'une société. Pour les personnes en fragilité psychique vieillissantes, qui constituent une population invisible et sujette à de multiples formes d'exclusions (cf. chapitre 1), cette question de la reconnaissance est donc cruciale.

Il faut apporter une précision sur la notion d'exclusion, qui fait l'objet de nombreux débats. Les critiques ont été nombreuses, en particulier en France, à l'égard de ce terme (Damon, 2014), considéré comme trop approximatif (Zeneidi, 2002) et trop statique, plaçant l'individu dans un état figé plutôt que dans un processus. Plutôt que de parler d'exclusion, d'autres expressions ont été proposées par des auteurs comme Paugam avec la disqualification sociale (1991) ou Castel avec la désaffiliation (1995) afin de produire des analyses davantage axées sur les processus et les dynamiques. Le terme d'exclusion n'a pour autant pas été abandonné et a au contraire été réapproprié par plusieurs chercheurs, notamment en gérontologie sociale (Kneale, 2012 ; Scharf et Keating, 2012 ; Scharf et al, 2005), « où le concept d'exclusion sociale […] leur semblait incontournable pour l'analyse de certaines situations vécues par les aînés » (Billette et al, 2012a :15). Au regard d'une définition de l'inclusion qui s'appuie sur la redistribution et la reconnaissance, Billette et Lavoie proposent de penser l'exclusion comme « un processus de non-reconnaissance et de privation de droits et de ressources à l'encontre de certains segments de la population, qui se réalise à travers des rapports de force entre groupes aux visions et aux intérêts divergents » (2010 :5). Dans le champ de la géographie de la santé mentale, le terme d'exclusion a également été largement mobilisé pour penser l'inclusion des personnes en fragilité psychique dans la communauté (Hall, 2004, 2010 ; Parr, 2000, 2011 ; Philo et Wolch, 2001 ; Pinfold, 2000…).

L'importance accordée à la citoyenneté va de pair avec une plus grande prise en compte de la parole des personnes, de la diversité de leurs expériences et de leurs aspirations. Une société inclusive n'est alors possible qu'à condition que les personnes puissent avoir accès aux espaces de discussion et de décision. Or, nous avons vu dans le chapitre précédent que les personnes âgées et les personnes concernées par les fragilités psychiques ont généralement peu accès à ces espaces de participation. En plus de la question de l'accès physique à ces espaces, il est indispensable que ceux-ci soient construits de sorte que la parole des personnes puisse réellement émerger et être écoutée.

Il est important de préciser que l'inclusion n'est pas censée dépendre des capacités des personnes, ni de leur participation sociale effective ou mesurable. Chacun doit pouvoir être reconnu comme membre et citoyen à part entière, quel que soit son degré d'implication. Raisonner en termes d'inclusion, du moins tel que je le formule dans ce travail, invite ainsi à réfléchir aux possibilités qui leur sont offertes de prendre part à la vie sociale et de se sentir membre de la société.

2.3 Penser l'inclusion dans la ville

> « En ayant à l'esprit que l'expérience de l'exclusion et de l'inclusion est d'ordres social et collectif mais aussi incarnée dans le quotidien, ancrée dans le corps, les gestes et tout ce qui compose les relations interpersonnelles, nous pouvons concevoir la contribution d'une pluralité de projets de recherche, s'intéressant tant à l'intime qu'au politique, se positionnant ainsi à différentes échelles du social vécu et explorant différents milieux de vie. Une multiplicité des niveaux de compréhension permettra une meilleure analyse des enjeux sociaux et des solutions à mettre en place pour participer au développement d'une société inclusive et juste » (Billette et al, 2012a :24).

Comme le suggère cette citation, l'inclusion peut – et doit – être abordée à partir d'angles et d'échelles différents. Dans ce travail, je propose d'appréhender l'inclusion des personnes en fragilité psychique vieillissantes à travers leurs rapports à la ville, à l'échelle de leur vécu quotidien. Beaucoup d'études ont ignoré l'importance de la dimension spatiale pour comprendre l'inclusion des personnes en fragilité psychique dans la ville (Townley et al, 2009 ; Yanos, 2007). En France, « les études consacrées à l'impact de la désinstitutionalisation sur les expériences d'inclusion et d'exclusion sociale et spatiale des patients restent rares » (Coldefy, 2010 :301) et elles le sont encore plus lorsque ces personnes sont vieillissantes. Leurs spatialités, la manière dont elles investissent l'espace sont pourtant complexes (Kitchin, 1998). Le vécu quotidien des personnes prend le plus souvent corps dans la ville en s'inscrivant dans des espaces plus ou moins inclusifs, qui dessinent des géographies quotidiennes particulières.

L'approche par les pratiques et le rapport à l'espace présuppose de penser la ville dans ses dimensions physique et sociale. La ville se définit certes par sa matérialité ou sa concrétude, avec des aménagements physiques qui peuvent limiter ou favoriser les déplacements et la pratique des espaces. Mais elle est aussi constituée de l'ensemble des pratiques qui s'y déroulent et des interactions qui s'y nouent. Pour Jacobs (1961), si la ville est vivante, c'est justement grâce à cette vie sociale qui se joue dans l'espace public. Celle-ci

est par essence inorganisée, spontanée, composée d'interactions sociales ordinaires, d'échanges inopinés au détour d'un coin de rue ou à la terrasse d'un café. L'étude des pratiques spatiales, qui sont aussi par définition des pratiques sociales, permet de voir dans quelle mesure les individus s'inscrivent ou non dans cette vie sociale urbaine et s'ils ont ainsi la possibilité d'habiter pleinement la ville.

Pour les personnes en fragilité psychique, les personnes âgées ou celles qui cumulent ces deux caractéristiques, vivre et vieillir en ville, ce n'est donc pas juste pouvoir disposer d'un logement « en milieu ordinaire », situé en dehors d'une institution. L'enjeu n'est pas simplement d'être présent physiquement dans la ville. Il est aussi de pouvoir pratiquer la ville en ayant la possibilité de vivre avec et parmi les autres, et non simplement au milieu des autres, dans une indifférence qui serait imposée. Bigo et Séchet soulignent que « l'accès à la ville ne débouche sur un droit à la ville que s'il s'accompagne d'un accès aux espaces et aux lieux de la ville qui permettent l'interaction avec d'autres personnes » (2016 :7). S'intéresser aux pratiques de la ville permet ainsi de penser les liens des individus entre eux dans les espaces urbains. C'est pourquoi « l'inclusion à la ville équivaut donc à l'inclusion à la société » (Bigo, 2015 :14).

Cinquante ans se sont écoulés depuis le début de la politique de sectorisation en France. Or, les personnes en fragilité psychique vivent aujourd'hui dans une ville largement normée, encore trop pensée pour les corps et les esprits valides, bien-portants et productifs, où les occasions d'être et d'interagir avec les autres, de profiter des aménités de la ville, de faire des activités qui leur plaisent et qui ont du sens pour elles, de s'investir dans la vie locale, de faire entendre leurs voix et d'être reconnues comme citoyennes et habitantes à part entière leur semblent encore bien trop limitées. La persistance des exclusions dont elles font l'objet, y compris les discriminations et les violences physiques et symboliques qu'elles subissent au quotidien, les empêchent souvent de s'approprier la ville et de participer à la vie de la cité comme elles le souhaiteraient. A mesure que ces personnes en fragilité psychique vieillissent, les situations d'exclusion ne font souvent que s'accroître, entravant ainsi davantage l'exercice d'un droit à la ville déjà largement bafoué.

II L'inclusion dans la ville : une approche par les pratiques dans les espaces du quotidien

Les personnes en fragilité psychique vieillissantes font face à de nombreuses contraintes et obstacles qui les empêchent d'accéder et de pratiquer les espaces dans la ville comme elles le voudraient. C'est pourquoi j'aborde l'inclusion de ces personnes à partir de leurs géographies quotidiennes, composées de l'ensemble des pratiques spatiales qu'elles déploient chez elles et dans la ville. L'étude des pratiques dans les espaces du quotidien permet d'interroger la place que les personnes parviennent à trouver ou non dans la ville, c'est-à-dire la possibilité de « faire ville » (Bigo, 2015) avec les autres. Raisonner en termes d'inclusion dans la ville invite ainsi à interroger les conditions nécessaires pour que les espaces puissent être véritablement inclusifs, c'est-à-dire offrir la possibilité de prendre part, si la personne le souhaite, à la vie de la ville.

Dans cette section, j'expose en trois points l'intérêt de penser l'inclusion dans la ville à partir des espaces de vie et des pratiques spatiales des personnes. L'approche par les pratiques spatiales permet en effet :

- D'accéder au vécu des personnes dans les espaces du quotidien (1)
- D'interroger l'accessibilité des espaces et donc les possibilités de vivre avec et parmi les autres dans la ville (2)
- D'explorer la question du « faire avec » et des bricolages mis en place par les personnes (3)

1 Accéder au vécu des personnes dans les espaces du quotidien

L'approche par les pratiques ne se résume pas à une simple description des déplacements et des lieux fréquentées. Derrière le caractère routinier de nombreuses pratiques quotidiennes se cachent en effet « les couches et les contextes de sens qui transforment cette activité banale en quelque chose de complètement différent du point de vue de celui qui s'y adonne »[69] (Kusenbach, 2003 :9). Par exemple, aller au magasin ne revient pas toujours à simplement faire ses courses. La personne appréciera d'y croiser quelques connaissances et rentrera chez elle avec le sourire. Les courses peuvent aussi n'être en réalité qu'un prétexte pour aller marcher et ainsi sortir de chez soi. Mais faire ses courses dans un magasin de hard discount alimentaire parce qu'on n'a pas le choix peut aussi être vécu comme une expérience pénible, voire douloureuse, qui renvoie la personne au fait qu'elle n'a pas les moyens de s'offrir un autre type d'alimentation. Les lieux ne peuvent donc être résumés à une fonction unique. Creuser les significations attachées aux pratiques permet d'accéder à des préoccupations souvent bien plus importantes que la fonction attribuée d'emblée à ces lieux.

Dans une approche qui s'intéresse aux rapports des individus à la ville, il est certes important de s'intéresser aux pratiques, mais c'est surtout ce que les personnes disent de leurs pratiques et des significations qu'elles y attachent qu'il s'agit d'étudier. Cette démarche est ainsi en cohérence avec une approche non normative de l'inclusion telle que proposée par Corin par exemple, qui invite à ne pas plaquer sur les individus une définition préconçue de l'intégration, avec des critères prédéfinis, mais de chercher plutôt à comprendre comment les personnes vivent leur inclusion, « selon des rythmes et des modalités qui leur sont propres » (2002 :71).

Les premières études de la géographie post-asilaire ont permis de déconstruire l'un des postulats du tournant paradigmatique de la désinstitutionalisation, à savoir celui d'une communauté bienveillante et accueillante pour les patients (Wolpert et Wolpert, 1974 ; Dear et Taylor, 1982 ; Hall et Taylor, 1983 ; Dear et Wolch, 1987 ; Smith et Giggs, 1988). Peu à peu, ces géographes se sont davantage penchés sur l'individu plutôt que sur la distribution des maladies mentales ou des services de soins (Hall, 2004, 2010 ; Parr, 2000, 2011 ; Philo et Wolch, 2001 ; Pinfold, 2000). Philo et Wolch (2001) parlent de « deuxième vague de la géographie de la santé mentale » pour désigner ce renouvellement des problématiques et méthodes des chercheurs. Ce renouvellement est d'ailleurs à l'image des évolutions qu'a connu la géographie de la santé, y compris en France, qui est passée d'une logique

[69] « Layers and contexts of meaning that transform this mundane practice into something entirely different in the perspective of the practitioner » (Kusenbach, 2003: 9).

déterministe et ancrée dans le modèle médical et l'offre de soins à une approche davantage soucieuse de l'influence des facteurs sociaux sur la santé, appréhendée plutôt à l'échelle de l'individu (Fleuret et Séchet, 2006).

Ces géographes anglophones (Hall, 2004, 2010 ; Parr, 2000, 2011 ; Parr et Philo, 2003 ; Philo et Wolch, 2001 ; Pinfold, 2000, etc.), s'intéressant au quotidien de personnes en fragilité psychique se sont en particulier intéressés à la manière dont celles-ci s'exprimaient elles-mêmes sur « ce que ça fait de vivre dans la communauté »[70] (Parr, 2011 :12). En demandant aux participants de leurs recherches de raconter leurs expériences quotidiennes, ces chercheurs ont montré que l'inclusion et l'exclusion étaient avant tout des expériences subjectives, vécues et incarnées, souvent liées au fait de se sentir à sa place ou pas, d'avoir le sentiment d'appartenir quelque part ou de s'en sentir rejeté. Ils ont ainsi examiné « les significations intimes et subjectives que ces personnes accordent aux espaces auxquels elles accèdent, qu'elles utilisent ou qu'elles évitent » et les ont interrogées sur la manière dont elles se percevaient dans ces espaces, si elles se sentaient « 'chez-elles' ou pas, 'à leur place' ou 'pas à leur place' »[71] (Philo et Wolch, 2001 :236). Ils ont regardé ce qui aux yeux de ces personnes contribuait à les faire se sentir incluses ou au contraire accentuait leur sentiment d'exclusion. Leurs travaux ont ainsi mis en évidence la complexité des micro-géographies de ces individus, où s'entremêlent expériences d'inclusion et d'exclusion.

Pinfold (2000) a aussi travaillé sur les expériences d'inclusion et d'exclusion de personnes en fragilité psychique. Ses réflexions mettent en évidence le caractère processuel et entremêlé de l'inclusion et de l'exclusion. Elle cherche à déconstruire l'approche classique de l'intégration, qui s'appuie sur des oppositions binaires telles que normal versus anormal ou inclus versus exclu. L'approche alternative qu'elle propose repose sur l'idée qu'inclusion et exclusion ne sont pas nécessairement des réalités vécues opposées, à penser de part et d'autre d'une échelle qui mesurerait le taux d'intégration des individus. En d'autres termes, une personne n'est jamais ni pleinement incluse, ni complètement exclue, ce ne sont pas des positions absolues. Ses résultats convergent avec d'autres recherches, en géographie de la santé mentale et en gérontologie sociale, qui montrent qu'il s'agit là de processus et non d'états (Parr et al, 2004, Billette et Lavoie, 2010), dynamiques et multidimensionnels (Billette et al, 2012ab) et dont l'intensité varie au cours du temps (Pinfold, 2000). Ces processus sont conçus comme relevant d'un mélange complexe de situations et d'expériences, qui changent selon les contextes dans lesquelles elles prennent corps et au gré des interactions sociales qui les construisent. Ils sont ainsi complexes, « entremêlés » (Hall, 2005), « interreliés » (Billette et al, 2012a) de sorte qu'un même individu peut faire l'expérience simultanée de diverses formes d'inclusion et d'exclusion. Ces expériences dessinent alors des géographies complexes, « cachées » (Parr, 2000), que l'analyse des pratiques spatiales et la mise en lumière des rapports entre l'individu et la ville permet de révéler.

[70] « What community life feels like » (Parr, 2011:12).

[71] « How do they feel in these spaces and places, 'at home' or not, 'in place' or 'out of place'? (Philo et Wolch, 2001 :236).

2 Interroger l'accessibilité des espaces et donc les possibilités de vivre avec et parmi les autres dans la ville

2.1 L'appropriation comme clef de lecture des pratiques de la ville

> « Les inégalités sont peut-être encore plus importantes, quoique parfois moins visibles, quand on appréhende l'appropriation comme maîtrise de son propre espace de vie, autrement dit comme usage autonome. À ceux qui usent à leur guise de leur propre espace, espace qu'ils ont produit, ou ont fait produire, à leur image et à leur mesure, s'opposent ceux qui ne peuvent que se contenter des espaces produits pour eux, en fonction de l'image que d'autres se font de leurs besoins, de leurs critères, de leur valeur même pourrait-on dire. Sans parler de ceux dont on ne veut pas » (Ripoll et Veschambre, 2006 :302).

L'approche par les pratiques spatiales invite à raisonner en termes d'appropriation de l'espace. Notion incontournable en géographie sociale, l'appropriation permet d'interroger les inégalités sociales et les rapports de pouvoir en posant l'espace comme une ressource inégalement accessible et mobilisable par les acteurs (Ripoll et Veschambre, 2006). Les géographes ne considèrent pas l'espace comme une simple toile de fond sur laquelle serait projeté notre quotidien. L'espace est au contraire partie prenante de ce quotidien dès lors qu'il est pensé comme constitutif des processus sociaux. Il ne s'agit pas d'étudier l'espace pour l'espace, comme une catégorie à part, puisque « l'espace est en fait partout, traverse la société de part en part » (Veschambre, 2010 :19). Ce sont bien les individus et leurs pratiques au sein des espaces qui constituent le point d'intérêt (Ripoll et Veschambre, 2006).

Pour Veschambre, « l'une des entrées privilégiées pour appréhender ce qui se joue dans la dimension spatiale du point de vue de la construction et de la reproduction des inégalités sociales consiste à analyser les processus d'appropriation de l'espace » (2010 :21). La notion d'appropriation renvoie entre autres à la question de l'usage autonome de l'espace que Ripoll et Veschambre définissent comme « le fait d'user de l'espace librement ou du moins sans contrainte sociale explicite » (2006 :12). Les auteurs précisent que cet usage autonome (ou maîtrise de l'espace) n'est jamais totalement absent ou à l'inverse absolu.

Les personnes en fragilité psychique vieillissantes sont souvent soumises à un environnement qui est incapacitant pour elles et qui fait qu'elles ne sont pas en mesure de s'approprier l'espace comme elles le souhaiteraient. Comme toute personne, quand l'interaction avec l'espace devient compliquée, elles vont contourner, voire éviter certains lieux parce qu'elles savent qu'elles s'y sentiront exclues. Elles peuvent aussi être de fait exclues de certains lieux, parce qu'elles ne peuvent y accéder. Les expériences d'exclusion engagent ainsi des comportements particuliers : éviter les lieux publics d'où elles savent qu'elles se sentiront rejetées, éviter l'autobus du fait de la foule ou du manque d'accessibilité et emprunter un itinéraire qui leur est plus supportable, etc. Les géographies quotidiennes sont ainsi en partie dessinées selon le caractère inclusif ou non des espaces auxquels les personnes ont affaire, ces espaces étant entendus dans leurs dimensions physique et sociale.

2.2 Les multiples contraintes à l'appropriation de la ville

« Sortir de chez soi est une condition du droit à la ville » (Bigo et Séchet, 2016 :2). Pour cela, il faut que la ville soit accessible, avant toute chose. En géographie sociale, plusieurs travaux portant sur les pratiques spatiales et le vivre en ville de différentes populations, telles que les personnes âgées et/ou en situation de handicap et/ou vivant avec des problèmes de santé mentale, apportent des pistes intéressantes quant aux difficultés et contraintes relatives à l'appropriation des espaces. Ces recherches montrent que pour comprendre comment se construisent les pratiques spatiales, en particulier les facteurs contraignant l'appropriation des espaces, il est indispensable d'adopter une définition large de l'accessibilité, qui ne la résume pas à des questions d'accessibilité physique. Non pas que celles-ci ne soient pas importantes. Les limitations corporelles, qu'elles arrivent avec l'âge ou pour toute autre raison, peuvent réduire considérablement la pratique des espaces, lorsque ceux-ci ne sont pas adaptés. Néanmoins, d'autres facteurs de différenciation des pratiques spatiales sont à prendre en compte. Par exemple, on ne fréquente pas les mêmes espaces selon ses revenus, l'endroit où l'on vit et les modes de déplacement dont on dispose. Comment l'écrivent Ripoll et Veschambre, « à la hiérarchie socio-économique correspond bien une hiérarchie des espaces habités et même plus largement pratiqués » (2006 :33).

Mais pour comprendre comment se construisent les pratiques spatiales, il ne suffit pas d'examiner les questions d'accessibilité physique et financière. Les pratiques des espaces sont aussi liées à la manière dont les personnes s'y sentent et s'y perçoivent, de même qu'à la façon dont elles s'y sentent perçues par les autres. C'est pourquoi il est important de tenir compte de ce que les personnes disent de leurs expériences dans les espaces, de prendre en compte le sens et l'importance qu'elles accordent à leurs pratiques.

Les *disability studies* ont particulièrement influencé les géographes de la santé mentale. Ces travaux, plutôt centrés à l'origine sur le handicap physique, ont mis en lumière la construction sociale du handicap dans l'espace. Certains groupes sont considérés par la société ou par d'autres groupes comme « anormaux », dès lors que leurs caractéristiques ne correspondent pas aux critères de normalité communément admis (Gleeson, 1999). Le fait de ne pas être en capacité de se mouvoir comme un individu « normal » par exemple devient un critère de distinction, interprété non pas comme une nuance parmi d'autres sur le spectre des différences propres aux êtres humains, mais bien comme un écart à la normalité (Hansen et Philo, 2007). Les identités des groupes se construisent ainsi sur les notions de ce qui est semblable et de ce qui est autre. Ces notions sont d'ailleurs souvent génératrices de pratiques haineuses et de discrimination (Philo et Wolch, 2001). Les *disability studies* ont cherché à dénoncer le système d'oppression vécues par les personnes en situation de handicap, que les chercheurs ont notamment envisagé à travers le concept d'*ableism* (Butler et Parr, 1999), traduit parfois par validisme. Chouinard (1997) définit l'*ableism* comme l'ensemble des idées, pratiques, institutions et relations sociales qui sont construites sur la présomption que les personnes possèdent un corps valide, fonctionnel, et qui contribuent ainsi à renforcer l'oppression et la marginalisation des personnes en situation de handicap.

Ces processus d'oppression et de différenciation sont spatialisés, ils s'opèrent et s'inscrivent dans l'espace. Pour Kitchin (1998), la production sociale de l'espace contribue à l'exclusion des personnes handicapées de deux manières : les espaces peuvent être organisés pour maintenir les personnes handicapées « à leur place » (« *in their place* ») tout comme ils

peuvent créer en eux le sentiment de ne pas être à leur place (« *out of place* »). La construction sociale de l'espace et la manière dont il est organisé, produit, pensé et pratiqué peuvent contribuer à l'émergence et au maintien de géographies de l'exclusion, de « *landscapes of difference and exclusion* » (Curtis, 2004). Ce cadre d'analyse a influencé les géographes s'intéressant aux personnes en fragilité psychique, qui pour beaucoup connaissent également ce sentiment d'être « *out of place* » (Philo et Wolch, 2001).

On voit ainsi que les modalités d'appropriation sont aussi fortement liées aux interactions sociales et aux rapports à l'autre qui se construisent dans l'espace. Pour pratiquer certains espaces, il faut parfois les partager « en y subissant aussi les contraintes inhérentes à la présence des autres » (Séchet et al, 2008 :23). Cela implique un panel de comportements possibles, allant de l'évitement de certains espaces au fait de s'accommoder de la présence de l'autre (Séchet et Garat, 2008). Les personnes en fragilité psychique peuvent rencontrer des « difficultés relationnelles par rapport à l'entourage amical, familial, professionnel, ou encore « la frange anonyme » de passants, commerçants et autres petites connaissances croisés dans le quotidien » (Lovell et al, 2009 :23). Elles font aussi l'objet de stigmatisation et de discrimination. C'est pourquoi il est intéressant de penser leurs pratiques spatiales en termes de rapport aux autres.

Les difficultés peuvent engager des rapports singuliers à l'espace. Outre des peurs spécifiques qui parfois agissent sur les pratiques (peur du regard des autres, des espaces confinés, de marcher dans la rue...), c'est aussi le corps et le regard de l'autre qui jouent sur la manière dont l'espace est partagé. Ce que Pinfold (2000) appelle à propos des personnes en fragilité psychique leurs « *unorthodox normalities* », qui laissent transparaître chez certaines une différence à travers les expressions corporelles et/ou les comportements, peut être mal toléré dans certains espaces, notamment dans les espaces publics. Parler seul dans un lieu public, avoir le regard perdu dans le vide trop longtemps, souffrir de tremblements ou d'endormissements à cause des médicaments par exemple, sont perçus comme dérangeants et inappropriés aux regards des normes tacites qui régissent la pratique de ce type d'espace. Les différences et/ou difficultés des personnes sont interprétées avant tout comme une infraction aux normes.

Les difficultés sont d'autant plus grandes qu'elles sont généralement mal comprises. Elles sont interprétées comme un manque de volonté, de la fainéantise, une bizarrerie de la personne et non comme un handicap par exemple, amenant Lovell et al (2009) à souligner l'invisibilité du handicap psychique. Dorvil rappelle qu'il « subsiste dans la société des attitudes et des croyances négatives envers les personnes présentant une maladie mentale, qui sont perçues comme des gens vulnérables, dangereux, imprévisibles, non productifs, non attirants physiquement et peu dignes d'intérêt » (2008 :27). Ces représentations sont encore présentes et entretenues dans les médias, notamment concernant l'association entre maladie mentale et violence/dangerosité (Roeland et al, 2012). Or la stigmatisation accroit les inégalités sociales dont ces personnes font l'objet, en plus d'avoir un impact sur leur santé et d'entraver leur participation à de nombreuses sphères de la société (Dorvil, 2008).

Ces « visibilités qui dérangent » (Séchet et Garat, 2008) peuvent conduire les personnes à s'obliger à paraître normales, en dissimulant tant bien que mal ces marqueurs de distinction. Hansen et Philo ont étudié les pressions et l'épuisement que peuvent ressentir les personnes en situation de handicap à « se comporter aussi normalement que possible »

(2007 :496) dans les espaces publics, allant jusqu'à modifier leur gestuelle, leur langage corporel afin de cacher leur handicap et ainsi d'occuper « correctement » l'espace. Les personnes en fragilité psychique vieillissantes peuvent être amenées à subir ce genre de pressions. Or, les marqueurs de distinction sont d'autant plus difficiles à camoufler que l'on vit dans une petite ville, où tout le monde se connaît et où il est difficile de se défaire de l'étiquette que les gens nous ont assignée. L'inclusion dans la ville dépend ainsi d'un ensemble hétérogène de facteurs qui, par leur caractère contraignant ou capacitant, construisent des modalités différenciées d'appropriation des espaces.

3 Explorer la question du « faire avec » et des bricolages

L'approche par les pratiques spatiales invite également à s'interroger sur la manière dont les personnes en fragilité psychique vieillissantes s'adaptent à leur environnement, comment elles se débrouillent dans la ville pour faire en sorte que leur quotidien leur paraisse satisfaisant, pour se négocier une vie quotidienne qu'elles jugent acceptable. En effet, si les pratiques spatiales peuvent être « le fait de comportements d'adaptation aux contraintes subies », elles peuvent aussi « exprimer la marge de liberté de tout individu acteur » (Séchet et Veschambre, 2006 :9). Pour ces personnes, le quotidien peut relever de l'exercice du funambule. Elles savent qu'elles ne sont pas à l'abri d'une hospitalisation, si elles ne veillent pas à préserver un certain équilibre au quotidien et ainsi prévenir des effondrements. Au gré des expériences, ces personnes ont souvent appris à faire face à leurs difficultés et à cet environnement incapacitant dans lequel elles vivent. En psychologie, ces mécanismes de défense et d'ajustement face à une situation stressante sont rassemblés sous le terme de « *coping* », qui provient du verbe anglais « *to cope* » qui signifie « faire face, se débrouiller ». Le *coping* est défini par Lazarus et Folkman comme « l'ensemble des efforts cognitifs et comportementaux, constamment changeants, [déployés] pour gérer des exigences spécifiques internes et/ou externes qui sont évaluées [par la personne] comme consommant ou excédant ses ressources »[72] (1984 :141).

3.1 Bricoler avec les espaces du quotidien

Au terme de *coping*, très associé au vocabulaire de la psychologie, je préfère parler dans cette thèse de bricolages. Damon (2012) a mobilisé cette notion de bricolage pour comprendre comment les personnes sans-abri[73] améliorent leurs conditions d'existence au quotidien. Il montre que c'est par de petits[74] aménagements et arrangements, des petites tactiques qu'elles se bricolent un quotidien plus vivable. Damon rappelle que le bricolage n'est pas organisé collectivement, mais qu'il relève de l'initiative individuelle. Il diffère aussi de la stratégie. Parler de stratégie laisse entendre que la personne est en mesure de calculer et de maîtriser une série d'actions coordonnées qu'elle met en place, en vue d'atteindre des objectifs prédéfinis, tel un stratège militaire. Le bricolage est plus proche de la tactique, telle

[72] « Constantly changing cognitive and behavioral efforts to manage specific external and/or internal demands that are appraised as taxing or exceeding the resources of the person » (Lazarus et Folkman, 1984 :141)

[73] Personnes itinérantes au Québec.

[74] L'adjectif « petit » n'est en rien péjoratif, il s'agit surtout de souligner le fait que ces bricolages sont en général invisibles et passent inaperçus. Mais s'ils paraissent relever de l'anodin, de l'ordinaire ou du banal, il n'empêche qu'ils sont souvent d'une importance capitale, voire vitale pour les individus qui les mettent en place.

que De Certeau (1990) la différencie de la stratégie. Là où la stratégie relève d'un calcul, la tactique renvoie plus à une occasion saisie, une opportunité qui s'est présentée dont l'individu s'est emparé. Mais plus que la tactique, le terme de bricolage reflète davantage « l'inventivité et la débrouillardise face à une situation contraignante » (Séchet et Garat, 2008 :12). Il porte l'idée que les bricolages ne sont pas indépendants du contexte et que c'est avec les moyens du bord que l'individu se débrouille, malgré des conditions d'existence souvent difficiles. Dit autrement, les bricolages renvoient à l'idée du « faire avec ». Ce « faire avec » se réalise avec et dans l'espace. Etudier les bricolages permet ainsi de comprendre en quoi certains espaces peuvent contribuer à rendre le quotidien plus vivable ainsi que la manière dont l'individu transforme un espace simplement fréquenté en un espace-ressource.

Corin (2002) s'est intéressée à la réintégration sociale de personnes ayant reçu un diagnostic de schizophrénie, du point de vue de leurs discours et de leurs pratiques. Analysant la manière dont ces personnes se négocient une place au sein de la communauté, elle met en évidence l'importance et l'intérêt du « retrait positif ». Elle remarque en effet que les enquêtés sont nombreux à fréquenter des lieux « où l'on puisse être avec des personnes sans avoir à interagir avec elles » (2002 :70), c'est-à-dire des lieux où l'on peut être à la fois dedans et dehors, comme des parcs, des cafés, des places. Ses observations convergent avec celles de Beal et al (2005), qui s'intéressent au processus de réintégration sociale de personnes schizophrènes ayant vécu en hôpital psychiatrique. Ils montrent que ces personnes ont tendance à rechercher des lieux où elles seront peu ou pas sollicitées socialement, bien que des gens soient présents, et d'où elles pourront partir facilement.

Du point de vue d'une conception normative de l'intégration, comme on a pu la décrire précédemment, ces comportements seraient considérés comme des dysfonctionnements, comme un signe de l'isolement. Or, comme l'explique Corin, « les manières d'habiter le retrait prennent aussi parfois d'autres détours qui risquent fort d'échapper à des explorations plus normatives » (2002 :70). S'asseoir sur un banc pour regarder les passants ou écouter des conversations, se promener dans un parc, errer dans un centre-commercial sont autant de bricolages que les personnes mettent en œuvre, pour se construire et conserver une place dans le monde. C'est en investissant ces espaces, en les transformant en véritables ressources, qu'elles parviennent à provoquer des opportunités « *for connectedness* » (Beal et al, 2005), c'est-à-dire où elles se sentiront davantage inclues, sur un mode qui leur convient à cet instant. Pour Corin, plutôt que de chercher d'emblée à intégrer ces personnes, en promouvant la participation sociale coûte que coûte, en leur fournissant un modèle d'intégration à atteindre, il serait plus pertinent de comprendre comment celles-ci envisagent elles-mêmes la manière dont elles souhaitent être en lien avec les autres, « selon un rythme et des modalités qui leur sont propres » (2002 :71). D'où l'intérêt d'une approche qui tienne compte des « voix et récits de vie des personnes » (Parr, 2011).

Éclairer les pratiques au regard du concept de bricolage introduit une perspective dynamique des personnes en fragilité psychique vieillissantes, car la résistance quotidienne aux exclusions requiert « un déploiement de créativité et de force » (Billette et al, 2012a :16). C'est par ces bricolages que les personnes parviennent à maintenir une forme de présence dans la ville. Néanmoins, si ces bricolages témoignent des capacités et de l'inventivité dont elles font preuve pour exploiter l'espace et tirer parti des ressources de la ville, ce ne sont pas moins des marqueurs souvent forts de leur vulnérabilité et de leur isolement. En considérant

ces résistances comme allant de soi, « on demande aux individus de porter la responsabilité personnelle ou le fardeau, de trouver les moyens de « rester inclus », de faire la preuve de sa pertinence sociale et de ses capacités à réussir socialement » (Billette et al, 2012a :17), ce qui contribue alors à la persistance de certaines situations d'exclusion.

3.2 Bricolages et espaces-ressources

Les bricolages sont liés à des utilisations particulières de l'espace. Pour mieux saisir ce qui se joue dans les bricolages, il est utile de mobiliser les recherches dédiées aux dimensions thérapeutiques des espaces, c'est-à-dire la manière dont certains espaces contribuent au bien-être et à la santé des individus.

Curtis rappelle que « l'idée d'un lien entre les lieux et le bien-être psychologique a un long pedigree en géographie » (2004 :37), citant les travaux de Tuan (1974) sur les attaches émotionnelles que les individus développent envers certains espaces. Le concept de paysage thérapeutique a été développé par Gesler (1992, 1993), Kearns et Gesler (1998) et Williams (1999), puis repris par de nombreux chercheurs. Le concept désigne les attributs thérapeutiques propres à certains espaces qui favorisent la santé physique et mentale, contribuent à guérir les maladies ou à atténuer la souffrance et promeuvent plus globalement des formes de bien-être (Curtis, 2004). Baer et Gesler (2004) adressent néanmoins plusieurs critiques à l'égard des travaux mobilisant le concept de paysage thérapeutique. Les auteurs remarquent que « le concept est souvent examiné en dehors des expériences quotidiennes de la plupart des gens, à travers des exemples qui peuvent être facilement documentés, comme des lieux de pèlerinages, des spas et des hôpitaux » (2004 :404). Ils invitent donc à explorer les espaces thérapeutiques du quotidien, plutôt que de se limiter aux cas exceptionnels. L'aspect délétère des espaces ne doit pas non plus être oublié, soulignent-ils également, regrettant que les travaux se concentrent trop sur les espaces qui favorisent le bien-être et non l'inverse. Enfin, les auteurs rappellent que les espaces thérapeutiques sont souvent plus ambivalents et nuancés que ce que laisse croire la manière dont ils sont présentés : « ces environnements peuvent être thérapeutiques pour certains mais pas pour d'autres, leur potentiel thérapeutique peut évoluer avec le temps » (2004 :411). On ne peut donc étiqueter un espace comme thérapeutique, puisque c'est la relation avec l'individu qu'il faut considérer et cette relation est loin d'être figée.

S'appuyant sur les travaux consacrés à la dimension thérapeutique des espaces, Duff (2011) propose d'élargir la réflexion en s'interrogeant plus largement sur le caractère capacitant de certains espaces (« *enabling places* »). La caractéristique principale de ces espaces capacitants est de favoriser l'agentivité[75] des individus. Duff (2012) a appliqué ce concept lors d'une étude auprès de participants australiens vivant avec un problème en santé mentale, afin de comprendre comment certains espaces du quotidien contribuent à leur rétablissement et à leur mieux-être. Il montre que ces espaces deviennent capacitants dès lors qu'ils proposent des ressources d'ordres social, matériel et affectif. Parmi les ressources affectives, Duff mentionne l'importance pour les participants de se rendre dans certains lieux qu'ils aiment pour gérer leurs difficultés lors des mauvais jours, comme les parcs par

[75] Grard définit comme « la capacité à agir des sujets en tant qu'êtres sociaux, malgré les contraintes structurelles auxquelles ils doivent faire face » (2011 :62).

exemple. L'atmosphère qui y règne les aide à se sentir mieux, à évacuer leurs émotions négatives et à se recentrer. Nombreux sont les auteurs comme Duff à insister sur l'importance pour les personnes en fragilité psychique d'avoir accès au sein de la communauté à des espaces capacitants (Curtis, 2010), des « *safe havens* » (Pinfold, 2000) ou des « *spaces of refuge* »[76] (Hall, 2005), autant d'expressions qui désignent toutes des espaces qui contribuent à leur inclusion sociale et/ou leur bien-être.

III Questions de recherche

1 Récapitulatif de l'approche

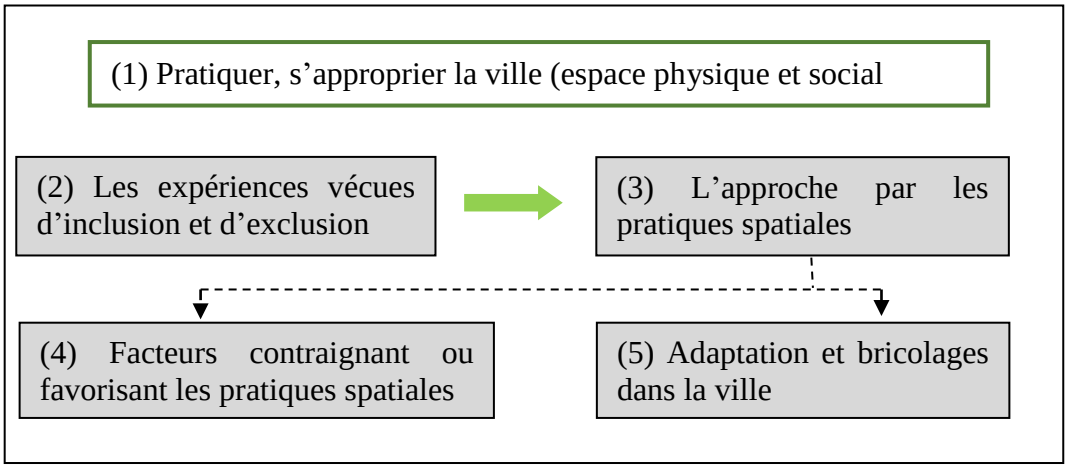
En posant un regard scientifique sur le vécu quotidien d'une population invisible et souvent négligée, cette thèse vise à nourrir la réflexion sur l'inclusion dans la ville de personnes en fragilité psychique vieillissantes. Peuvent-elles pratiquer et s'approprier la ville comme elles le voudraient ? Dans quelle mesure sont-elles présentes ou non dans ces espaces ? Trouvent-elles une place qui leur convient, en tant qu'habitantes à part entière de la ville ? Ces réflexions ont également pour but de dégager des pistes quant à la manière de favoriser leur inclusion, dans le respect de leurs choix et de leurs aspirations, sans chercher à imposer un modèle préétabli de ce que doit être leur place dans la ville.

Pour mener cette réflexion, je m'intéresse aux géographies quotidiennes des personnes, c'est-à-dire aux pratiques spatiales qu'elles déploient chez elles et dans la ville. Mon entrée est celle de l'individu et de ses espaces du quotidien. Les modalités d'appropriation des espaces sont colorées par la combinaison des caractéristiques des individus et du milieu dans lequel ils vivent. En l'occurrence, il s'agit d'étudier dans cette thèse les géographies quotidiennes de personnes en fragilité psychique vieillissantes, qui vivent dans une petite ville ou les villages alentour et qui sont adhérentes d'un GEM. C'est une micro-géographie que je propose, une géographie de l'ordinaire et des petits riens. Il convient pour autant de ne pas oublier que les pratiques spatiales s'inscrivent dans des contextes plus larges, aux logiques et processus qui dépassent l'individu, et qui contribuent à les sculpter. Si la focale se situe du côté de l'individu, les autres échelles d'analyse ne seront donc pas négligées.

Le schéma ci-dessous récapitule l'approche détaillée dans ce chapitre. Celle-ci consiste à interroger l'inclusion des personnes en fragilité psychique vieillissantes à travers leurs rapports à l'espace urbain. Je cherche à analyser comment ces personnes sont en mesure de pratiquer et s'approprier la ville, entendue comme espace physique et social (1). Cette analyse permet d'accéder aux expériences d'inclusion et d'exclusion qu'elles vivent dans les espaces du quotidien (2). L'étude des pratiques spatiales quotidiennes de ces personnes (3) revêt alors au moins deux avantages. D'une part, elle permet de saisir les facteurs qui contraignent ou qui facilitent les pratiques et l'appropriation de la ville (4). D'autre part, elle introduit la question du « faire avec » et des bricolages que les personnes mettent en place avec et dans l'espace, pour faire face à leurs difficultés (5).

[76] On peut traduire ces deux expressions par « havre de paix », « lieu de refuge ».

Figure 3 : Récapitulatif de l'approche adoptée dans la thèse
Painter S., 2018



2 Les questions « opérationnelles » de recherche

A partir de l'approche présentée dans ce chapitre, trois questions dites « opérationnelles » ont été formulées afin de mieux comprendre comment se construisent les géographies quotidiennes des personnes en fragilité psychique vieillissantes. Ces questions sont dites « opérationnelles » car elles ont permis de guider la collecte puis l'analyse des données.

1/ Quels sont les facteurs contraignant et/ou favorisant les pratiques et l'appropriation de la ville que rencontrent les personnes en fragilité psychique vieillissantes ?

Les modalités d'appropriation des espaces ne sont pas les mêmes pour tous, en particulier lorsqu'on est vieillissant, en fragilité psychique et qu'on vit dans une petite ville ou les villages alentour. L'accessibilité physique et financière est certes importante pour comprendre comment se construisent les pratiques spatiales, mais il faut aussi considérer le rôle des relations sociales qui s'établissent ou non dans les espaces. Les personnes peuvent être confrontées à une multitude de facteurs qui ont une influence sur leurs pratiques spatiales. Certains facteurs peuvent être qualifiés de contraignants, dès lors qu'ils limitent ou détournent certaines pratiques, restreignent l'accès à certains espaces et font que les personnes ne sont pas ou plus en mesure de s'approprier la ville comme elles le voudraient. D'autres facteurs peuvent au contraire être qualifiés de capacitants, lorsqu'ils offrent aux personnes des possibilités concrètes de s'approprier et de pratiquer les espaces urbains, selon des modalités qui leur conviennent.

2/ Comment les personnes se débrouillent-elles pour se bricoler dans la ville un quotidien qui leur soit plus satisfaisant ?

Cette deuxième question propose d'analyser les pratiques spatiales au prisme des bricolages. Il s'agit d'explorer comment les personnes en fragilité psychique vieillissantes se débrouillent dans la ville pour se négocier une vie quotidienne qu'elles jugent acceptable, dont elles puissent s'accommoder, et surtout pour garder un certain équilibre au quotidien. Il s'agit alors de voir comment elles s'adaptent à leur environnement et comment les bricolages qu'elles mettent en œuvre s'inscrivent dans l'espace. Cela permettra d'identifier les espaces

dits ressources, c'est-à-dire qui contribuent, du point de vue des personnes, à maintenir leur sentiment d'être incluses et/ou à composer avec leurs difficultés et/ou à maintenir un certain équilibre au quotidien. Il s'agira alors de voir comment elles investissent et s'approprient ces espaces, comment elles les transforment en espaces-ressources, en étudiant notamment les significations intimes qu'elles y attachent.

3/ En quoi le GEM participe-t-il à la construction de leurs géographies quotidiennes, mais aussi à la construction même de l'espace urbain ?

Les personnes dont il est question dans cette thèse sont aussi adhérentes d'un GEM, qui est un dispositif ayant une « fonction d'insertion dans la cité », selon l'arrêté du 18 mars 2016. Cette troisième question s'intéresse à l'influence du GEM sur les pratiques spatiales des personnes et sur la place qu'il occupe dans les géographies quotidiennes.

Mais il s'agit également de voir en quoi le fait de s'investir dans une association de ce type peut transformer leur rapport à la ville. Il est important de préciser qu'un GEM ne peut fonctionner sans l'implication de ses adhérents. Il est le fruit d'un collectif de personnes qui se regroupent pour faire vivre un lieu d'entraide et mettre en œuvre un projet associatif tourné vers l'ouverture sur la ville. Si dans les points précédents, l'attention était plutôt portée sur les géographies individuelles, il importe de rappeler que les pratiques des individus peuvent aussi s'agréger en vue d'agir collectivement sur l'espace. En se réunissant ainsi, les adhérents des GEM ont la possibilité de contribuer ensemble à la transformation de la ville, dans ses dimensions physique et sociale.

Ces trois questions se complètent. L'une n'est pas plus importante que l'autre, elles n'ont pas à être hiérarchisées les unes par rapport aux autres. Ces questions correspondent à trois manières d'éclairer les pratiques spatiales, dont la combinaison permet d'analyser en profondeur les géographies quotidiennes.

Chapitre 3 – La démarche méthodologique

L'objectif général de la thèse est de proposer une réflexion sur l'inclusion des personnes en fragilité psychique vieillissantes dans la ville et leur rapport à l'espace urbain. Pour ce faire, l'approche consiste à analyser leurs pratiques spatiales quotidiennes afin de mieux comprendre les expériences d'inclusion et d'exclusion qu'elles vivent et leur place dans la ville. Ce troisième chapitre vise à présenter la démarche méthodologique mise en œuvre pour répondre aux questions de recherche formulées dans le chapitre précédent. L'enquête de terrain s'appuie sur plusieurs mois d'observation participante au sein d'un GEM situé dans la petite ville de B, ainsi que sur deux séries d'entretiens semi-directifs, dont l'une avec réalisation d'une carte mentale, auprès de 14 adhérents âgés de 50 à 68 ans.

Le chapitre est organisé en quatre sections. La première montre l'intérêt d'avoir recours à une démarche méthodologique à la fois qualitative et exploratoire, puis expose le terrain de recherche et les critères de sélection des participants. La deuxième section est consacrée à la présentation d'un premier outil de collecte de données : l'observation participante. Les objectifs de l'observation, ses conditions de réalisation ainsi que les outils d'objectivation y sont décrits. La troisième section aborde le deuxième outil de collecte de données, à savoir les entretiens semi-directifs, dont certains avec réalisation d'une carte mentale. La dernière section décrit les différentes étapes de traitement dont les données ont fait l'objet au cours de l'analyse.

I Une démarche qualitative et exploratoire, sur un terrain spécifique

1 Une démarche qualitative et exploratoire

Cette recherche s'appuie sur une méthodologie qualitative, mise en œuvre auprès d'un petit nombre de participants (14). Le cadre théorique présenté dans les chapitres précédents a mis en évidence la complexité et l'imbrication d'un nombre important de paramètres à considérer, ce qui invite à réduire l'échantillon de participants pour privilégier une analyse approfondie de leur quotidien. Cette recherche se rapproche ainsi des études de cas, que Roy décrit comme « intensives dans le sens où elles se limitent à moins de sujets, tout en réunissant un grand nombre d'informations et d'observations sur chacun d'eux et leur contexte » (2009 :205). Gagnon souligne la pertinence de cette méthode lorsque « l'expérience des acteurs est importante et le contexte de cette expérience essentiel à connaître » (2005 :15). Cette approche est d'autant plus intéressante que les personnes en fragilité psychique vieillissantes ont très peu fait l'objet de recherches qualitatives. Cette thèse vise ainsi à éclairer cette population sous une lumière différente de celle qu'utilisent la plupart des travaux existants, pour enrichir et compléter la connaissance que l'on en possède. La démarche mise en œuvre est également qualifiée d'exploratoire dans le sens où aucune hypothèse de recherche n'a été posée en amont de la réalisation de l'enquête de terrain.

Les recherches qui portent sur un petit nombre de participants font souvent l'objet de critiques vis-à-vis du caractère généralisable de leurs résultats (Ayerbe et Missonier, 2007). Les détracteurs de l'étude de cas considèrent par exemple que dans la mesure où cette

méthode s'intéresse par définition au particulier, puisque ses résultats sont issus d'un phénomène étudié dans un contexte spécifique, on ne peut en tirer de conclusions globales (Roy, 2009). Les résultats seraient ainsi circonscrits, enfermés dans les limites du cas étudié, considéré comme non représentatif.

Pour comprendre ce qui se joue ici, il est utile de s'arrêter un instant sur la question de l'échantillonnage, qui désigne « l'ensemble des décisions sous-jacentes au choix de l'échantillon » (Savoie-Zajc, 2007 :101) et sur la distinction entre échantillons statistique et théorique. Ces deux types d'échantillon visent des formes de généralisation très différentes, selon que l'on se situe dans une approche quantitative ou bien qualitative.

Dans un échantillon aléatoire, les individus constituant l'échantillon sont tirés au hasard. En théorie, cela signifie que tous les individus appartenant à la population étudiée ont les mêmes chances d'être sélectionnés pour l'échantillon représentatif. Ce caractère aléatoire constitue l'une des conditions primordiales pour pouvoir généraliser les résultats obtenus pour l'échantillon à l'ensemble de la population. Le but de l'échantillon aléatoire est d'être représentatif d'une population plus grande, ce que rend possible le fait qu'il ait été constitué, précisément, de manière aléatoire. C'est cette représentativité qui autorise alors la généralisation statistique, qui elle-même vise l'extension des résultats à une population plus large (Paquay et al, 2006).

Une recherche qualitative telle que celle proposée dans cette thèse, qui porte sur un nombre réduit de participants, obéit à une logique très différente et vise un autre type de généralisation, la généralisation analytique. Cette démarche se situe sur une ligne épistémologique très différente de celle à laquelle appartient la généralisation statistique (Ayerbe et Missonier, 2007). Dans ce genre de recherche, ce n'est pas la représentativité de l'échantillon qui constitue le critère fondamental de validité. Pour Paquay et al, en voulant transposer l'exigence de représentativité de l'échantillon à l'étude de cas, « non seulement le chercheur se condamne à ne jamais répondre à un tel critère de généralisation (puisqu'une étude ethnographique ne lui en donnera par définition jamais les moyens), mais en plus, il s'expose au risque de perdre ce qui fait la spécificité de l'apport de ce type d'approche » (2006 :104). Ce critère n'a donc tout simplement pas de pertinence dans le cadre de l'étude de cas et/ou des études à petit nombre de participants, où ce n'est pas la généralisation statistique que l'on recherche, mais la généralisation analytique, que l'on obtient grâce à un échantillonnage théorique.

Dans l'échantillonnage théorique, les cas ne sont pas sélectionnés pour leur représentativité, mais pour « leur capacité à favoriser l'émergence et la construction de la théorie » (Guillemette et Luckerhoff, 2009 :8). En d'autres termes, le but de l'échantillon n'est pas d'être représentatif. Son intérêt réside plutôt dans sa capacité à éclairer des questions de recherche. Pour Ayerbe et Missonier, « il ne s'agit pas de généraliser à une population dans son ensemble, mais de spécifier les conditions par lesquelles un phénomène existe » (2007 :41). Les auteurs précisent un peu plus loin que « le cas permet la mise à jour de phénomènes, de processus, dont la compréhension enrichit la théorie » (2007 :42). Dans la généralisation analytique, c'est donc la portée théorique ou opérationnelle des résultats de la recherche qui est en jeu, bien plus que la représentativité de l'échantillon.

Pour comprendre les visées de généralisation propres à l'étude de cas, il est utile de passer par une réflexion sur la transférabilité. Pour Paquay et al, « la transférabilité renvoie ici

à la possibilité d'utiliser des schémas interprétatifs et des logiques d'action dégagés dans une situation de recherche donnée, tout en tenant compte des conditions particulières de leur « découverte » - ce qui permet dans un second temps de raisonner sur le sens que ces schémas pourraient prendre dans un autre contexte » (2006 :104). L'idée consiste à construire à partir des résultats d'une recherche donnée des propositions théoriques plus larges. Ces propositions théoriques n'ont pas pour vocation d'être appliquées à une population plus générale. Elles visent plutôt à enrichir, à compléter la théorie existante, du fait qu'elles pourront être utilisées pour élucider un nouveau contexte de recherche, qu'on pourra les transposer à d'autres contextes (Paquay et al, 2006). Pour Paquay et al, ce qui rend possible la transférabilité des résultats et donc la généralisation analytique, c'est « le lien établi entre données, conditions pragmatiques et intersubjectives de production de ces données, et propositions théoriques » (2006 :104).

Pour Roy, « l'un des principaux défis pour l'utilisateur de l'étude de cas, c'est de faire valoir la pertinence de ses travaux. Le plus souvent, cette pertinence se mesure par la capacité de l'étude à dégager des conclusions qui dépassent le cas » (2009 :214). Au regard de la littérature existante et des études ayant été menées jusqu'ici, plusieurs pistes auxquelles cette recherche est susceptible de contribuer ont été identifiées :

- Documenter les liens entre pratiques spatiales et processus d'inclusion et d'exclusion
- Poser un regard scientifique sur le vécu quotidien d'une population souvent négligée en sciences sociales, dans un contexte lui aussi peu étudié, celui de la petite ville
- Mettre en lumière le rôle des GEM et leurs impacts sur le quotidien des adhérents
- Documenter les modes d'inclusion des individus dits fragiles ou vulnérables et approfondir nos connaissances sur la manière dont ils font face à leurs difficultés, en s'appropriant et en mobilisant des ressources dans la ville
- Contribuer à la réflexion concernant les méthodes qualitatives dans des recherches portant sur des populations dites fragiles ou vulnérables, dont les voix sont longtemps restées et sont encore souvent inaudibles

Ces recherches qualitatives qui portent sur un petit nombre de participants ont également l'avantage de donner à voir un pan de la réalité souvent négligé ou rendu invisible, dès lors qu'elles procèdent par une description riche des conditions au sein desquelles prend corps un phénomène. Cette mise en lumière sert la pertinence sociale de la recherche, surtout lorsqu'il s'agit de populations dont la voix retient peu l'attention. Ce type de recherche qualitative, qui s'intéresse à l'expérience vécue, existe assez peu concernant les personnes en fragilité psychique vieillissantes (Martinsson et al, 2012). L'objectif est ainsi d'apporter des éléments de compréhension sur le vécu, les difficultés et les besoins des personnes en fragilité psychique vieillissantes, et de contribuer ainsi aux réflexions sur l'inclusion et la place de ces personnes dans la ville. Il s'agit également de porter un regard dynamique sur les personnes vieillissantes et/ou en fragilité psychique, en soulignant leur caractère actif dans les processus d'appropriation spatiale et leurs contributions à la production de l'espace et de la ville.

2 Le terrain de recherche

2.1 Pourquoi mener la recherche dans un GEM ?

Afin d'entrer en contact avec de potentiels participants et de les suivre dans leur quotidien, il était important de pouvoir sélectionner un terrain de recherche me permettant de rencontrer régulièrement les personnes dont il est question dans cette thèse. J'ai ainsi fait le choix de m'adresser à un GEM pour réaliser l'enquête de terrain, car ces structures offrent un cadre particulièrement favorable à la mise en place d'une recherche qui puisse établir des liens de proximité avec les participants et minimiser les rapports de pouvoir entre chercheur et enquêtés. Il en aurait été tout à fait autrement si l'enquête avait été réalisée dans un service de psychiatrie par exemple, où les rapports de pouvoir peuvent être particulièrement exacerbés par la tension entre le savoir « expert » des soignants et le savoir « profane », plus ou moins crédibilisé, des patients (Van Dongen, 2004). Puisque ce ne sont pas les manières d'être patient qu'il s'agit d'étudier, mais bien les manières d'être dans la ville (d'où l'intérêt d'une approche en géographie sociale), il paraissait plus cohérent de sélectionner un lieu hors de la sphère des soins en psychiatrie. Dans les GEM, il est clairement stipulé que l'on s'adresse à la personne et non au patient. Ce ne sont ni des lieux de soins, ni des lieux d'intervention sociale, la maladie est supposée rester au pas de la porte (Troisoeufs, 2009). Les GEM sont aussi des dispositifs innovants qui promeuvent la responsabilisation des personnes adhérentes et l'ouverture sur la ville. Il est important de préciser dès maintenant que chaque GEM est différent. Les résultats de l'enquête n'ont pas la prétention d'être généralisables à l'ensemble des GEM.

2.2 Sélection du terrain d'enquête et prise de contact avec le GEM de B

L'enquête de terrain s'est déroulée au sein du GEM de B, petite ville de 10 000 habitants en France. Le GEM en question comptait une cinquantaine d'adhérents au moment de l'enquête et deux salariées[77]. La sélection de ce site découle de considérations théoriques mais aussi des contraintes et des opportunités rencontrées lors des premiers contacts avec le terrain.

Il est important de ne pas négliger la phase de sélection du terrain d'enquête. Cette étape consiste notamment à identifier et proposer à une structure ou à des participants potentiels s'ils souhaitent prendre part à l'étude. Pour Gagnon, « cette prise de contact est cruciale, car elle détermine en grande partie les relations futures qui s'établiront entre le chercheur et les participants. Ainsi, elle a indirectement un effet sur la qualité des données recueillies » (2005 :51). Il est par exemple indispensable d'exposer le projet de recherche dans un langage clair et accessible aux interlocuteurs, en tenant compte du fait qu'ils n'appartiennent généralement pas à la communauté scientifique.

En ce qui concerne cette recherche, je m'étais dans un premier temps tournée vers des associations situées dans une ville moyenne, l'une étant un GEM, l'autre une association d'entraide pour personnes en fragilité psychique. J'avais déjà rencontré certains salariés de ces organismes lors d'entretiens exploratoires effectués l'année précédente pour me familiariser avec le monde des acteurs concernés par la santé mentale. Au moment de

[77] Le choix de la féminisation du terme de salarié relève d'une sélection aléatoire entre le masculin et le féminin, afin de préserver l'anonymat des personnes.

reprendre contact avec ces deux associations, j'étais au Canada pour ma scolarité doctorale, si bien que je n'ai pas pu leur exposer le projet de recherche de vive voix. J'ai envoyé par courriel une lettre dans laquelle je formulais ma demande de venir faire mon enquête de terrain au sein de leur structure. Dans un cas, je n'ai pas obtenu de réponse, dans l'autre, j'ai reçu un refus, la personne représentant l'association estimant que les postures d'observatrice et de participante n'étaient pas conciliables sur le terrain.

J'ai dû aller à la recherche d'un autre terrain. Je me suis intéressée aux GEM de petites villes, même si je n'avais pas envisagé cette possibilité dans un premier temps. Néanmoins, j'ai pu constater que la présence d'un GEM dans une petite ville n'était pas une situation exceptionnelle dans la région où l'enquête a été réalisée.

A mesure de mes lectures sur les GEM, il m'a également semblé important de changer la manière de prendre contact avec ces structures. Plutôt que de rédiger ma lettre à destination des salariés du GEM, j'ai décidé d'écrire directement aux adhérents de l'association, c'est-à-dire les personnes auprès de qui je voulais faire mon enquête. Cette démarche, plus en accord avec les principes des GEM, a vraisemblablement fonctionné car j'ai reçu très rapidement une réponse favorable du GEM de B. Ma demande avait été approuvée par les adhérents élus au conseil d'administration. Mais ceux-ci posaient une condition : c'était l'ensemble des adhérents qui devaient donner leur accord final lors d'une réunion pour valider ma demande. J'ai ainsi pu présenter le projet de recherche aux adhérents au mois de février 2016, par visioconférence, puisque je me trouvais encore au Canada. Les adhérents ont pu poser des questions relatives au projet. Ils ont ensuite procédé au vote et le oui l'a emporté à l'unanimité. Cette démarche a permis avant même mon arrivée au GEM d'associer les adhérents au projet.

Concernant la ville de B, celle-ci compte environ 10 000 habitants. Elle se trouve à distance équivalente entre plusieurs villes moyennes, auxquelles elle est reliée par le train. B concentre population et services au sein d'un territoire qui rassemble des petites communes rurales de 300 à 5000 habitants, où habitent d'ailleurs plusieurs participants de la recherche. Si pour des questions d'anonymat, il n'est pas possible de donner des informations trop détaillées sur la ville de B et ses villages alentour, on peut tout de même souligner que la proportion des personnes âgées de 60 ans et plus y est un peu plus importante que la proportion nationale, qui était de 15,3% en 2014 (INSEE, 2014). Il s'agit d'un territoire confronté au vieillissement de sa population ainsi qu'à une présence assez importante de personnes âgées vivant seules, souvent isolées sur un territoire à dominante rurale, mal desservi par les transports en commun et présentant une démographie médicale assez déficitaire, avec des professionnels de santé surchargés, qui ont de la difficulté à répondre à tous les besoins. Il faut également noter que ce territoire est confronté depuis au moins une vingtaine d'années à des enjeux relatifs à la santé mentale de sa population, notamment une mortalité liée à l'alcoolisme et au suicide supérieure à la moyenne nationale. Dans ce contexte, le GEM de B a un rôle important à jouer dans la lutte contre l'isolement et la souffrance psychique.

3 Le choix des participants de la recherche

L'objectif initial était de constituer un échantillon de 10 à 15 personnes, afin de travailler avec un nombre réduit de participants. Il importait également que ce nombre soit suffisamment représentatif de la part des 50 ans et plus du GEM étudié. D'autres critères de sélection ont guidé le recrutement des participants :

- Les participants devaient avoir entre 50 et 70 ans. Le seuil de 50 ans a été fixé en amont de la réalisation de l'enquête, suite à une revue de la littérature montrant que le vieillissement est souvent précoce pour cette population et qu'un nombre important de travaux prennent l'âge de 50 ans comme seuil d'analyse (Van Amerongen, 2009). En outre, il était important qu'il n'y ait pas un écart trop important en termes d'âge entre les participants, pour garantir une certaine homogénéité de l'échantillon. D'où une limite fixée à 70 ans.
- Les participants devaient vivre en logement autonome ou accompagné, mais du moins pas dans une institution pour personnes âgées ou handicapées. Les modalités de prise en charge associées à la vie en institution sont spécifiques et ne rentrent pas dans l'objet de cette recherche.
- Les participants devaient fréquenter le GEM au moins plusieurs fois par mois, afin que je puisse effectuer mes observations.
- Un critère mentionné par Grard (2011), qui a aussi effectué une recherche auprès d'adhérents d'un GEM, a également été repris. Ce critère consiste à « être capable d'interagir verbalement et d'exprimer de manière réflexive a minima, ce qu'est [son] expérience quotidienne » (2011 :35). Travailler avec des participants non ou peu verbaux par exemple aurait nécessité une méthodologie et des outils de recueil des données différents.
- Le dernier critère, mais non des moindres, est celui du consentement. La personne devait avoir exprimé son accord pour participer à la recherche, à travers la signature d'un formulaire fourni en annexe 2.

Ces critères définissent l'échantillon théorique de participants. L'échantillon réel, constitué des participants ayant été recrutés pour les entretiens et les observations, est décrit en détail dans la première section du chapitre 4. On peut néanmoins d'ores-et-déjà préciser que ces 14 participants (7 hommes et 7 femmes), âgés de 50 à 68 ans, répondent à tous les critères énoncés précédemment.

II L'observation participante

1 Définition et objectifs de l'observation participante

Pour observer le quotidien des participants, dans ses aspects les plus ordinaires, le choix a été fait de réaliser une immersion de plusieurs mois au GEM de B, sous forme d'observation participante. Cette méthode d'investigation consiste à se frotter en chair et en os à la réalité étudiée (Olivier de Sardan, 2008). Elle permet d'accéder à un pan de la réalité insaisissable pour un simple observateur extérieur.

L'enquête par observation participante s'est déroulée en deux périodes : une première durant l'été, de mai à juillet 2016, puis une deuxième durant l'hiver, de janvier à avril 2017.

Entre temps, j'ai passé plusieurs mois au Québec pour suivre ma scolarité doctorale. Durant cette période, des liens avec le GEM de B ont été maintenus par internet (mails et visio-conférence).

Figure 4 : Les sessions d'observation participante au sein du GEM de B
Painter S., 2018

	2016								2017			
	Mai	Juin	Juil	Aou	Sep	Oct	Nov	Dec	Jan	Fev	Mar	Avr
Observation												

Ce premier outil de collecte des données a été décliné sous deux formats, à savoir des observations ciblées et des observations globales, chacun de ces formats revêtant des objectifs spécifiques, comme le montre le tableau ci-dessous :

Tableau 2 : Les objectifs de l'observation participante, selon le type d'observation
Painter S., 2018

Type d'observation	**Objectifs des observations**
Observations ciblées	Faire des observations ciblées sur les 14 participants, sur une période de plusieurs mois, afin de collecter des données sur leur quotidien et leurs pratiques spatiales
Observations globales	Se familiariser avec le fonctionnement du GEM, en faire l'expérience de l'intérieur
	Développer des liens de confiance et d'interconnaissance avec les participants, avant de réaliser les entretiens
	Prendre le temps d'expliquer la recherche aux adhérents du GEM de B
	Préparer les entretiens, ajuster les techniques d'entretien en fonction des réalités du terrain

On constate dans ce tableau que les objectifs des observations ne se résument pas à la simple collecte d'informations. Il s'agit aussi de s'imprégner du terrain de recherche et de mieux appréhender les personnes dont il est question dans la thèse. Le chercheur qui possède une connaissance sensible du terrain devient de plus en plus familier avec les manières de faire, d'être, de penser du milieu qu'il étudie. Il est imprégné de son terrain (Olivier de Sardan, 1995). En démarrant la thèse, je n'avais que très peu d'expérience auprès de personnes en fragilité psychique. Les contacts quasi-quotidiens avec les adhérents m'ont permis de comprendre le fonctionnement de chacun, ce qui m'a beaucoup aidée dans la préparation et la mise en œuvre des entretiens. Je savais que tel participant avait besoin d'être davantage rassuré, parce qu'il manquait énormément de confiance en lui, que tel autre allait souhaiter plus d'explications ou allait être plus réceptif à des questions plus directes, etc. J'ai appris à rendre mes consignes plus accessibles, sans pour autant infantiliser les personnes. L'immersion m'a aussi aidée à améliorer mes techniques d'entretien, par exemple sur les manières d'aborder des sujets difficiles sans mettre la personne en difficulté. Ces manières de faire, d'être et de se comporter s'apprennent en se confrontant aux autres. Enfin, l'immersion

m'a permis de préciser mes questions de recherche et ma méthode, en les ajustant aux réalités du terrain.

2 Les conditions de l'observation participante

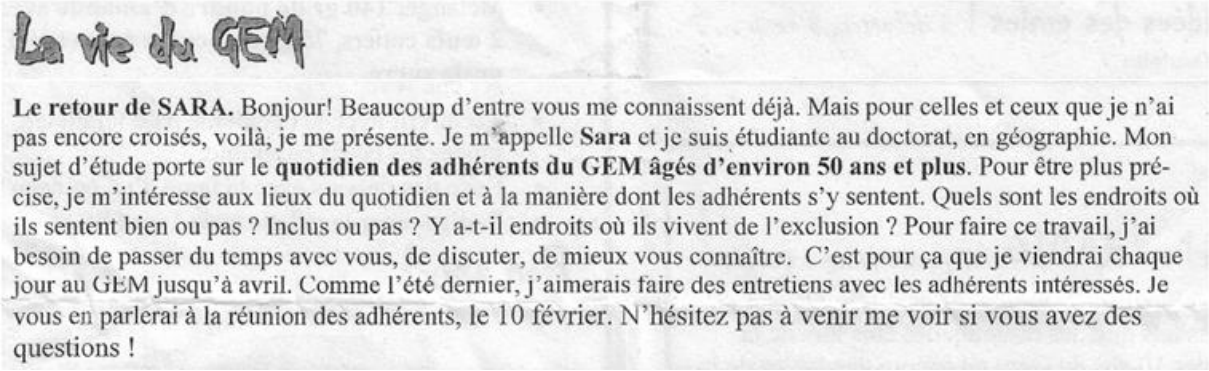
L'observation participante peut revêtir des formes très différentes d'une recherche à l'autre. C'est pourquoi il est important de décrire les conditions dans lesquelles l'enquête s'est déroulée.

Dès mon arrivée, j'ai reçu un accueil très chaleureux, tant par les adhérents que par les salariées, qui m'ont immédiatement laissé carte blanche quant à la manière dont je voulais procéder. J'étais libre de mes allées et venues au GEM. Très vite, j'ai décidé de me rendre au GEM pendant ses heures d'ouverture aux adhérents, du mardi au vendredi en après-midi et parfois le samedi lorsqu'une activité était programmée. J'ai mené mes observations dans les locaux du GEM, lors des activités et des temps cafés, mais aussi à l'extérieur, à l'occasion des différentes sorties avec les adhérents. J'étais présente aux diverses réunions (groupes de travail, réunion des adhérents…). Les administrateurs du GEM m'ont autorisée à assister aux conseils d'administration, ce qui m'a permis de cerner davantage le fonctionnement interne de l'association, les débats et les difficultés rencontrées. J'ai plusieurs fois discuté de manière informelle avec les salariées, lorsqu'elles se transmettaient des informations, s'interrogeaient sur certains points ou bien tiraient le bilan d'une réunion ou d'un projet. Les adhérents ont accepté que je les accompagne lors d'événements (festivals locaux, regroupements entre GEM, etc.). Habitant à B pendant mon enquête, il m'est aussi souvent arrivé de croiser des adhérents, dont des participants, au supermarché, au café ou dans la rue. Plusieurs m'ont invitée chez eux, soit au cours d'une sortie avec le GEM, soit en dehors. Les observations ne se sont donc pas limitées aux seuls locaux du GEM. Bien au contraire, partager le quotidien des adhérents m'a conduite dans de nombreux lieux.

2.1 Une observation ouverte

J'ai pratiqué de l'observation ouverte et non à couvert. Les adhérents du GEM de B connaissaient mes intentions, ils savaient que j'étais là pour faire une recherche, que je passais du temps sur place pour mieux comprendre le fonctionnement de leur association et pour faire des entretiens avec les personnes âgées de 50 ans et plus. Certains adhérents ont compris très rapidement le sens de ma démarche. Mais globalement, il m'a fallu prendre le temps d'expliquer et de réexpliquer plusieurs fois à mon arrivée au GEM en quoi consistait une thèse de géographie sociale, à quoi l'enquête allait servir et pourquoi j'avais besoin de faire des entretiens. Le fait de pouvoir passer du temps au sein du GEM s'est donc avéré utile pour que les adhérents puissent bien prendre connaissance de cette recherche. Il était aussi important de faire comprendre que je n'étais ni salariée, ni stagiaire. Pour cela, outre lors des conversations avec les adhérents, j'ai pu régulièrement rappeler la raison de ma présence lors des réunions des adhérents où je prenais la parole pour parler des avancées de l'enquête ou encore dans le journal mensuel du GEM, distribué à tous les adhérents, où chacun peut écrire quelques mots.

Figure 5 : Extrait du journal du GEM de mars 2017
Source : GEM de B, 2017



La vie du GEM

Le retour de SARA. Bonjour! Beaucoup d'entre vous me connaissent déjà. Mais pour celles et ceux que je n'ai pas encore croisés, voilà, je me présente. Je m'appelle **Sara** et je suis étudiante au doctorat, en géographie. Mon sujet d'étude porte sur le **quotidien des adhérents du GEM âgés d'environ 50 ans et plus**. Pour être plus précise, je m'intéresse aux lieux du quotidien et à la manière dont les adhérents s'y sentent. Quels sont les endroits où ils sentent bien ou pas ? Inclus ou pas ? Y a-t-il endroits où ils vivent de l'exclusion ? Pour faire ce travail, j'ai besoin de passer du temps avec vous, de discuter, de mieux vous connaître. C'est pour ça que je viendrai chaque jour au GEM jusqu'à avril. Comme l'été dernier, j'aimerais faire des entretiens avec les adhérents intéressés. Je vous en parlerai à la réunion des adhérents, le 10 février. N'hésitez pas à venir me voir si vous avez des questions !

L'observation ouverte est parfois critiquée sur le fait qu'elle peut générer des comportements artificiels chez les sujets observés. A mon arrivée, certains adhérents sont venus immédiatement vers moi pour m'expliquer des choses pouvant m'intéresser dans ma thèse : *alors voilà, moi mes déplacements c'est ceci, cela*. Lors de mon premier jour, l'un des adhérents s'est présenté à moi en me disant, mi-sérieux, mi-riant :

> *Alors tu vois, je suis bipolaire, je suis une personne vieillissante et je vis dans une petite ville, je suis un sujet idéal pour ta recherche !*

Pour d'autres, il a fallu un peu plus de temps pour qu'ils m'accordent leur confiance et discutent avec moi.

La présence d'un chercheur occasionne forcément des perturbations, puisqu'il est de toute manière présent sur le terrain, il ne peut pas se cacher. Même à couvert, même si ses intentions restent secrètes, sa présence sur le terrain reste irréductible. Il lui faut ainsi trouver sa place et être en mesure de décrire cette place et la nature des relations qu'il entretient avec les participants de la recherche. Ma présence au GEM n'était pas si incongrue pour les adhérents. Que des personnes non adhérentes viennent et s'intéressent à leur quotidien et à leur l'histoire fait partie de la réalité de ce GEM. Il s'agit d'un lieu ouvert où de nombreux partenaires viennent rencontrer l'association. Tout cela s'inscrit dans la démarche d'ouverture et de « déstigmatisation » que porte le GEM de B.

Prenons garde à ne pas non plus surestimer les effets du chercheur sur son terrain, d'autant plus lorsqu'il s'agit d'une immersion de longue durée. Les adhérents ont fini par s'habituer à ma présence et le fait que je sois là, dans la même pièce qu'eux, n'a pas non plus bouleversé leurs habitudes. Très vite, le quotidien a repris son cours.

L'observation ouverte est intéressante parce qu'elle agit comme un levier de connaissance. Comme les adhérents savaient que je travaillais sur leurs géographies quotidiennes, beaucoup ont été dans une démarche d'explication envers moi, surtout après les entretiens. Ils réfléchissaient avec moi, me racontaient leurs déplacements, m'exposaient des situations, en particulier quand il s'agissait de dénoncer une injustice ou une discrimination qu'ils avaient subies : *il m'est arrivé [ça] l'autre jour, je voulais t'en parler parce que je pense que c'est important que tu en parles dans ta thèse*. J'ai pu accéder à toutes ces informations grâce à l'observation ouverte qui, en étant déclarée, ouvre des portes sur le quotidien et favorise la réflexion commune entre le chercheur et les participants.

2.2 L'évolution des postures

Il est difficile de définir à l'avance la position qu'on occupera sur le terrain, car celle-ci nous est souvent imposée par les acteurs en présence (Lapointe, 2014). Je pensais être intégrée au GEM à la fois en tant que doctorante et bénévole, que le fait de me proposer comme bénévole allait faire accepter plus facilement ma venue au GEM. Mais en fait, la posture de doctorante a suffi à justifier ma présence aux yeux des adhérents.

Au début, ma stratégie d'insertion a consisté autant que possible à occuper l'espace de la même manière que les adhérents, par de petits gestes, en m'asseyant comme eux au même endroit en attendant que le GEM ouvre, en payant ma cotisation mensuelle pour le café comme n'importe quel adhérent, etc. Je n'ai profité d'aucun avantage qui aurait pu me distinguer des adhérents. Je n'ai pas souhaité avoir les clefs du GEM. J'avais également la possibilité de travailler dans le bureau des salariées, ce que je n'ai pas fait. Une présence prolongée dans le bureau m'aurait probablement trop associée à l'équipe des salariées aux yeux des adhérents et je craignais que cela interfère dans mes relations avec les participants. Je n'ai pas cherché à combler les silences ou les temps morts lors des activités, contrairement aux salariées qui essayaient dans ces moments de créer une atmosphère plus dynamique et stimulante, en lançant des sujets de conversation par exemple.

Je me suis glissée parmi les adhérents, me fondant dans leurs routines, sans pour autant dissimuler ma posture d'observatrice. Ma présence quotidienne est devenue assez rapidement naturelle pour les adhérents, qui s'étonnaient même de mes retards éventuels. C'est en fait à l'égard des personnes extérieures (de futurs intervenants, des partenaires, etc.) que ma présence paraissait plus incongrue. J'ai parfois été considérée comme une personne « responsable » du groupe, ce à quoi les adhérents répondaient que ce n'était pas le cas, que je ne faisais pas non plus partie de l'équipe des salariées.

Lors du deuxième séjour, pendant l'hiver 2017, ma participation a été plus importante, car je me suis davantage impliquée dans la vie de l'association. Les adhérents ont souhaité faire un atelier de cuisine autour du Québec, au cours duquel je leur ai parlé de mon expérience à Montréal, en leur montrant des photos. J'ai également aidé à organiser une rencontre par visio-conférence entre le GEM de B et un groupe d'entraide en santé mentale montréalais. J'ai mis à disposition mes compétences en informatique lors d'activités où les adhérents apprenaient à utiliser l'ordinateur, au même titre que d'autres adhérents aidaient aussi ceux qui en avaient besoin.

Les adhérents-administrateurs m'ont également sollicitée lors de réunions pour donner mon point de vue sur certaines questions rencontrées par l'association, en tant qu'observatrice. Cela concernait par exemple la question du jeu d'équipe, la façon dont les administrateurs faisaient collectif ou non, la manière dont le GEM évoluait d'après moi. J'ai pu leur donner mon avis sur le fonctionnement du GEM, notamment sur les difficultés des administrateurs à tenir une position face à leurs interlocuteurs. Ces moments où je sortais de ma stricte position d'observatrice ont été très riches. Le fait d'alterner les modes de présence, l'observation primant par moment sur la participation et vice versa m'ont permis de trouver ma place au GEM de B, de nouer des liens avec les adhérents tout en conservant mon rôle de doctorante effectuant une recherche sur certains d'entre eux.

2.3 S'impliquer, être affectée, observer

Le degré d'implication est un élément qui différencie les formes d'observation participante. On peut être simple observateur, sans chercher à engager de rapports particuliers avec les acteurs en présence. On peut aussi être un acteur du terrain déjà engagé, qui devient observateur d'un milieu dont il est lui-même membre. C'est le cas des praticiens qui deviennent chercheurs par exemple. On reproche souvent au chercheur qui s'implique dans son terrain de manquer d'objectivité. On lui rappelle qu'il risque de ne pas réussir à prendre suffisamment de distance. La prise de recul est en effet une condition de l'observation, puisque pour observer, il faut faire un pas de côté, se détacher, reculer pour mieux voir.

Derrière ce reproche, c'est une question qui est posée : comment gérer et concilier les deux postures d'observateur et de participant ? Pour y répondre, il faut s'attarder un instant sur la manière dont la connaissance est produite quand on a recours à de l'observation participante. Ma perspective se situe du côté de Favret-Saada (2004), pour qui se laisser manipuler et affecter par l'expérience de l'autre constitue un moment à part entière de l'enquête ethnographique.

Dans une immersion de longue durée, on tisse des liens avec les participants. On partage des choses, d'autant plus qu'un GEM est un lieu qui déborde de vie, qui est chargé d'émotions, d'affects, de rires, de frictions, d'inquiétudes et de bienveillance. Faire l'expérience sensible du terrain, partager une activité, s'inquiéter pour un adhérent qui vit un moment difficile, ressentir la dynamique collective et l'envie d'avancer quand on organise des projets ensemble, toutes ces émotions ressenties permettent d'accéder à un pan supplémentaire de la réalité étudiée. C'est tout l'intérêt de l'immersion. C'est aussi en interagissant de manière informelle avec les personnes qu'on les connaît mieux et qu'on apprend des choses sur leur quotidien qui autrement nous auraient échappées.

Emerson décrit le travail de terrain comme étant « de nature interactionnelle », précisant que « le chercheur est une source de résultats, non pas de contamination de ceux-ci » (2003 :410). Comme l'expliquent Anadón et Guillemette, « la connaissance est une construction partagée à partir de l'interaction chercheur/participants, interaction traversée par des valeurs qui ont un impact sur la connaissance produite et sur le processus de production. Ainsi, la subjectivité et l'intersubjectivité sont considérées comme des « moyens » incontournables de construction des savoirs et non comme des obstacles à la production des connaissances » (2007 :28). Accepter de s'impliquer, y compris émotionnellement, c'est aussi faire preuve d'une forme de sincérité auprès des participants, d'accepter de parler de soi, de s'ouvrir, dès lors qu'on demande aux participants de faire de même lors des entretiens. Cette forme de réciprocité aide à bâtir la relation de confiance et permet d'interagir avec les participants à partir de rapports davantage horizontaux. Cela ne signifie pas que les participants diront tout, bien entendu. Il est évident que plusieurs n'ont pas voulu s'étendre sur certains aspects trop personnels de leur existence. Il est également difficile de dévoiler ce dont on a honte ou de montrer de soi une image qu'on juge dévalorisante. Des biais entrent en jeu, nécessairement.

Toutes les observations ne sont pas néanmoins le fruit d'une interaction entre le chercheur et les enquêtés. L'observation participante permet aussi d'observer les personnes dans leur contexte, de voir comment celles-ci se comportent et se parlent entre elles, car

comme le souligne Olivier de Sardan, « les dialogues des gens entre eux valent bien ceux que [le chercheur] a avec eux » (2008 :53).

Si l'implication du chercheur est un outil de connaissance, encore faut-il prendre garde à ne pas se laisser submerger par le terrain. Il faut accepter de s'en distancier, afin de transformer le matériau brut en données exploitables. C'est un autre moment de l'enquête ethnographique, pour reprendre Favret-Saada (2004). Le fait d'avoir passé des temps circonscrits sur le terrain puis de m'être retirée du GEM de B pendant plusieurs mois, notamment pour effectuer ma scolarité doctorale au Québec ou bien réaliser la rédaction de la thèse, m'a aidé à prendre de la distance vis-à-vis des participants et de l'association. Cela m'a permis de distinguer d'une part les périodes d'enquête et d'autre part les temps consacrés quasi-exclusivement à l'analyse du matériau de recherche. Mais au moment de l'enquête, j'ai aussi veillé à utiliser des outils d'objectivation.

3 Les outils d'objectivation

3.1 La grille d'observation

Lors de l'observation participante, une grille précisant les types d'informations à observer a été utilisée. Il s'agit d'un premier outil d'objectivation vis-à-vis du terrain, car cette grille a orienté mon regard pendant les sessions d'observation. C'est un filtre qui me plaçait, de fait, en position de chercheur sur son terrain. Esquissée en amont de l'enquête puis affinée à mesure de l'avancée de l'enquête, cette grille a permis de récolter des informations à la fois sur le GEM et sur les participants :

Figure 6 : La grille d'observation
Painter S., 2018

GRILLE D'OBSERVATION
➢ Comment le GEM fonctionne-t-il ? Comment est-il organisé ? ➢ Quelles sont les pratiques spatiales des participants ? Qu'en disent-ils ? Quel sens et quelle importance accordent-ils à leurs pratiques spatiales ? ➢ Quels sont les obstacles et les facteurs incapacitants rencontrés ? Comment ces contraintes se traduisent-elles dans les pratiques spatiales ? ➢ Quels sont les supports, ressources et opportunités accessibles aux participants au sein de leur milieu de vie ? Comment parviennent-ils ou non à les mobiliser ? ➢ Quels sont les rapports que les participants entretiennent avec le GEM ? Comment le fréquentent-ils ? Que leur apporte-t-il ? ➢ Quels sont mes rapports avec les participants ? Quelle est ma place dans le GEM ?

3.2 Le carnet de terrain

Les observations ont été consignées systématiquement dans un carnet de terrain, en dehors du GEM. Aucune note n'a été prise sous les yeux des participants lors des observations, sauf lors des réunions où là, les personnes présentes ont généralement de quoi écrire pour noter les informations importantes. La présence physique d'un carnet aurait pu susciter des réactions et des inquiétudes, voire de la méfiance que je souhaitais éviter. Le risque d'oublier le carnet et qu'il soit trouvé par un participant ne devait pas non plus être

ignoré. Je me suis donc passée de carnet en leur présence, de manière à éviter toute situation d'inconfort ou de malaise.

En m'imposant cette règle de ne pas prendre de notes devant les personnes, j'ai rempli mon carnet de terrain à partir de mes souvenirs de la journée, ou bien à l'aide de mots-clefs griffonnés sur de petits bouts de papier à des moments où j'étais seule. En utilisant cette méthode, le risque était de déformer les informations données par les participants. Il était donc impératif de se doter de garde-fous pour minimiser ce biais. Le travail de Grard (2011), qui a réalisé une ethnographie de plusieurs mois dans un GEM également et qui a fait aussi ce choix de ne pas prendre de notes devant les personnes, fournit une réponse intéressante. L'anthropologue, dont la thèse a porté sur les discours et les logiques narratives des adhérents du GEM, rappelle que « la multiplicité des récits – dans le sens où la même personne peut donner plusieurs versions d'un même événement – n'est pas l'apanage des personnes souffrant de troubles psychiques » (2011 :38). Les pratiques spatiales ordinaires, routinières, habituelles qui m'intéressaient pour ce travail revenaient effectivement régulièrement dans la bouche des participants, même d'un séjour à l'autre, espacés pourtant de plusieurs mois. J'ai ainsi pu vérifier la véracité des éléments consignés dans le carnet de terrain. Le deuxième moyen employé était de demander régulièrement aux personnes si elles étaient retournées à tel endroit ou si elles continuaient telle activité. Cela m'a permis de valider mes notes et de prendre en compte le fait que les pratiques spatiales évoluent avec le temps, tout comme elles restent aussi parfois inchangées.

Le carnet permet de conserver une trace de ses observations, les transformant ainsi en données qui pourront être traitées au moment de l'analyse (Olivier de Sardan, 1995). Mais le rôle du carnet ne s'arrête pas là. C'est aussi un outil d'analyse à part entière. Dès les premières observations, le chercheur commence à donner du sens à ce qu'il voit et c'est dans le journal qu'il peut noter ses idées et ses débuts d'interprétations, où il peut en garder une trace. Le carnet de terrain sert aussi à adopter une posture réflexive vis-à-vis de son implication sur le terrain, à mieux comprendre quelle est sa place au sein du milieu qu'il étudie (Favret-Saada, 2004) et quels sont ses liens avec les participants. Pour Roy, « en notant tout dans son journal, le chercheur finira par prendre conscience de ses biais et par objectiver sa pensée et ses interprétations. Ainsi, le journal l'aidera à accroître à la fois la validité de ses observations et la profondeur de ses interprétations » (2009 :219). Puisque l'écriture de ce carnet est diachronique, c'est-à-dire qu'elle s'élabore tout au long de l'enquête, elle permet de capturer les modulations des rôles du chercheur sur son terrain, qui changent selon les contextes, les moments et les personnes rencontrées (Morrissette et al, 2014).

III Les entretiens semi-directifs

L'observation participante apporte des informations importantes à partir de l'observation de scènes et l'écoute de conversations. Toutefois, pour répondre aux objectifs de cette recherche, elle doit être complétée et prolongée par d'autres outils de collecte des données. Il était important de pouvoir également recueillir les propos tenus directement par les participants sur le GEM de B et leurs pratiques au cours d'un entretien, en les amenant à s'exprimer sur leur quotidien. Les participants ont été rencontrés lors de deux temps forts : d'abord un entretien semi-directif, puis un entretien où ils devaient réaliser une carte mentale.

Mais avant d'exposer ces deux séries d'entretiens, il est nécessaire de rappeler les réflexions éthiques qui ont été menées en préalable de l'enquête de terrain.

1 Considérations éthiques à propos des entretiens

On ne saurait sous-estimer les considérations éthiques lorsqu'on fait de la recherche auprès de personnes en fragilité psychique. Cela requiert de la créativité mais aussi des précautions méthodologiques, surtout lorsqu'il s'agit d'accéder et de rendre compte de l'expérience et du vécu de ces personnes. Les fragilités psychiques peuvent affecter certaines fonctions comme l'interaction, la cohérence et la véracité des propos, la concentration, la mémoire, « fonctions qui sont mobilisées dans les interactions sociales, [et] sur lesquelles reposent les méthodes sociologiques » (Velpry, 2008 :32). Face à la perturbation du cadre classique de l'interaction, tel qu'implicitement postulé dans les études en général, les chercheurs peuvent parfois être confrontés dans le cas des personnes en fragilité psychique à quelques difficultés. Se limiter à un entretien semi-dirigé dans sa forme la plus classique, sans réflexion de fond sur la méthode qu'on propose apparaît alors comme une démarche inadéquate.

Du fait de mon inscription dans une université québécoise, j'ai dû soumettre mon projet de recherche au comité d'éthique de cette université, l'INRS, avant de pouvoir réaliser mon enquête et d'en exploiter les données. Le rôle de ce comité était d'évaluer si la recherche et les choix effectués par la doctorante étaient en accord avec les principes exposés dans l'Énoncé de politique des trois Conseils : Éthique de la recherche avec des êtres humains[78] (EPTC), qui est un document normatif que doivent respecter les chercheurs au Canada.

Suite à l'examen de mon dossier, le comité d'éthique a classé ma recherche comme « présentant un risque minimal pour les participants », c'est-à-dire que « la probabilité et l'ampleur des préjudices éventuels découlant de la participation à la recherche ne sont pas plus grandes que celles des préjudices inhérents aux aspects de la vie quotidienne des participants qui sont associés au projet de recherche » (EPTC, 2014 :231), notamment du fait de certaines particularités de la démarche méthodologique.

1.1 La question du consentement « libre et éclairé » des participants

Un premier point parmi les considérations éthiques prises en compte dans la méthodologie, en particulier pour les entretiens, concerne le consentement libre et éclairé des participants. Pour l'EPTC, « le respect des personnes présuppose que la personne qui participe aux travaux de recherche le fait volontairement, avec une compréhension raisonnablement complète de l'objet de la recherche, de ses risques et des ses bénéfices potentiels. Si cette personne est apte à comprendre cette information et capable d'agir en conséquence, selon sa propre volonté, sa décision de participer est généralement perçue comme l'expression de son autonomie » (2014 :27). Sur ce point, deux questions ont été soulevées dans le dossier adressé au comité d'éthique.

La première question concernait la participation des majeurs protégés. Il était fort probable (et cela était le cas effectivement) que parmi les participants, certains d'entre eux soient des majeurs protégés, à des degrés divers. En France, « la curatelle est une mesure

[78] http://www.inrs.ca/sites/default/files/inrs/politiques_procedures_reglements/EPTC_2_FINALE_Web.pdf

judiciaire destinée à protéger un majeur qui, sans être hors d'état d'agir lui-même, a besoin d'être conseillé ou contrôlé dans certains actes de la vie civile »[79]. L'article 415 du Code civil précise que « cette protection est instaurée dans le respect des libertés individuelles, des droits fondamentaux et de la dignité de la personne. Elle a pour finalité l'intérêt de la personne protégée. Elle favorise, dans la mesure du possible, son autonomie ». A propos du consentement personnel, l'article 458 du Code civil précise que « sous réserve des dispositions particulières prévues par la loi, l'accomplissement des actes dont la nature implique un consentement strictement personnel ne peut jamais donner lieu à assistance ou représentation de la personne protégée ».

Au regard de ces éléments législatifs et du fait que la recherche était à risque minimal, j'ai demandé au comité d'éthique de me dispenser d'obtenir le consentement des tuteurs lorsque les participants potentiels aux entrevues étaient des majeurs protégés, en considérant que le consentement personnel du participant éventuel suffisait. Cette prise de position me semblait également davantage en accord avec l'esprit des GEM. En effet, l'arrêté du 13 juillet 2011 stipule que « les usagers adhérents du GEM participent de plein droit avec voix délibérative aux assemblées générales, qui doivent permettre de déterminer les grandes orientations du groupe d'entraide et constituer des temps d'échanges et d'information pour tous les adhérents. A ce titre, ils élisent les membres du conseil d'administration. Ceux qui sont élus administrateurs participent aux séances du conseil avec voix délibérative ». Chaque personne au GEM peut faire entendre sa voix, c'est un droit fondamental. Du fait que le projet social des GEM repose sur ce principe essentiel de la responsabilisation des personnes adhérentes et la promotion de leur autonomie, de leur capacité d'agir et de décider, il aurait été inapproprié et contre-productif de considérer le consentement personnel de la personne comme insuffisant et d'exiger le consentement de son tuteur. Il aurait été d'ailleurs fort probable que les adhérents n'approuvent pas cette idée, du fait de son incohérence vis-à-vis du projet social de leur association.

La deuxième question soulevée dans le dossier adressé au comité d'éthique concernait les possibilités d'influence indue, du fait de mon investissement sur le terrain. Il était prévu que je passe beaucoup de temps au GEM et que j'allais vraisemblablement me rapprocher des participants. L'EPTC invite le chercheur à être particulièrement vigilant vis-à-vis « des éléments de confiance et de dépendance dans les relations », qui « peuvent en effet constituer une source d'influence indue sur la personne en situation de dépendance, si l'objectif est d'amener cette dernière à participer à un projet de recherche » (2014 :29).

Au moment de proposer les entretiens, il fallait donc que je sois attentive, en veillant toujours à scruter le moindre signe de réticence qui aurait pu laisser croire que finalement la personne ne voulait plus participer. J'avais également demandé aux salariées de me prévenir si l'un des participants n'était pas à l'aise à l'idée de faire un entretien mais n'osait pas m'en parler. J'ai pu constater que cette manière de procéder, parce qu'elle est souple et basée sur des rapports de confiance et qu'elle s'échelonne dans le temps, a aussi justement permis à davantage d'adhérents de participer au projet de recherche. Comme l'indique l'EPTC, « pour qu'il y ait consentement éclairé, les participants éventuels doivent comprendre l'information

[79] www.service-public.fr

que les chercheurs leur transmettent. Les chercheurs et les CER[80] réfléchiront à la meilleure façon de communiquer cette information afin d'en faciliter la compréhension » (2014 :32). J'ai considéré qu'il fallait donner aux personnes du temps pour qu'elles puissent réellement évaluer si elles souhaitent ou non participer aux entretiens, d'où l'intérêt du recours à l'observation participante, entre autres. Il fallait les rassurer sur la manière dont les choses allaient se passer, adopter une méthode souple, qui ne les brusque pas. En ne prenant pas le temps de mettre les participants potentiels à l'aise et de leur faire comprendre que quel que soit le choix qu'ils fassent, cela ne les affectait en rien, la plupart risquait de se braquer. Nombre d'adhérents pouvaient avoir des difficultés sur le plan des interactions sociales. Plusieurs ont souvent du mal à se sentir à l'aise avec les autres, particulièrement des personnes qu'elles ne connaissent pas. En ne prenant pas ces éléments en compte, le risque était que la personne se renferme sur elle-même et refuse catégoriquement, ou au contraire, qu'elle accepte parce qu'elle se sentait obligée. Il était important aussi que la personne se sente suffisamment à l'aise pour refuser. Sinon, dans aucun des cas, la personne n'aurait exercé son consentement libre et éclairé. Ces personnes auraient ainsi pu être injustement exclues du projet de recherche, du fait que je n'aurais pas pris en compte le fait que leur capacité décisionnelle peut « varier selon […] les circonstances entourant la décision ou le moment où le consentement est sollicité » (EPTC, 2014 :46).

Cette justification a été acceptée par le comité d'éthique et s'est d'ailleurs vérifiée sur le terrain, puisque certains participants ont accepté immédiatement les entretiens et d'autres ont eu besoin de plus de temps pour mieux me connaître et s'assurer de ma bonne foi. Seul un adhérent a refusé après un entretien de poursuivre sa participation au projet, car il considérait ne pas répondre aux critères de l'échantillon. Plusieurs participants ont accepté de participer au bout de plusieurs semaines, après avoir discuté à plusieurs reprises avec moi, discussions au cours desquelles ils me posaient des questions sur les entretiens et la recherche de manière générale.

1.2 La préservation du bien-être des participants

L'EPTC (2014) place « la préservation du bien-être des participants » au cœur de ses principes directeurs. Le document précise que les chercheurs « doivent veiller à ce que les participants ne soient pas exposés à des risques inutiles [et] tenter de réduire au minimum les risques associés à un projet de recherche » (EPTC, 2014 :8). Pour ce faire, plusieurs principes ont été formulés, afin de baliser la démarche méthodologique :

- <u>Offrir aux participants la possibilité de s'exprimer</u>

La parole des personnes en fragilité psychique a longtemps été disqualifiée ou saisie à travers le discours des autres, en particulier lorsqu'elles ont été étudiées en tant que patients en psychiatrie. Encore aujourd'hui, leur voix est souvent étouffée par le discours médical, politique ou associatif (Pinfold, 2000). C'est pourquoi la méthode doit offrir aux participants la possibilité de s'exprimer et de raconter leurs expériences, de faire entendre leurs voix. Ce point justifie le recours aux méthodes qualitatives, où le chercheur s'attache à faire émerger une parole dans le respect de son interlocuteur (Collignon, 2010). Le respect de l'anonymat a

[80] CER : Comité d'Ethique en Recherche avec des êtres humains.

également été un enjeu majeur, puisque c'est à cette condition que les participants ont accepté de de se livrer.

- Ne pas bousculer les participants

Les chercheurs ayant travaillé auprès de personnes en fragilité psychique rappellent que celles-ci peuvent rencontrer certaines difficultés, particulièrement sur le plan des interactions sociales et peuvent ressentir plus ou moins d'anxiété (Lovell et al, 2009 ; Parr, 2011 ; Velpry, 2008). La situation même de l'entretien semi-dirigé peut s'avérer anxiogène pour certains, si elle n'est pas bien amenée. Elle peut être d'autant plus stressante que les participants ne connaissent pas l'enquêteur. Pour autant, ces difficultés ne devraient pas les empêcher de participer au projet de recherche. Il est donc du devoir du chercheur de ne pas bousculer ces personnes, au seul motif de vouloir effectuer sa recherche. Cela requiert un certain nombre de précautions et d'inventions méthodologiques pour leur offrir la possibilité de participer à un projet de recherche selon des modalités qui ne les enferment pas dans un cadre qui leur soit trop anxiogène. Ainsi, l'observation participante a permis aux participants de faire ma connaissance, de prendre le temps de poser des questions et de réfléchir à leur éventuelle participation aux entretiens.

- Accueillir l'imprévu

Il faut tenir compte du fait que dans ce type de recherche, il y a souvent des imprévus. La personne ne se présente pas toujours au rendez-vous fixé pour l'entretien. Elle aura oublié, n'en aura plus eu envie ou n'aura pas réussi à se lever ce matin-là. Cette situation n'est qu'un exemple parmi d'autres des contretemps qui peuvent surgir. Sans qu'aucun jugement de valeur ne soit exprimé, la méthode doit simplement accepter cette part d'incertitude, caractéristique des terrains tel que celui-ci. Les outils doivent être souples, le protocole de recherche flexible pour faire face aux imprévus et surtout, l'enquête doit s'inscrire dans la durée, pour qu'une relation de confiance puisse s'établir avec les participants et que les contacts soient multiples, qu'ils ne se limitent pas à une entrevue formelle.

2 La première série d'entretiens semi-directifs

2.1 Les objectifs

De juin à juillet 2016, après plusieurs semaines d'observation au GEM de B, j'ai réalisé la première série entretiens semi-directifs avec 10 adhérents. En février 2017, j'ai mené 4 autres entretiens (avec la même grille de questions) auprès de 4 adhérents qui n'étaient pas présents ou disponibles lors de mon premier séjour. L'un d'entre eux m'avait demandé s'il pouvait participer lors de mon deuxième séjour car il était alors en rééducation à la suite d'une chute, ce qui le fatiguait beaucoup et avait considérablement modifié son quotidien pendant plusieurs semaines. Les trois autres personnes étaient nouvellement adhérentes lorsque je suis revenue pour mon deuxième séjour.

Figure 7 : Calendrier de mise en place des outils de collecte (observation, série 1 des entretiens)
Painter S., 2018

	2016								2017			
	Mai	Juin	Jui	Aou	Sep	Oct	Nov	Dec	Jan	Fev	Mar	Avr
Observation												
Entretiens 1												

Cette première série d'entretiens avait pour objectif de recueillir la parole des participants, en prenant le temps d'explorer avec chacun d'eux leur parcours, leur quotidien et leurs pratiques de la ville, dans un cadre posé et confidentiel. Plusieurs thèmes ont été couverts lors de ces entretiens, comme on peut le voir dans le tableau ci-dessous qui synthétise le type de données qu'il s'agissait de récolter :

Tableau 3 : Les thèmes de la première série d'entretiens
Painter S., 2018

Thèmes	Données à recueillir
Parcours résidentiel	- Où la personne a vécu, si elle est habitante de longue date de B ou des communes voisines - Le type de parcours résidentiel, les contraintes/opportunités rencontrées, les choix effectués - Les continuités et ruptures marquant le parcours résidentiel - Les conditions d'arrivée dans le logement actuel
Rapport au logement/chez soi	- Description du logement et du quartier d'habitation, les avantages et les inconvénients, comment la personne s'y sent - Si la personne se voit vieillir chez elle - Si la personne sort souvent de chez elle ou pas - Si la personne reçoit des invités de temps en temps
Les lieux du quotidien	- Les lieux où la personne aime aller ou pas, ceux qu'elle connaît bien ou pas - Les lieux qui caractérisent les géographies quotidiennes de la personne - Les lieux accessibles ou non, les facteurs contraignant et/ou favorisant la pratique des lieux de la ville - Les lieux de loisirs, de vie sociale, de soins, les commerces, etc.
L'organisation temporelle du quotidien	- Combien de temps la personne passe chez elle - Description d'une journée habituelle - Organisation du temps : temps choisi/subi, les marqueurs d'organisation du temps - Le rapport à l'ennui, aux baisses de moral, aux angoisses
Le rapport aux autres dans la ville	- Les endroits où la personne parvient à tisser des liens avec les autres ou pas - La description des liens de voisinage - L'accès à la vie sociale et aux loisirs dans la ville, les sorties - Le sentiment d'appartenance à la ville, le sentiment d'être accueilli ou non - Les expériences d'exclusion, de rejet, de discrimination et les lieux où celles-ci se déroulent
Les bricolages	- Ce que fait la personne pour se sentir mieux quand elle n'a pas le moral

	- Les petits plaisirs du quotidien - Les endroits où la personne se sent bien
Le GEM	- Comment la personne est arrivée au GEM - Les activités pratiquées au GEM - La manière de s'impliquer au GEM - Les raisons pour lesquelles la personne vient au GEM - Son point de vue sur le GEM

2.2 La mise en œuvre

La plupart des entretiens ont été réalisés en deux temps, à quelques jours d'intervalle. Pour beaucoup, un entretien trop long aurait été trop exigeant en matière de concentration. En tout, les entretiens ont duré en moyenne 1h45, souvent réalisés en 1h15 puis 30 minutes. Ils se sont déroulés dans une petite salle en dehors des locaux du GEM, mais à l'intérieur du centre social où l'association est installée. Cette salle comportait un bureau, mais le fait de s'asseoir face à face, moi derrière le bureau et la personne de l'autre côté ne me paraissait pas propice à créer les conditions d'une conversation à peu près « naturelle » et rappelait un peu trop la situation d'un professionnel s'adressant à un patient. L'atmosphère était plus détendue et moins formelle en s'asseyant côte à côte à la table ronde située à côté.

A chaque début d'entretien, je lisais avec le participant un formulaire de consentement (annexe 2) puis je lui proposais de le signer en deux exemplaires, l'un pour lui et l'autre pour moi. Je répondais aux questions éventuelles et rassurais systématiquement la personne concernant le respect de son anonymat dans mon travail et le fait que ce qu'elle disait pendant l'entretien était confidentiel. Tous les participants ont accepté que l'entretien soit enregistré à l'aide d'un dictaphone. Je veillais néanmoins à ne pas mettre le dictaphone trop en évidence sur la table, en le plaçant derrière ma trousse par exemple, pour ne pas perturber le participant. J'expliquais ensuite le fonctionnement de l'entretien, pour faire comprendre à la personne qu'il s'agissait d'une discussion et non d'une entrevue formelle. Je la rassurais en disant qu'il n'y avait aucune bonne ou mauvaise réponse, qu'il fallait juste qu'elle me réponde en me parlant d'elle et de son quotidien, sans forcément trop réfléchir à ce qu'elle disait. En d'autres termes, de se laisser aller et de discuter normalement. Si une question la mettait mal à l'aise ou lui semblait trop personnelle, elle pouvait décider de ne pas répondre, sans avoir à se justifier, ce qui est arrivé à plusieurs reprises. Au cours de l'entretien, j'ai cherché, comme le conseille Kaufmann (1996) à créer une dynamique de conversation, afin de rapprocher l'entretien d'une situation banale d'interaction quotidienne. Olivier de Sardan (2008) insiste sur l'importance de créer une situation d'écoute où la personne n'a pas la sensation de subir un interrogatoire, ni d'être jugée. C'est à ces conditions que la parole peut être libre.

Je disposais d'une grille d'entretien testée auparavant auprès d'un adhérent âgé d'une quarantaine d'années. Ce test a permis d'éliminer ou de reformuler certaines questions. Par exemple, l'une des questions portant sur ce que la personne avait fait la semaine d'avant a été enlevée, car se remémorer des événements passés de plusieurs jours pouvait s'avérer être un exercice laborieux qui pouvait mettre la personne en difficulté. La grille a également été améliorée grâce à l'observation participante, qui a permis d'ajuster les questions aux réalités du terrain.

3 La deuxième série d'entretiens semi-directifs, avec cartes mentales

3.1 Les objectifs

Lors de mon deuxième séjour (janvier à avril 2017) au sein du GEM de B, après plusieurs semaines d'observation permettant de réactiver les liens avec les adhérents, j'ai revu 13 des 14 participants pour une deuxième série d'entretiens. La plupart se sont spontanément proposés pour participer à nouveau à un entretien. La 14e personne, atteinte de sclérose en plaques, était en rééducation, si bien que je n'ai pas pu la rencontrer à nouveau. Ces entretiens ont duré en moyenne 1h15.

Figure 8 : Calendrier de mise en place des outils de collecte (observation, séries 1 et 2 des entretiens)
Painter S., 2018

	2016								2017			
	Mai	Juin	Jui	Aou	Sep	Oct	Nov	Dec	Jan	Fev	Mar	Avr
Observation												
Entretiens 1												
Entretiens 2												

Cette deuxième série d'entretiens visait à poursuivre le recueil de la parole des participants. Néanmoins, le format de l'entretien était différent, afin de multiplier les modes de production des données. Cette fois-ci, les participants ont été invités à réaliser une carte mentale au cours de l'entretien. Cet exercice consiste à proposer à la personne de représenter sur une feuille à main levée un espace qu'elle connaît plus ou moins. Il permet de recueillir « le produit des représentations de l'espace par un sujet » (Zeneidi, 2002 :81). Les modalités de réalisation d'une carte mentale peuvent être différentes d'une étude à l'autre (temps limité ou non, utilisation de la gomme, de couleurs, présence d'un fond de carte ou non, etc.). L'exercice a généralement été proposé à des populations spécifiques (personnes sans-abri chez Zeneidi, 2002, étudiants chez Felonneau, 1994) ou à des tranches d'âge particulières (plus de 75 ans chez Hallier-Nader, 2011 ; enfants chez André, 1989 et Depeau 2008 ; adolescents chez Fournand, 2003). Sauf exception (Townley et al, 2009), cet outil a encore très peu été utilisé auprès des personnes en fragilité psychique.

Les objectifs associés à cette deuxième série d'entretiens, caractérisés par la réalisation d'une carte mentale, sont récapitulés dans le tableau ci-dessous. La plupart de ces thèmes étaient déjà présents dans la première série d'entretiens. Dans ce deuxième entretien, il s'agissait alors de les approfondir avec les participants, notamment en posant de nouvelles questions ou en revenant sur certains points abordés trop brièvement dans le premier entretien. Avant chaque entretien, je relisais la retranscription du premier entretien réalisé avec la personne. D'autres thèmes ont été développés en lien avec la carte mentale, en particulier la question des émotions attachées aux lieux.

Tableau 4 : Les thèmes de la deuxième série d'entretiens
Painter S., 2018

Thèmes	Données à recueillir
Expériences et émotions rattachées aux lieux	- Les lieux appréciés - Les lieux évités, craints, désagréables - Les lieux qui aident à se sentir mieux - Les trajets pénibles ou agréables - Les raisons pour lesquelles telles émotions sont liées à tels lieux
Place des personnes en fragilité psychique dans la ville	- L'avis de la personne sur la manière dont les fragilités psychiques sont comprises par les habitants - Les lieux où les regards des gens sur la santé mentale et les personnes en fragilité psychique ont évolué, les lieux où les mentalités n'ont pas évolué - Les expériences de rejet et de discrimination dans la ville - Les difficultés à rencontrer et fréquenter d'autres personnes en dehors du GEM
Le GEM	- Les endroits connus ou fréquentés grâce au GEM - Si la personne parle du GEM autour d'elle, si elle est à l'aise d'en parler ou pas et avec qui - L'avis de la personne sur la manière dont le GEM contribue à « déstigmatiser » les fragilités psychiques et sur les personnes en fragilité psychique
Autocommentaire des participants sur leur carte mentale	- Ce que la personne a pensé de ce type d'exercice (carte mentale) - Ce que la personne pense de sa carte mentale - Ce à quoi la carte mentale aurait pu ressembler sans le GEM, selon la personne

3.2 La mise en œuvre

Tous les participants doivent réaliser leur carte dans les mêmes conditions, car sinon la validité des données est compromise (Breux et al, 2010) et il ne sera pas possible de comparer les cartes entre elles. Il faut aussi un minimum de confort pour mener l'exercice à bien, comme l'explique Zeneidi qui a tenté de faire dessiner des cartes mentales à des personnes sans-abri : « Au sein du foyer, l'hostilité à l'exercice était moins franche, mais, dans la rue, cela devenait quasiment impossible. Ceci démontre l'importance du lieu et du fait de pouvoir se poser » (2002 :80).

Les entretiens se sont déroulés dans la même petite salle que pour la première série d'entretiens. Je commençais par expliquer au participant en quoi l'exercice allait consister :

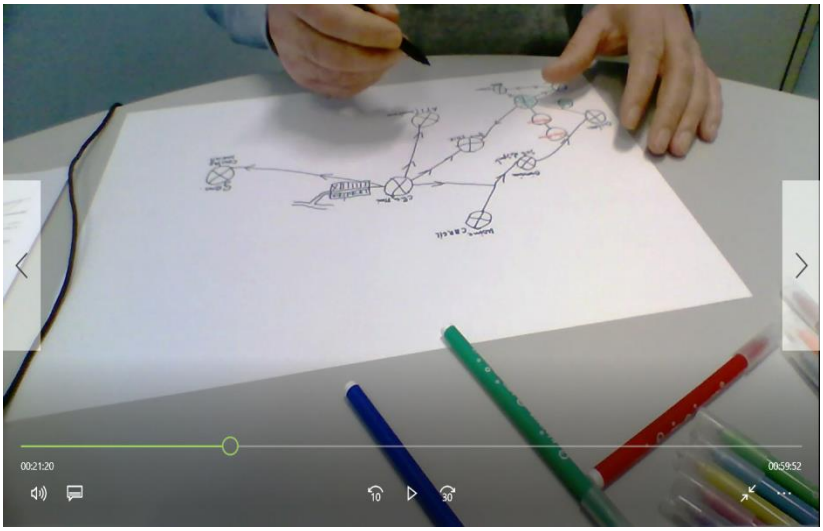
> *<u>Consigne de réalisation de la carte mentale</u> : Je voudrais que tu représentes sur la feuille les lieux qui sont importants pour toi au quotidien, en commençant par chez toi. Ne réfléchis pas trop, dessine simplement ce qui te vient à l'esprit. Ça n'a pas besoin d'être réaliste. Par contre, je te demanderai de m'expliquer au fur et à mesure ce que tu dessines. N'hésite pas non plus à représenter les trajets que tu fais. Tu peux utiliser différentes couleurs si tu veux.*

Suite à cette explication, les participants ont eu deux types de réactions. Certains ont compris immédiatement la consigne. Il faut dire que les adhérents ont l'habitude au GEM de

faire des activités ludiques et créatives. D'autres ont eu un moment d'hésitation, car ils n'étaient pas sûrs d'eux, avaient peur de mal faire, de mal dessiner, de ne pas savoir par où commencer. Les liens de confiance que j'avais établis avec eux ont ici été particulièrement utiles pour les rassurer. A l'aide de « *j'attends pas un beau dessin ou un plan parfait de la ville, c'est ta carte à toi qui m'intéresse !* », j'ai réussi à dissiper le sentiment d'inconfort provoqué par le caractère incongru de l'exercice. Le fait de donner un point de départ commun (le logement) a aussi agi comme un tremplin guidant les participants dans le démarrage de l'exercice. Certains participants ont des problèmes de santé physique (arthrose, tremblements, etc.). J'ai donc veillé à proposer des feutres qui soient faciles à utiliser, pour que le dessin ne requière pas un effort de la part de la personne.

Suite à cette consigne, je proposais aux participants de signer un formulaire de consentement en deux exemplaires. Celui-ci était quasi-identique à celui des entretiens semi-directifs précédents, à la différence que je demandais l'autorisation de filmer la réalisation de la carte avec mon ordinateur. En inclinant correctement la caméra, je pouvais filmer la carte, sans que le visage de la personne n'apparaisse. Les participants ont tous accepté d'être filmés. Je leur précisais bien qu'il ne s'agissait pour moi que d'un outil de travail me permettant de garder une trace de l'entretien.

Figure 9 : Extrait d'une vidéo réalisée lors d'un entretien avec carte mentale
Painter S., 2018



Les vidéos ont été utiles lors de la retranscription des entretiens, car elles ont permis d'annoter le texte en précisant à quel moment tel ou tel élément avait été dessiné. Elles ont aussi permis d'indiquer certains gestes du participant, qui ne peuvent être perçus dans un enregistrement audio, comme le montre l'exemple ci-dessous :

> *En sortant de chez moi, il y a un rond-point. On est obligé de faire le tour, hop comme ça pour aller ici [indique avec son doigt le chemin pour aller de chez lui au GEM en passant par le rond-point] (H, 2).*

Chaque participant disposait d'une feuille de 30 sur 40 cm et de 12 feutres de couleur. A mesure de la réalisation de la carte, je demandais à la personne de m'expliquer ce qu'elle dessinait. Lorsqu'elle n'avait plus d'idées quant à ce qu'elle pouvait dessiner, je lui demandais si on avait fait le tour. Si la personne répondait oui, alors je passais à la deuxième

partie de l'entretien, qui consistait à poser des questions plus spécifiques concernant les thèmes figurant dans le tableau précédent. La personne pouvait continuer à modifier sa carte à tout moment, si certaines questions lui faisaient penser à quelque chose qu'elle avait oublié par exemple. Dans la troisième partie de l'entretien, je demandais à la personne de regarder sa carte mentale et de me dire ce qu'elle en pensait. Ce temps d'autocommentaire a été particulièrement intéressant car les participants prenaient un peu de recul, observaient et produisaient une analyse de leurs propres géographies quotidiennes.

IV L'analyse des données

Cette dernière section expose la manière dont les données ont été classées et analysées. L'enquête de terrain, qui combine de l'observation participante, des entretiens semi-directifs et des cartes mentales, a permis de récolter un matériau riche et divers. Les entretiens ont été retranscrits dans leur intégralité à l'aide du logiciel Sonal[81].

Le tableau ci-dessous synthétise les données de recherche utilisées lors de l'analyse, en distinguant celles qui relèvent du matériau de recherche dit principal, vis-à-vis des données complémentaires, qui permettent de compléter l'analyse.

Tableau 5 : Synthèse du matériau de recherche
Painter S., 2018

Données principales => font l'objet d'une analyse approfondie	- Observations rapportées dans le carnet de terrain - Discours retranscrits des entretiens semi-directifs (séries 1 et 2) - Cartes mentales - Vidéos de la réalisation des cartes mentales
Données complémentaires => permettent de compléter l'analyse	- Documentation interne au GEM de B (rapports d'activités, compte-rendu de réunions, etc.) - Interventions du GEM de B dans les médias (émissions de radio, articles de presse, etc.) - Support de valorisation du GEM de B (documentaire, livre de témoignages, etc.)

Gagnon explique que « l'efficacité de [la] gestion [de la base de données] aura un effet direct déterminant sur la qualité du traitement et de l'interprétation des données » (2005 :66). C'est pourquoi il est indispensable de collecter puis d'organiser les données de façon structurée.

[81] Sonal est un logiciel libre d'enquête qualitative (http://www.sonal-info.com/).

Dans un premier temps, les données ont été organisées à l'aide de plusieurs outils résumés dans le tableau ci-dessous :

Tableau 6 : Les outils utilisés pour classer les données de recherche
Painter S., 2018

Outil	Descriptif
Résumés d'entretiens	Chaque entretien a fait l'objet d'un résumé suite à sa retranscription, récapitulant le contenu, les idées fortes, des éléments sur le déroulé de l'entretien, les premières analyses et les premiers thèmes émergents. Cette étape de première lecture est un préalable important pour la construction des catégories utilisées ensuite pour le codage. L'intérêt est aussi de pouvoir se référer rapidement au contenu de chaque entretien tout en ayant une vue d'ensemble sur le corpus.
Tableau des caractéristiques des participants	Ce tableau rassemble des informations sur les participants comme l'âge, les ressources, l'année d'arrivée au GEM, le type de logement etc.
Tableau des pratiques spatiales	Pour chaque participant, un tableau a été réalisé, recensant toutes ses pratiques spatiales ayant été mentionnées lors des entretiens, dans le carnet de terrain et dans les cartes mentales. Le tableau regroupe les lieux effectivement pratiqués, mais aussi les pratiques passées, désirées ou évitées. Les pratiques ont également été classées par catégories (santé, culture et loisirs, etc.), en précisant le lieu où elles se déroulent et leur fréquence. Des remarques et des extraits d'entretien se référant à chaque pratique évoquée ont aussi été ajoutés.
Tableau des cartes mentales	Pour chaque carte mentale, un tableau a été réalisé, recensant les éléments dessinés ou mentionnés, l'ordre de leur apparition, la manière dont ils ont été représentés (point, dessin, mot…) le discours associé et des remarques sur le langage corporel des participants.

L'étape suivante a consisté à découper le matériau de recherche principal (retranscriptions d'entretiens et observations) à partir de grandes catégories thématiques. Précisons que les cartes mentales en elles-mêmes ont fait l'objet d'une analyse plus spécifique, décrite dans le chapitre 4. Les grandes catégories thématiques sont en partie issues des questions de recherche, mais elles émanent aussi d'une lecture attentive de l'ensemble du corpus (carnet de terrain et entretiens). L'objectif était d'obtenir une première grille de codage pour l'ensemble du corpus, afin de garantir une plus grande cohérence dans l'analyse. Le choix a été fait de privilégier des catégories larges et descriptives, proches des thèmes et du contenu abordés par les participants. Cinq grandes catégories ont été identifiées :

- Le parcours de vie
- Les rapports aux autres, l'accès à la vie sociale
- Les expériences et pratiques de loisirs
- Le rapport au logement
- Les expériences et pratiques du GEM

Les extraits d'entretiens et les observations relatifs à chaque catégorie thématique ont ensuite été codés à partir de sous-catégories construites à partir du contenu même du matériau de recherche. Cette méthode ne part pas de catégories d'analyse construites en amont puis appliquées directement au matériau de recherche. Mais elle n'est pas non plus complètement inductive puisque l'interprétation des données est forcément influencée par l'univers théorique auquel se rattache le chercheur, la revue de la littérature et les questions de recherche (Anadón et Guillemette, 2007). Cette méthode paraît ainsi pertinente pour explorer les géographies quotidiennes des personnes, en restant attentif aux significations que les participants donnent à leurs pratiques et à leurs expériences vécues.

Conclusion du chapitre 3

Alors que les études portant sur les personnes en fragilité psychique vieillissantes reposent le plus souvent sur des analyses quantitatives, le recours à une démarche qualitative avec un petit échantillon de participants apporte un éclairage différent et complémentaire sur cette population, grâce à une description riche et approfondie de leur vécu quotidien.

Le choix a été fait d'appuyer les entretiens sur une véritable immersion au sein du GEM de B pour multiplier les modes de production de données et proposer une démarche souple, adaptée et bâtie sur des relations de confiance et d'interconnaissance avec les participants. L'observation participante vise à récolter des données sur les pratiques spatiales et le fonctionnement du GEM au quotidien. Mais cette immersion prolongée est aussi un moyen d'acquérir une connaissance sensible du terrain, de maîtriser les codes et les manières d'être et de faire de chacun, et ainsi de proposer une méthodologie respectueuse des participants, qui tienne compte de leurs éventuelles particularités. Quant aux entretiens, en plus de donner à entendre le discours des personnes, ils permettent de compléter les observations, puisque les participants étaient amenés à s'exprimer sur leurs propres pratiques.

Le tableau ci-dessous récapitule les objectifs, les inconvénients et les solutions mises en place pour chaque outil de collecte des données :

Tableau 7 : Récapitulatif des outils de collecte des données
Painter S., 2018

Outil	Objectifs	Inconvénients et solutions
Observation participante globale	➢ Se familiariser avec le fonctionner du GEM, en faire l'expérience de l'intérieur ➢ Développer des liens de confiance et d'interconnaissance avec les participants, avant de réaliser les entretiens ➢ Prendre le temps d'expliquer la recherche aux adhérents du GEM de B ➢ Préparer les entretiens, ajuster les techniques d'entretien en fonction des réalités du terrain	Pas d'accès au discours « direct » des participants => à compléter avec des entretiens
Observation participante ciblée	➢ Faire des observations ciblées sur les 14 participants, sur une période de plusieurs mois, afin de collecter des données sur leur quotidien et leurs pratiques spatiales	
Entretien 1	➢ Recueillir la parole des participants dans un cadre posé et confidentiel, en prenant le temps d'explorer avec chacun d'eux les thèmes suivants : - Parcours résidentiel - Rapport au logement - Les lieux du quotidien, dont le GEM - L'organisation temporelle du quotidien - Le rapport aux autres dans la ville - Les bricolages	Situation artificielle, à un instant T => possibilité de réaliser l'entretien en plusieurs fois => possibilité pour le participant de revenir sur ce qu'il a dit, de compléter son discours après l'entretien
Entretien 2 (carte mentale)	➢ Recueillir la parole des participants dans un cadre posé et confidentiel, en prenant le temps d'explorer avec chacun d'entre les thèmes suivants : - Expériences et émotions rattachées aux lieux - Place des personnes en fragilité psychiques dans la ville - Le GEM - Autocommentaire des participants sur leur carte ➢ Compléter les sujets peu développés dans l'entretien 1 ➢ Appréhender la continuité des pratiques dans le temps ➢ Offrir aux participants une autre manière d'évoquer leurs pratiques spatiales et leurs rapports aux lieux du quotidien, à travers l'utilisation de la carte mentale	

Conclusion de la partie I

Cette première partie a permis de préciser le positionnement de la thèse dans le paysage scientifique et méthodologique. L'analyse des différents mots-clefs composant le sujet de la recherche (vieillissement, santé mentale, personnes en fragilité psychique, petite ville, GEM) menée dans le chapitre 1 a permis de poser les bases de la réflexion de la thèse et de dégager un premier ensemble de questionnements autour de la place et de l'inclusion des personnes en fragilité psychique et vieillissantes dans la ville.

Suite à ce premier travail de définition, le chapitre 2 s'est focalisé sur la construction de la problématique de la thèse, en inscrivant la réflexion dans le champ de la géographie sociale. Une approche théorique, mobilisant les notions d'inclusion, de pratiques, d'appropriation spatiale et d'accessibilité des espaces a ainsi pu être élaborée pour penser la place des personnes en fragilité psychique vieillissantes dans la ville. Trois questions opérationnelles de recherche ont alors été formulées :

- Quels sont les facteurs contraignant et/ou favorisant les pratiques et l'appropriation de la ville que rencontrent les personnes en fragilité psychique vieillissantes ?
- Comment les personnes se débrouillent-elles pour se bricoler dans la ville un quotidien qui leur soit plus satisfaisant ?
- En quoi le GEM participe-t-il à la construction de leurs géographies quotidiennes, mais aussi à la construction même de l'espace urbain ?

Le troisième chapitre a présenté la méthodologie élaborée pour répondre à ces questions. Il s'agit d'une démarche qualitative et compréhensive, qui donne à cette recherche son caractère exploratoire. Combinant de l'observation participante, des entretiens semi-directifs et des cartes mentales, la démarche a été pensée à l'aune de considérations éthiques et cherche à donner aux participants la possibilité de s'exprimer sur leur quotidien. Les deuxième et troisième parties de la thèse présentent les résultats de la recherche.

PARTIE II : Des géographies quotidiennes oscillant entre prises et manque de prises, marquées par un sentiment mitigé d'appropriation des espaces

Introduction de la partie II

Quelques remarques préliminaires

Dans cette deuxième partie, le lecteur pourra s'imprégner des géographies quotidiennes des 14 participants de la recherche. Trois grands thèmes sont abordés successivement, à savoir la vie sociale, les loisirs et le logement. Il faut néanmoins préciser immédiatement un détail important. Dans ces chapitres, il ne sera pas question des pratiques concernant directement le GEM[82], c'est-à-dire ni de celles qui se déroulent dans les locaux de l'association, ni des sorties organisées dans d'autres lieux. Celles-ci seront analysées en détail dans la troisième partie de la thèse.

Pourquoi cette distinction ? Ce choix peut paraître artificiel de prime abord car le GEM est un lieu incontournable du quotidien des participants, certains le fréquentant même presque tous les jours. C'est un dispositif susceptible d'avoir une influence importante sur la construction des pratiques et le rapport des participants à certains lieux dans la ville, quand il s'agit de faire des sorties par exemple. Une des questions de recherche opérationnelle est même spécifiquement dédiée à ce sujet (cf. chapitre 2, III.2). Mais le fait d'extraire les pratiques liées directement au GEM de l'ensemble des pratiques de la ville reflète une certaine réalité contenue dans les discours des participants. Dans les entretiens, ceux-ci distinguent en effet clairement les pratiques liées au GEM de B de celles qui relèvent du reste de leur quotidien. Afin de rendre cette distinction apparente dans la restitution des résultats de recherche, le choix a donc été fait de respecter cette séparation perceptible dans les entretiens en l'appliquant dans la construction même du plan de thèse. On donnera un exemple ici pour rendre la chose plus claire. Lorsqu'ils ont été interrogés sur leurs loisirs, les participants ont répondu n'en avoir que très peu, si ce n'est aucun. Au GEM pourtant – et cela a été confirmé par l'observation participante puisque j'ai moi-même participé avec eux à ces activités – ces mêmes participants font du théâtre, de la radio, de la menuiserie, des marches, de la cuisine, du dessin, de la composition florale, des ateliers d'écriture, etc. Lorsque je leur ai fait remarquer cette contradiction, les participants ont répondu *oui, mais ça c'est au GEM*. Aux yeux des participants, les pratiques de loisirs au GEM ont donc un statut différent des loisirs pratiqués en dehors du GEM.

[82] Sauf dans une section du chapitre 4, où il sera brièvement question du rapport des participants au GEM, dans le cadre de la présentation de l'échantillon enquêté.

Il faut ajouter à cela que le fait d'avoir des chapitres consacrés exclusivement aux pratiques du GEM permet de souligner plus efficacement l'influence de ce dispositif sur les pratiques des participants, plutôt que d'avoir des résultats de recherche disséminés à travers les chapitres. Précisons aussi que ce ne sont pas les mêmes données qui sont exploitées. La partie II repose principalement sur l'analyse des entretiens et des cartes mentales, là où la partie III s'appuie majoritairement sur l'exploitation des observations menées au GEM de B.

Comment les thèmes des chapitres de cette deuxième partie ont-ils été sélectionnés ? Pourquoi s'intéresser à la vie sociale, aux loisirs et au logement des participants pour questionner leurs pratiques et leur place dans la ville ? Comme expliqué dans le chapitre 3 consacré à la méthodologie, la présente recherche s'appuie sur une démarche inductive et exploratoire. Il ne s'agit pas de poser des hypothèses à vérifier sur le terrain, mais bien de partir du matériau de recherche pour ensuite construire le plan de thèse et le contenu des chapitres. Cette deuxième partie exploite principalement les entretiens et les cartes mentales. Le choix des thèmes traités correspond ainsi aux thèmes qui sont ressortis de l'analyse du matériau de recherche. Lorsque les participants ont raconté leur quotidien, ils ont surtout évoqué des pratiques (et des non-pratiques puisqu'ils ont aussi parlé des lieux qu'ils souhaitaient fréquenter mais qui leur étaient inaccessibles par exemple) appartenant à trois domaines : la vie sociale, les loisirs et le chez-soi.

Agencement des chapitres

Cette deuxième partie débute avec le chapitre 4, intitulé « **L'analyse des lieux du quotidien, une première lecture des modalités d'appropriation de la ville** ». Il consiste en une première lecture des espaces de vie des participants. Quels types de lieux les participants fréquentent-ils ? Comment et pourquoi ? Se déplacent-ils beaucoup ? Ont-ils l'impression de pratiquer la ville comme ils le voudraient ? Ce chapitre permet de cerner les spécificités de leurs géographies quotidiennes, en dégageant les pratiques et les lieux que les participants ont en commun. Ce tableau général fournira également un premier niveau d'analyse de leurs modalités d'appropriation de la ville, en montrant la multitude de contraintes à l'appropriation que rencontrent les participants et qui les empêchent de pratiquer la ville comme ils le voudraient.

Dans les trois chapitres suivants sont examinés plus en profondeur trois thèmes relatifs aux pratiques des participants, à savoir la vie sociale, les loisirs et le logement. Brièvement abordés dans le chapitre 4, ces thèmes méritent d'être approfondis dans des chapitres à part entière car ils ont clairement émergé de l'analyse de l'ensemble des entretiens et des cartes mentales. Ces thèmes font partie des préoccupations quotidiennes des participants. Les chapitres 5, 6 et 7 ont aussi pour particularité de s'intéresser plus spécifiquement à la construction des pratiques spatiales, contrairement au chapitre 4 qui est plus descriptif.

Le **chapitre 5** est formulé sous forme de question : « **Vivre avec et parmi les autres dans la ville ?** ». Il part de l'idée qu'habiter la ville, c'est avoir accès aux espaces où se déroule la vie sociale et pouvoir y tisser des liens avec les autres. L'analyse des discours et des espaces de vie révèle une forte insatisfaction des participants vis-à-vis de leur vie sociale, avec l'impression d'être tenus à l'écart des interactions sociales qui se déroulent dans la ville. Leur quotidien est souvent marqué par la solitude, et c'est d'ailleurs la raison pour laquelle ils

fréquentent le GEM. Dans ce chapitre, on s'intéresse aux réseaux relationnels des participants en dehors du GEM et à la manière dont ils s'inscrivent dans l'espace. Ont-ils un entourage ? Qui compose cet entourage ? Pourquoi sont-ils insatisfaits de leur vie sociale ? Ont-ils accès à des lieux dans la ville où rencontrer et discuter avec d'autres personnes ? Quel est leur rapport aux autres dans les espaces publics ?

Le **chapitre 6**, comme son titre l'indique, s'intéresse aux « **Expériences et pratiques de loisirs dans la ville** ». Il consiste à analyser les espaces de vie des participants et leurs pratiques de la ville sous l'angle des loisirs. La littérature scientifique montre que les personnes en fragilité psychique vieillissantes ont peu l'occasion de s'adonner à des activités de loisirs qui leur plaisent. Or, habiter la ville, c'est aussi pouvoir s'y divertir. Les pratiques de loisirs des participants sont ainsi analysées à l'aune des facteurs qui les contraignent ou qui les favorisent.

Le **chapitre 7** est intitulé « ***Chez moi, je me sens bien sans me sentir bien :* l'appropriation du chez soi** ». Il est consacré à l'analyse du rapport des participants à leur logement. C'est un lieu dont ils ont beaucoup parlé dans les entretiens. Il s'agit d'un point nodal de leurs géographies quotidiennes, où ils passent de nombreuses heures, notamment parce qu'ils ont peu l'occasion de sortir de chez eux. Ce chapitre repose sur l'idée que le logement – en particulier « le chez-soi » - est un support essentiel de l'inclusion dans la ville. Dit autrement, habiter la ville, c'est pouvoir avoir un chez-soi. L'objectif de ce chapitre consiste à analyser la manière dont les participants parviennent ou non à s'approprier leur logement. Que font-ils lorsqu'ils sont chez eux ? Comment se sentent-ils dans leur logement ? Quels facteurs contraignent et/ou favorisent l'appropriation du chez-soi ?

Chapitre 4 – L'analyse des lieux du quotidien : une première lecture des modalités d'appropriation de la ville

Ce chapitre 4 consiste en une première lecture des espaces de vie des participants, en s'appuyant principalement sur l'analyse des entretiens semi-directifs et des cartes mentales. Les questions posées sont les suivantes : quels types de lieux les participants fréquentent-ils ? Comment et pourquoi ? Se déplacent-ils beaucoup ? Ont-ils l'impression de pratiquer la ville comme ils le voudraient ? L'objectif du chapitre est de cerner les éventuelles spécificités des géographies quotidiennes des participants, en dégageant les pratiques et les lieux qu'ils ont en commun. Ce tableau général vise également à fournir un premier niveau d'analyse de leurs modalités d'appropriation de la ville, afin d'identifier les thématiques qui seront explorées dans les chapitres suivants.

Ce chapitre s'organise en trois sections. La première traite des caractéristiques des participants de la recherche, afin d'aller plus loin que la description de la population d'étude proposée dans le chapitre 1. Cette étape est un préalable indispensable à l'analyse des espaces de vie car connaître les caractéristiques des participants est nécessaire pour comprendre certaines pratiques et en particulier les facteurs qui contraignent l'appropriation des espaces. La deuxième section porte sur la manière dont les lieux du quotidien ont été identifiés et analysés à partir des entretiens semi-directifs et des cartes mentales. La troisième section détaille les configurations des espaces de vie des participants à partir des résultats de cette première analyse des géographies quotidiennes.

I Qui sont les participants de la recherche ?

Avant d'étudier les espaces de vie, il est nécessaire de préciser quelques renseignements sur les situations des participants. Dans le chapitre 1, un portrait général de la population des personnes en fragilité psychique vieillissantes a été dressé à partir de la littérature scientifique. Dans cette première section, il s'agit de décrire plus en détail les caractéristiques communes aux 14 participants de la recherche.

1 Description de l'échantillon enquêté

1.1 Age et sexe

On ne dispose pas de statistiques précises sur les personnes qui fréquentent les GEM. Néanmoins, on sait que la moyenne d'âge des adhérents est souvent proche de 50 ans et qu'il n'est pas rare que ces collectifs peinent à attirer des individus plus jeunes (ANCREAI, 2017).

Au moment de l'enquête, environ un tiers de la cinquantaine d'adhérents[83] du GEM de B était âgé de 50 ans et plus. Une très grande majorité d'entre eux ont accepté de participer à la recherche, à savoir sept femmes et sept hommes, soit 14 participants. La part d'hommes et

[83] Pour rappel, le terme d'adhérent désigne les personnes qui ont adhéré au GEM. Le terme de participant désigne les 14 personnes qui, parmi les adhérents, ont accepté de participer aux entretiens et qui ont fait l'objet d'observations ciblées.

de femmes au sein de l'échantillon est assez représentative de la mixité présente dans le GEM de B et des GEM de manière générale (ANCREAI, 2017). D'une moyenne d'âge de 57 ans, l'échantillon est constitué de 9 participants dans la cinquantaine et de cinq participants dans la soixantaine. La moyenne d'âge des femmes de l'échantillon est de 56 ans, avec une dispersion de 50 à 68 ans. Celle des hommes est de 59 ans, avec une dispersion de 54 à 63 ans. Il y a davantage d'hommes parmi les participants soixantenaires, contrairement au groupe des cinquantenaires où les femmes sont majoritaires.

L'âge de la vieillesse est très variable selon les individus (Stiker, 2004). Le rapport des participants à leur vieillissement était différent selon les individus. Quelques-uns se sentaient et se déclaraient « vieux », en particulier du fait de leurs limitations physiques. D'autres, bien qu'ayant des problèmes de santé physique équivalents, voire plus importants, préféraient se déclarer « encore jeunes dans leur tête ». D'autres encore se considéraient comme de « jeunes vieux », en particulier ceux qui avaient le début de la cinquantaine. Le rapport au vieillissement variait aussi selon les moments. En fonction des jours, un même participant pouvait se sentir jeune ou se sentir vieux, selon la situation à laquelle il était confronté.

1.2 Des situations résidentielles différenciées mais toujours en milieu ordinaire

Les participants ont des situations résidentielles différentes mais ils vivent tous dans un logement individuel, en milieu ordinaire. Aucun ne vit dans un foyer, en institution ou n'est hébergé par de la famille ou par un tiers. Cela correspond au constat dressé par l'ANCREAI (2017), à savoir qu'une majorité d'adhérents des GEM étudiés vivaient en logement individuel. Parmi les 14 participants, deux groupes se distinguent clairement au regard des conditions résidentielles et de la localisation de leur logement :

➢ <u>8 participants majoritairement locataires de petits logements, vivant principalement à B :</u> Ce groupe, constitué de 5 hommes et 3 femmes, rassemble majoritairement des locataires de petits logements (T1[84] à T3), vivant à B-même pour six d'entre eux. Les deux autres participants vivent dans un village proche. Seul un participant est propriétaire de son appartement, situé à B. L'un d'entre eux vit avec sa compagne, mais tous les autres habitent seuls dans leur logement. Ils n'ont ni conjoint, ni enfant présents. Deux ont mentionné lors des entretiens avoir eu des enfants aujourd'hui adultes. Une participante a des petits-enfants, mais qu'elle voit assez peu. La durée d'occupation du logement varie de 10 à 20 ans pour six participants. Les deux autres vivent dans leur logement depuis 3 ans, mais ont un profil un peu différent : l'un a pu acheter son appartement suite à un déménagement forcé lié à une opération de renouvellement urbain, l'autre a obtenu une place dans une maison-relais[85]. Ces deux participants vivaient néanmoins déjà à B avant d'emménager dans leur logement actuel. Parmi ces huit participants, quatre ont une voiture.

[84] T1 = Une pièce principale et une cuisine séparée ; T3 = trois pièces et une cuisine séparée.

[85] Une maison-relais est une forme particulière de résidence sociale à destination de personnes en situation de précarité sociale et économique, qui allie des logements individuels (dont les personnes sont locataires) et des espaces collectifs, avec la présence quotidienne d'un travailleur social. C'est une forme de logement indépendant, mais qui propose un accompagnement adapté en fonction des besoins du locataire.

➢ 6 participants propriétaires de maisons dans les communes rurales autour de B : La composition du second groupe diffère quelque peu du portrait dressé dans la littérature scientifique, notamment au regard du statut de propriétaire et de la situation familiale. Ce groupe rassemble six participants propriétaires, vivant dans les petites communes rurales aux alentours de B (dont la plus lointaine est située à 15 km). Deux participants vivent en couple, une participante est veuve depuis plusieurs années et une participante vit avec son fils de 13 ans. Cinq ont eu des enfants, tous adultes aujourd'hui sauf pour la participante citée juste avant. Quatre participants ont des petits-enfants qu'ils voient régulièrement. Tous possèdent une voiture, sauf une participante qui ne peut plus conduire à cause de problèmes de santé, mais dont le conjoint conduit. Néanmoins, plusieurs d'entre eux ont mentionné des difficultés grandissantes à conduire, à cause de problèmes physiques comme des douleurs, des problèmes de dos ou d'acuité visuelle. Dans ce deuxième groupe, la durée d'occupation du logement varie de 10 à 38 ans.

Au regard des situations résidentielles, on constate qu'un participant sur deux est propriétaire de son logement. Le taux de propriétaires en France est généralement plus élevé « dans les couronnes des pôles locaux, les espaces périurbains et les arrière-pays peu denses que dans les centres des villes » (INSEE, 2017). C'est le cas de la zone d'étude où vivent les participants, avec un taux de propriétaires qui atteint presque 75%. Le contexte des petites villes peut ainsi expliquer en partie que quatre des sept participants propriétaires aient hérité de la maison d'un membre de leur famille. Notons également que parmi les sept participants propriétaires, quatre vivaient en couple au moment où ils ont accédé à la propriété, sachant qu'en France, les ménages propriétaires sont majoritairement composés de couples, plutôt que de personnes seules (INSEE, 2017).

1.3 Des rapports différents au GEM mais une appréciation globalement très positive de l'association

Concernant le rapport au GEM de B, l'échantillon de participants présente une certaine diversité, reflétant ainsi plusieurs manières d'être et de venir au GEM. Au moment de l'enquête, six participants étaient adhérents depuis 10 ans, c'est-à-dire depuis la naissance ou presque du GEM. Quelques-uns faisaient partie des premiers fondateurs. Trois participants fréquentaient l'association depuis 4 à 7 ans. Les cinq autres étaient arrivés au GEM moins de 2 ans auparavant.

Concernant la prise de responsabilités administratives au sein de l'association, sept participants siégeaient au conseil d'administration au moment de l'enquête, en tant qu'administrateurs élus. Un participant avait été administrateur quelques mois auparavant mais avait dû renoncer à sa fonction pour des raisons de santé. Les six autres participants n'occupaient pas de fonctions administratives au sein de l'association, mais la plupart participaient à des commissions ou des groupes de travail. Il n'y a pas de corrélation entre le nombre d'années de fréquentation du GEM et le fait d'y occuper une fonction administrative. Six participants se rendaient au GEM plusieurs fois par semaine et les 8 autres plusieurs fois par mois.

Dans les entretiens, les participants ont évoqué leur arrivée au GEM. On note qu'ils ont eu connaissance de l'existence du GEM de B à travers une diversité de canaux :

Tableau 8 : Canaux par lesquels les participants ont appris l'existence du GEM de B
Painter S., 2018 – Source : enquête 2016-2017

Type d'acteurs	Acteurs	Nombre de participants
Professionnels de santé et de l'action sociale	Infirmière du CMP[86]	3
	Psychologue du CMP	2
	Hôpital de jour	1
	Hôpital psychiatrique	1
	Centre social	2
	SAVS[87]	1
GEM	Autre adhérent du GEM	2
Presse	Article de journal	2

Les participants ont souvent connu le GEM grâce à des professionnels de la santé ou de l'action sociale (10 sur 14), ce qui suggère que ceux-ci ont identifié la nature et les missions de ce dispositif et peuvent ainsi informer les personnes pouvant être intéressées. Ce n'est pas le cas de tous les GEM, qui parfois souffrent d'une mauvaise lisibilité auprès des professionnels présents sur le territoire (ANCREAI, 2017).

Dix participants ont décidé de venir au GEM suite aux conseils de soignants ou d'intervenants sociaux (8) ou de leurs proches (1). Le plus souvent, le GEM leur était présenté comme un moyen de briser l'isolement, de voir du monde et de faire des activités pour ne pas s'ennuyer.

> *L'infirmier, il m'avait conseillé qu'on vous trouve quelque chose que vous êtes occupée tous les jours (F, 1).*
>
> *Mes sœurs m'ont dit aussi que bon, je devais voir du monde. Donc j'ai décidé de m'inscrire dans une association. Et c'est là que j'ai trouvé le GEM et le centre social (F, 2).*
>
> *Bah moi je suis venue par... C'est une psychologue que je... Je voyais. Et c'était elle qui m'a dit comme ça bah pourquoi vous iriez pas au GEM. Et puis c'est comme ça que j'ai demandé ce que c'était que le GEM. Et donc je me suis inscrite ici (F, 1).*

Aucun participant n'a rapporté avoir été informé des pratiques d'entraide, d'autogestion et de prises de responsabilités au sein du collectif ayant lieu dans les GEM avant d'intégrer l'association, ce que l'ANCREAI a aussi observé auprès des adhérents enquêtés dans l'étude de 2017.

Certains participants ont été accompagnés lors de leur arrivée au GEM par un soignant, car il leur était difficile de venir seul :

> *C'est l'hôpital de jour qui m'a fait découvrir le GEM. Enfin, je suis pas venu de moi-même. Je suis venu accompagné. C'est mon infirmière qui m'avait parlé de ça, en me disant bah ça, ça pourrait être pas mal pour vous. Puis voilà (H, 1).*

[86] Centre Médico-psychologique.
[87] SAVS : Service d'Accompagnement à la Vie Sociale.

Les quatre autres participants ne sont pas venus au GEM suite aux conseils de professionnels ou de leurs proches, mais plutôt d'eux-mêmes. Pour eux aussi, il s'agissait de rompre l'isolement, à l'instar de cette participante :

> *J'ai dit que moi c'était pour rompre l'isolement, que justement de pas faire d'activités ou tout ça, ça peut apporter... La solitude peut amener à une dépression ou voilà. Et c'est comme ça que je suis rentrée sur le groupe GEM (F, 1).*

Dans la récente étude de l'ANCREAI (2017 :50), les auteurs ont identifié trois profils d'adhérents au regard de la place occupée par le GEM dans leur quotidien :

- Une place centrale, quasi-exclusive du GEM dans leur vie : « Pour ces personnes, le GEM a une place prépondérante, elles n'ont pas ou très peu d'activités en dehors de ce collectif d'entraide. Leur fréquentation du GEM rythme leur quotidien. La motivation à fréquenter le GEM la plus souvent exprimée est alors la rupture de l'isolement social »
- Une place importante du GEM mais complémentaire : « Pour ces personnes, le GEM se positionne en complémentarité mais aussi comme moteur pour développer d'autres activités en milieu ordinaire. Cette complémentarité leur permet de trouver un équilibre de vie et de se reconstituer un cercle de 'proches' »
- Un positionnement important mais décentré : « Le GEM continue à avoir une place importante, mais n'est pas centrale ; ces personnes sont ouvertes vers l'extérieur et n'excluent pas de rompre avec le GEM au moment qu'elles jugeront opportun »

Les participants de cette recherche relèvent plutôt des deux premiers profils, bien qu'au cours de l'enquête, leurs manières de fréquenter le GEM ont parfois évolué. Ces profils ne sont donc pas statiques et selon la période, un adhérent peut tout à fait basculer d'un profil à l'autre. Mais globalement, on peut dire que six participants relèveraient plutôt du premier profil, le GEM constituant la grande majorité de leurs activités sociales et de loisirs. Pour les huit autres participants, le GEM est décrit comme un lieu essentiel dans leur quotidien, ce qui ne les empêche pas d'avoir quelques activités en dehors. Celles-ci restent néanmoins assez limitées et le sentiment d'isolement et de solitude est aussi présent chez ces participants.

Les participants ne viennent pas tous aux mêmes activités ni ne s'investissent de la même manière au GEM. Ils ont parfois énoncé quelques critiques mais la quasi-totalité d'entre eux ont exprimé un sentiment d'attachement envers l'association, voire de reconnaissance, du fait des effets bénéfiques du GEM sur leur quotidien :

> *Et puis je viens au GEM aussi. Heureusement qu'il y a ça aussi (F, 1).*

> *Heureusement que j'ai trouvé [le GEM] parce que je m'y plais bien et que c'est dynamique. Il y a pas beaucoup d'associations dans B qui sont l'équivalent de cette association-là (H, 2).*

> *Mais j'ai eu de la chance qu'à l'hôpital de jour on me dise... C'est l'hôpital de jour qui m'a fait découvrir le GEM (H, 1).*

Certains participants se demandent même si leur vie n'aurait pas pris un tournant dramatique sans le GEM de B :

> *Moi je dirais heureusement que j'ai trouvé. Oui. Si j'avais pas le GEM, ça me... J'aurais rien (F, 2).*

> *Heureusement qu'il y a le GEM, parce que sinon je serais en pleine déprime autrement. Je sais pas ce que je... Ou j'aurais continué au troquet, mais je me serais ruiné, parce que les clopes plus le troquet, ça coûte cher ! (H, 2).*

2 Une majorité de participants sans activité professionnelle et vivant de petits revenus

2.1 Des parcours professionnels différents mais marqués par des ruptures souvent en lien avec les fragilités psychiques

Pour comprendre l'expérience actuelle des personnes, en particulier la manière dont elles vieillissent, il importe de tenir compte de leur parcours de vie (Caradec et al, 2012 ; Charpentier et al, 2010 ; Hummel et al, 2014). Lorsque les participants ont été interrogés sur leurs histoires de vie, ils ont surtout évoqué leur parcours professionnel et les ruptures qu'ils ont connues, celles-ci étant souvent liées à leurs fragilités psychiques.

Les participants ont des parcours de formation et des niveaux d'étude différents, bien que presque tous soient aujourd'hui sans activité professionnelle. Six participants ont obtenu un CAP[88] dans les domaines suivants : plomberie-chauffagiste, photo, peinture en bâtiment, cuisinier de collectivité et employé technique de collectivité. Trois participants ont obtenu des concours de la fonction publique : contrôleur de la poste, certificat d'aptitude pédagogique (permettant d'exercer comme instituteur) et agent de contrôle des cotisations de la sécurité sociale. Une participante est allée à l'université, où elle a obtenu une maîtrise en gestion des entreprises. Quatre participants n'ont aucun diplôme. Toutes ces personnes ont vu leur carrière soit ne pas démarrer, soit s'interrompre brutalement, notamment à cause de problèmes de santé mentale.

Au moment de l'enquête, deux participants travaillaient dans un ESAT[89] à temps partiel et deux autres participantes réalisaient occasionnellement des contrats de ménage de quelques heures chacun. Quatre participants étaient à la retraite, trois ayant cessé leur activité avant l'âge légal de départ à cause de problèmes de santé mentale. Six participants étaient sans emploi, avec une reconnaissance d'invalidité. Les ressources mensuelles des participants oscillaient entre 800 et 1300 euros par mois, avec 13 participants recevant moins de 1100 euros mensuels[90]. Ces profils correspondent au portrait dressé par l'ANCREAI (2017) d'une majorité d'adhérents des GEM sans activité professionnelle (à la retraite, au chômage, en invalidité ou bénéficiaire de l'AAH). Ils s'accordent également avec d'autres études montrant que les personnes en fragilité psychique vieillissantes vivent généralement de faibles revenus (Cummings et Cassie, 2008 ; Cummings et Kropf, 2009).

Les participants n'ont pas tous connu le même parcours professionnel. L'analyse des entretiens permet de distinguer quatre profils :

- <u>Deux participantes n'ont presque jamais travaillé :</u> elles n'ont pu exercer d'emploi ou ont rapidement dû cesser leur activité à cause d'une maladie neurologique :

> *J'ai pris la garderie municipale. Et c'est là que la maladie s'est déclenchée. Le diagnostic. Sclérose en plaques. Ça fait quelque chose de ne pas réussir à faire son*

[88] En France, le certificat d'aptitude professionnelle (CAP) est un diplôme d'études secondaires et d'enseignement professionnel qui donne une qualification d'ouvrier ou d'employé qualifié dans un métier déterminé.

[89] En France, un ESAT (Etablissement et Service d'Aide par le Travail) est « une structure qui permet aux personnes en situation de handicap d'exercer une activité professionnelle tout en bénéficiant d'un soutien médico-social et éducatif dans un milieu protégé. Cette structure accueille des personnes qui n'ont pas acquis assez d'autonomie pour travailler en milieu ordinaire ou dans une entreprise adaptée à leurs besoins » (https://www.service-public.fr)

[90] Soit environ 1200 CAD pour 800€, 1500 CAD pour 1000€ et 1900 CAD pour 1300€ au moment de l'enquête.

travail. Mais il fallait gérer l'argent et puis surveiller les enfants. Je pouvais pas. C'était trop. Beaucoup trop (F, 1).

- Une participante a travaillé presque toute sa vie en milieu protégé : après avoir enchaîné plusieurs stages et essais dans différentes structures, cette participante a trouvé un emploi à temps partiel dans un ESAT où elle travaille depuis plusieurs années.
- Cinq participants ont enchaîné des contrats courts pendant quelques années puis ont été écartés du monde du travail suite à des problèmes de santé mentale : bien qu'ils soient encore en âge de travailler, ceux-ci ont très peu d'espoir de reprendre un jour une activité. Ces participants ont souvent exprimé l'impression d'avoir été bloqués dans leur parcours professionnel et d'avoir ainsi raté le coche, comme en témoignent ces extraits d'entretiens :

Je me suis fait renverser par une bagnole et maintenant je suis en adulte handicapé aujourd'hui. Donc mes projets que je pouvais avoir bah ils sont complètement... Ils se sont... Ça a été abandonné quoi. Parce que je peux plus travailler dans le milieu ordinaire... […] Maintenant j'ai le temps, je peux prendre du recul, je me dis ouais, mais bon, t'aurais pu prendre cette piste-là. T'aurais pu faire ça. J'ai eu des opportunités dans ma vie de, de, d'avoir un boulot correct. Et puis non, j'ai voulu jouer les aventuriers. Et puis, et puis, et puis bah je suis retourné le nez dans ma soupe quoi (H, 1).

Ça fait depuis 2000 que je travaille plus. Ça fait beaucoup. J'ai fait des mi-temps, j'ai fait un tas de choses dans ma carrière. Mais je sais pas si un jour je retravaillerai. Je crois pas, je sais pas (H, 1).

On m'a donné la possibilité de faire une formation de titularisation. Donc j'y suis allée. Et bah ce concours, je ne l'ai pas eu. Parce que j'ai encore été hospitalisée [en psychiatrie] pendant cette période. Et bah c'est impossible de rattraper. Je l'ai passé mais bon... Voilà donc depuis ce temps, j'ai pfff... Bah je galère plus qu'avant (F,1).

- Six participants ont occupé un emploi stable pendant plus de 10 ans, en milieu ordinaire mais ont connu une rupture importante dans leur parcours : trois d'entre eux ont vu leur carrière s'interrompre assez brutalement suite à la survenue de problèmes de santé mentale, vers 40/50 ans. Les extraits suivants soulignent l'importance de la rupture provoquée par l'irruption des problèmes de santé mentale :

[J'ai travaillé] jusqu'à 50 ans. Ça fait 10 ans que j'ai arrêté. J'ai fait une dépression. Une grosse dépression. Suite à des décès dans ma famille. Tout ça, j'ai pas réussi à… A accepter tout ça. Tout s'est cassé la figure. J'ai été hospitalisé. Et j'ai jamais, je suis jamais revenu comme j'étais avant. J'ai été mis en arrêt et je suis resté comme ça (H, 2).

J'ai eu des problèmes de santé. Parce que je m'ennuyais beaucoup là à [X]. Et puis, bah déprime et tout. Et ça a enclenché des insomnies. Ça devenait de plus en plus… A la fin, je n'avais plus de… Je me suis isolé. Oui, je t'assure. Oh oui, sur la fin, ça allait pas. Au boulot, tout ça. Et je me suis carrément isolé. J'étais au bureau et au fil des années, ça se dégradait. Sur la fin, j'ai été hospitalisé à la clinique. Et pour finir, au bout de 23 ans, j'ai jeté l'éponge, je suis parti de [X] (H, 2).

Pour deux autres participants relevant de ce profil, les difficultés sont apparues suite à un licenciement, alors qu'ils avaient un peu plus de 40 ans. L'un d'entre eux raconte :

Ça m'est arrivé quand j'habitais à [X]. Il y a quand même plus de 10 ans de ça. Pas loin d'une vingtaine d'années. Bah là, j'avais plus rien à faire tout ça... Pfff. Je me suis laissé dépérir quoi. Sans rien dire à personne. Je ne sortais plus, je ne mangeais plus. Rien. ENQ : Tu as été hospitalisé suite à ça ? REP : Ouais. On m'avait branché des machins ici, avec un genre de produit pour me remonter. Sinon... (H, 2).

Pour la dernière participante relevant de ce profil, les difficultés sont apparues au moment de la retraite :

Tant que je travaillais, je ne sentais pas la solitude. Mais quand je me suis arrêtée, là c'était plus dur. Et après bon bah, c'est vrai que la personne avec qui je travaillais là consommait pas mal [d'alcool]. Et puis après j'ai pris l'habitude de consommer toute seule. Et je suis allée voir mon médecin et c'est là où il m'a conseillé d'aller dans une maison. Enfin, faire un séjour. Donc je l'ai fait. Et puis je m'en suis sortie parce que maintenant, je ne consomme plus du tout (F, 2).

2.2 Une minorité de participants bénéficiant d'une mesure de protection

Au moment de l'enquête, très peu de participants bénéficiaient d'une mesure de protection judiciaire. Lors des entretiens, trois participants ont mentionné être sous curatelle et une participante a expliqué avoir failli l'être. En France, la curatelle est « une mesure judiciaire destinée à protéger un majeur qui, sans être hors d'état d'agir lui-même, a besoin d'être conseillé ou contrôlé dans certains actes de la vie civile »[91]. Les trois participants sous curatelle avaient un curateur qui n'était pas un proche, mais un professionnel relevant d'un organisme de tutelle. Deux d'entre eux ont rapporté avoir d'assez bonnes relations avec leur curateur, mais le troisième a mentionné des conflits et un fort mécontentement vis-à-vis de l'accompagnement reçu. Ces trois participants ont surtout évoqué la difficulté à gérer leur budget avec la petite somme qu'ils recevaient chaque semaine et la contrainte d'avoir à demander l'autorisation du curateur pour toute dépense.

C'est moi qui ai demandé d'être sous curatelle renforcée. Et bon, elle m'alloue la curatrice, elle m'alloue une somme d'argent. D'un montant x[92] toutes les semaines. Et donc j'ai ça avec quoi je dois payer mes courses. Et comme tout est cher, c'est très limite quoi (H, 1).

Mes relations sont conflictuelles avec ma curatrice. Tu sais j'avais demandé des sous pour les soldes. Au début de semaine, elle m'en a promis lundi, l'argent n'est toujours pas arrivé. […] Oh c'est dur, non je préfère pas [expliquer], parce que c'est trop dur. C'est trop dur (H, 2).

Plusieurs participants ont exprimé un soulagement face au fait de ne pas être sous tutelle ou curatelle et donc de pouvoir conserver leur indépendance vis-à-vis de leur argent :

Je ne suis ni sous tutelle, ni sous curatelle. Non, je suis... Normale. Enfin ! Entre guillemets. Je gère mon argent. Des fois, j'ai, j'ai peut-être trop soit trop dépensé, soit bah j'essaie de vivre aussi ! Ça va, je gère ça. Mais j'ai envie de rester

[91] https://www.service-public.fr

[92] Le participant n'a pas voulu donner le montant de la somme et a préféré parler d'un « *montant x* ».

maître de ça quoi, j'ai pas envie de, d'avoir une curatelle pour me dire 'ah tiens !', pour me cadrer quoi (F, 1).

Je suis bien contente [de ne pas être sous tutelle] ! Tu reçois même plus de courrier quand t'es sous tutelle ou curatelle, c'est elle qui reçoit tout. Mais il y a eu une tentative. Je pense que ça date au moins de 5 ans. J'ai été convoquée au tribunal. Je suis venue avec tous mes comptes bancaires. Bon, j'ai gagné. Je sais pas si on peut dire ça (F, 1).

3 Des fragilités psychiques qui se conjuguent à des problèmes de santé physique

Lors des entretiens, les participants ont fait état de difficultés en matière de santé à la fois physique et mentale. Tous ont dit avoir connu ou connaître encore des problèmes de santé mentale, même s'ils n'en parlent pas tous de la même manière. Un tiers d'entre eux ont mentionné explicitement un diagnostic de bipolarité[93], de schizophrénie[94] ou de dépression[95] lors de l'entretien, sans que la question ne leur ait été posée. Les autres ont plutôt évoqué des hospitalisations en psychiatrie, des traitements médicamenteux ou bien ont décrit des symptômes dont ils font ou ont fait l'expérience (apathie, angoisses, paranoïa, hallucinations, etc.), sans préciser de diagnostic particulier.

Excusez-moi de dire ça mais bon je suis schizophrène déjà. Je suis un schizophrène simple. Je sais pas ce que ça veut dire simple (H, 1).

J'ai fait beaucoup de paranoïa. […] mais c'est surtout les angoisses, c'est surtout ça (H, 1).

J'étais tombée en dépression […] il fallait que je sois hospitalisée (F, 1).

Il faut préciser que les personnes qui viennent au GEM vont « relativement » bien, au sens où leur état de santé ne les empêche pas de participer au collectif – même *a minima* - et d'être présentes et dans l'échange. Les GEM sont certes des lieux d'entraide entre pairs mais ils ne sont pas des lieux de soin et/ou de prise en charge. Lorsque j'ai rencontré les participants, leurs problèmes de santé mentale n'étaient pas, à ma connaissance, envahissants au point de nécessiter une hospitalisation. Néanmoins, beaucoup m'ont expliqué avoir un moral fluctuant et connaître régulièrement des coups de déprime.

Tous les participants ont également mentionné des problèmes de santé physique parmi lesquels des problèmes de sommeil, des douleurs dans le dos, les jambes, de l'arthrose, des tremblements, des endormissements, une importante fatigue, des difficultés à se concentrer ou

[93] La bipolarité est classée comme un trouble de l'humeur, avec une alternance d'épisodes d'excitation et de dépression, entrecoupées de périodes de stabilité. On estime que 600 000 personnes sont concernées en France.

[94] La schizophrénie est une affection psychotique, c'est-à-dire qui touche l'organisation de la personnalité et le rapport à la réalité. Les symptômes sont évolutifs et hétérogènes d'une personne à l'autre. On estime que 600 000 personnes sont concernées en France.

[95] Léon et al (2018 :638) définissent la dépression comme étant caractérisée « par une tristesse ou une perte d'intérêt et de plaisir, associées à des sentiments de culpabilité ou de dévalorisation de soi, un sommeil ou un appétit perturbé, des problèmes de concentration ou encore des idées suicidaires. Ces symptômes sont intenses, durables et entraînent un retentissement important sur les activités et le fonctionnement des individus. Les troubles dépressifs seraient ainsi responsables de 35 à 45% des arrêts de travail et seraient retrouvés dans plus de la moitié des cas de décès par suicide ». Les données du baromètre santé 2017 montrent qu'en France, près d'un adulte de 18-75 ans sur dix aurait vécu au cours des 12 derniers mois un épisode dépressif ayant eu un retentissement sur ses activités habituelles.

à se mettre en action, etc. Ces problèmes entrainent de plus ou moins grandes limitations fonctionnelles, notamment sur les plans moteur et cognitif. Ces caractéristiques sont congruentes avec les résultats d'études mettant en évidence les risques importants de développer des problèmes somatiques chez les personnes en fragilité psychique vieillissantes (Azéma et Martinez, 2005 ; Bartels, 2004 ; Bédard et al, 2007 ; Karim et al, 2005 ; Van Amerongen, 2009).

Pour beaucoup de participants, leurs problèmes de santé physique ont débuté il y a déjà plusieurs années, même si la plupart reconnaissent que ceux-ci se sont multipliés en vieillissant. Cinq participants ont évoqué un accident (de la route, une chute, etc.) qui leur a laissé des séquelles (douleurs, problèmes de dos, difficultés pour marcher, etc.).

Deux participantes souffrent de sclérose en plaques[96]. L'une doit s'aider d'une canne et la seconde d'un déambulateur pour se déplacer. Une autre participante, atteinte de la maladie de Huntington[97], rencontre également des difficultés sur le plan moteur et cognitif.

Les problèmes de santé physique et les limitations qui les accompagnent entament le moral des participants, pouvant être ainsi source de souffrances. Une participante a tenu à préciser lors de l'entretien que les fragilités psychiques pouvaient aussi être causées ou renforcées par un handicap physique et les limitations associées, et pas juste par des problèmes de santé mentale :

> *On est là aussi [au GEM] parce qu'on a eu des handicaps moteurs. Moi ça m'a fragilisé d'avoir eu un accident à la colonne vertébrale. Forcément, quand on est en AAH et qu'on peut plus exercer d'activité professionnelle, et bien ça nous rend aussi fragile. Donc il faut tenir compte aussi des handicaps moteurs. Il y en a aussi dans le groupe. Donc c'est pas que le handicap psychique (F, 1).*

II L'identification des lieux du quotidien

Le profil des participants ayant été établi, il s'agit maintenant d'expliciter la manière dont les lieux fréquentés par les participants ont été recensés puis analysés. Les données proviennent principalement des entretiens semi-directifs, mais aussi des cartes mentales qui ont offert aux participants un support différent pour parler des lieux du quotidien. Il est important de détailler cette procédure car les résultats présentés dans le reste de la thèse découlent de cette première étape de l'analyse.

1 Recenser et classer les lieux fréquentés

Pour étudier les espaces de vie, la première étape a consisté à reporter dans un tableau les lieux fréquentés ayant été mentionnés par les participants lors des entretiens (y compris ceux n'ayant pas été dessinés sur les cartes mentales). Une définition sommaire du lieu a été

[96] La sclérose en plaques (SEP) est une maladie auto-immune chronique touchant le système nerveux central. Les symptômes sont variables d'une personne à l'autre mais la maladie provoque une grande fatigue et altère le contrôle des mouvements, la parole, la perception, la mémoire, etc. C'est une maladie particulièrement invalidante pour laquelle il n'existe pas à ce jour de traitement curatif. Les dépressions sont plus fréquentes chez les patients atteints de SEP (Lebrun et Cohen, 2009).

[97] La maladie de Huntington est une affection neurodégénérative du système nerveux central. Elle provoque d'importants troubles moteurs (troubles de l'équilibre, difficultés à déglutir, etc.), cognitifs (troubles de la mémoire, de l'attention, difficulté à faire plusieurs tâches, etc.) et psychiatriques (anxiété, dépression, repli sur soi, etc.). Il n'existe pas encore de traitement curatif. Le risque suicidaire est élevé parmi les patients.

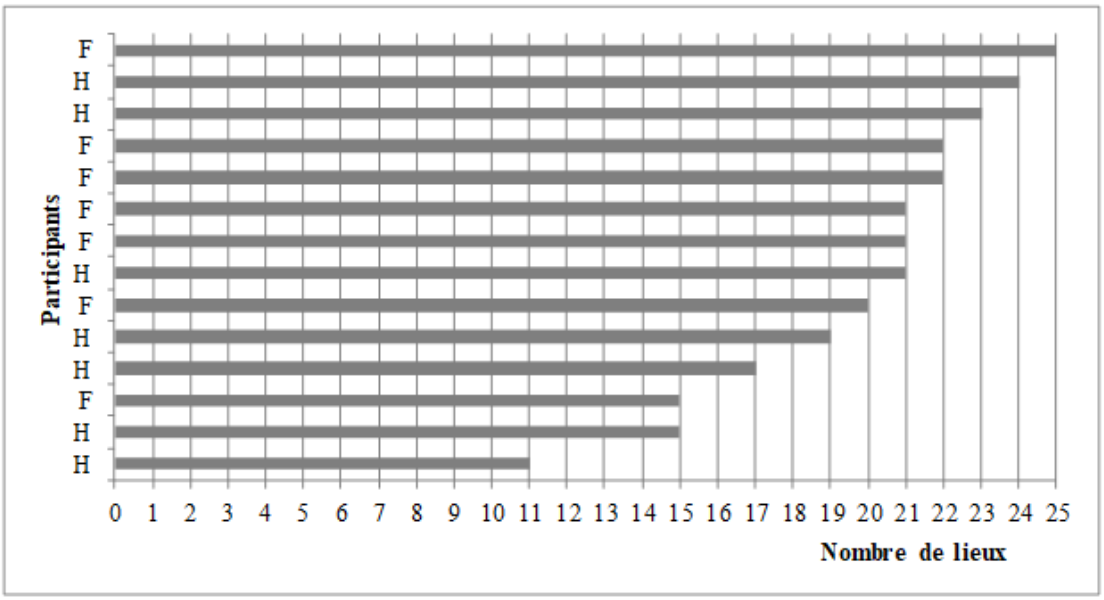
utilisée pour faciliter ce recensement. Les lieux ayant été retenus sont ceux correspondant à une portion d'espace localisée avec laquelle la personne entretient une relation, à travers le fait qu'elle puisse la nommer, la pratiquer et lui accorder une valeur plus ou moins positive ou négative. En outre, n'ont été retenus que les lieux pratiqués au moins plusieurs fois par an et à propos desquels les participants se sont exprimés. Pour chaque lieu recensé dans le tableau, les extraits d'entretien s'y rapportant ont été indiqués, de même que la commune où il était situé.

Lorsque le terme de « quotidienneté » est employé, il ne désigne pas ce qui se répète chaque jour. C'est au sens de « ce qui est dans mes habitudes » qu'il faut l'entendre. Ainsi, s'il est habituel pour un participant de se rendre tous les deux mois au domicile de ses parents, alors ce lieu est considéré comme relevant de la quotidienneté. Pour Lévy, « il n'est pas possible de fixer simplement une limite entre les pratiques qui seraient celles de tous les jours et celles qui seraient rares. […] C'est en fait beaucoup plus sous la forme d'un continuum entre le fréquent et le rare, entre le routinier et l'exceptionnel qu'il convient de se représenter les temporalités d'aujourd'hui » (2008 :13).

Lors des entretiens, de nombreux participants ont eu du mal à préciser à quelle fréquence ils se rendaient dans tel ou tel lieu, à part pour les rendez-vous médicaux où les dates étaient indiquées dans leur agenda. Plusieurs avaient de la difficulté à se repérer dans le temps et à se souvenir de ce qu'ils avaient fait les jours précédents. Je n'ai donc pas insisté sur ce point, pour ne pas mettre les participants en échec face à une question à laquelle ils ne pouvaient pas répondre. Les participants ont aussi souligné plusieurs fois que leurs pratiques et leur quotidien pouvaient être fortement bousculés en cas de déprime, de problèmes de santé ou de dépenses imprévues.

Lors des entretiens, les participants ont cité en moyenne 20 lieux fréquentés régulièrement (figure ci-dessous). On observe un écart important entre les participants ayant cité le moins de lieux et ceux qui en mentionné le plus, avec un écart de 14 lieux (25-11).

Figure 10 : Nombre de lieux fréquentés ayant été cités lors des entretiens par chaque participant
Painter S., 2018 – Source : enquête 2016-2017



Ces lieux ont ensuite été classés en sept catégories. Celles-ci sont détaillées dans la troisième section du chapitre. On obtient alors le tableau ci-dessous :

Tableau 9 : Nombre de lieux fréquentés par les participants selon leur catégorie
Painter S., 2018 – Source : enquête 2016-2017

Participants	Santé et accpt* social	Commerces	Loisirs	Vie sociale	GEM	Logement	Travail	Total
H	2	4	1	1	1	1	1	**11**
H	4	2	4	3	1	1	0	**15**
F	4	2	4	3	1	1	0	**15**
H	4	6	2	3	1	1	0	**17**
H	5	2	5	5	1	1	0	**19**
F	6	5	4	3	1	1	0	**20**
H	7	5	5	2	1	1	0	**21**
F	5	3	3	8	1	1	0	**21**
F	7	7	4	0	1	1	1	**21**
F	4	8	6	2	1	1	0	**22**
F	4	4	4	7	1	1	1	**22**
H	5	2	8	6	1	1	0	**23**
H	5	7	5	5	1	1	0	**24**
F	10	5	4	3	1	1	1	**25**
Total	**72**	**62**	**59**	**51**	**14**	**14**	**4**	**276**

** accpt = accompagnement*

Bien qu'avec un échantillon de 14 participants, on ne puisse réaliser de traitement statistique poussé de ces données, ce recensement permet d'identifier les pratiques que ceux-ci ont en commun et de dresser une première image des espaces de vie. Pour autant, l'analyse des discours associés à chacun de ces lieux s'avère indispensable pour comprendre le contenu et le sens des pratiques. C'est pourquoi une analyse thématique est indispensable pour compléter l'étude des configurations des espaces de vie. Précisions par ailleurs que le total des lieux (276) n'a pas vraiment de sens ici, puisqu'il comporte certains lieux ayant été cités par plusieurs participants (par exemple le GEM). Ainsi, si l'on retire les lieux cités en doublon, on obtient un total de 158 lieux.

2 Précisions sur l'apport des cartes mentales

Une partie des données collectées sur les lieux fréquentés par les participants provient des cartes mentales qu'ils ont dessinées. Il est important de préciser quelques éléments quant à la manière dont celles-ci ont été utilisées dans l'analyse, car les cartes mentales doivent être interprétées avec précaution.

2.1 Ecart entre le nombre de lieux cités et dessinés

Le nombre de lieux dessinés sur les cartes mentales n'est pas représentatif de l'ensemble des lieux fréquentés par les participants. On observe fréquemment un écart, plus ou moins important, entre le nombre de lieux cités lors des entretiens et de lieux effectivement dessinés, comme le montre le tableau ci-dessous. Notons que ce tableau ne prend en compte que 13 participants, la 14e étant absente lors de la réalisation des cartes mentales, à cause de problèmes de santé.

Tableau 10 : Ecart entre le nombre de lieux cités et le nombre de lieux dessinés sur la carte mentale
Painter S., 2018 – Source : enquête 2016-2017

Participants	Santé et accpt social		Commerces		Loisirs		Vie sociale		Logement		GEM		Travail		Total	
	lieux cités	CM	lieux cités	CM	lieux cités	CM	lieux cités	CM	lieux cités	CM	lieux cités	CM	lieux cités	CM	lieux cités	CM
H	2	0	4	2	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	**11**	**5**
H	4	3	2	2	4	2	3	3	1	1	1	1	0	0	**15**	**12**
H	4	0	6	3	2	1	3	0	1	1	1	1	0	0	**17**	**6**
H	5	0	2	2	5	3	5	3	1	1	1	1	0	0	**19**	**10**
F	6	3	5	3	4	3	3	0	1	1	1	1	0	0	**20**	**11**
H	7	3	5	2	5	1	2	1	1	1	1	1	0	0	**21**	**9**
F	5	1	3	3	3	0	8	2	1	1	1	1	0	0	**21**	**8**
F	7	7	7	6	4	3	0	0	1	1	1	1	1	0	**21**	**18**
F	4	2	8	6	6	6	2	0	1	1	1	1	0	0	**22**	**16**
F	4	0	4	1	4	3	7	5	1	1	1	1	1	0	**22**	**11**
H	5	1	2	1	8	7	6	4	1	1	1	1	0	0	**23**	**15**
H	5	2	7	5	5	5	5	1	1	1	1	1	0	0	**24**	**15**
F	10	4	5	2	4	3	3	1	1	1	1	1	1	1	**25**	**13**
Total	**68**	**26**	**60**	**38**	**55**	**37**	**48**	**20**	**13**	**13**	**13**	**13**	**4**	**2**	**261**	**149**
Evolution	↘ **62%**		↘ **37%**		↘ **33%**		↘ **58%**		-		-		↘ **50%**		↘ **43%**	

Note sur la lecture du tableau :

Prenons l'exemple du participant situé sur la première ligne. Lors des entretiens, ce participant a cité 2 lieux associés à la santé et à l'accompagnement (cf. colonne « lieux cités »), mais n'en a dessiné aucun sur sa carte mentale (cf. colonne « CM[98] »).

Les cases en rose indiquent que 50% ou moins des lieux cités lors des entretiens ont été dessinés ensuite sur la carte mentale. Par exemple, ce même participant a expliqué lors des entretiens qu'il fréquentait 4 commerces, mais il n'en a dessiné que 2 sur sa carte mentale.

Tous les participants ont dessiné leur logement et le GEM. Pour les autres lieux, ils ont souvent dessiné moins de lieux que ce qu'ils disaient fréquenter. Les commerces et les lieux liés aux loisirs ont été les plus dessinés. Les lieux associés à la santé et à l'accompagnement, catégorie pourtant la plus représentée parmi les lieux cités, sont beaucoup moins présents sur les cartes mentales : seuls 26 des 68 lieux cités ont été effectivement dessinés, soit une baisse de 62%.

Ces écarts ne sauraient néanmoins être interprétés comme une limite des cartes mentales, bien au contraire. Ce n'est pas la même chose de simplement parler de son quotidien que de prendre un feutre, réfléchir au lieu qu'on veut dessiner, à comment le

[98] Carte Mentale.

représenter et le dessiner effectivement. Avec la carte mentale, les participants ont dû effectuer des choix de représentation et l'exercice s'appuyait sur leur participation active. Ils ont le plus souvent joué le jeu et ont essayé d'expliquer pourquoi ils décidaient de dessiner tel ou tel lieu. Ces commentaires, qui n'auraient pu être obtenus lors d'un entretien classique, ont permis de mieux comprendre le rapport des participants aux lieux de leur quotidien. Ils ont notamment permis d'apprécier davantage le degré d'appropriation de ces lieux.

Concernant les lieux ayant été cités mais pas dessinés, cinq types d'explication ont pu être identifiés dans leurs discours :

- Le participant ne voyait pas l'intérêt d'indiquer le lieu car il ne lui semblait pas assez important ou intéressant pour être sur la carte, même s'il s'agissait d'un lieu fréquenté :

> *Bah il y a le dentiste, mais bon je vais pas… C'est bon, c'est pas franchement intéressant. Pourtant, j'ai les dents qui sont foutues (H, 1).*

Cette réaction pouvait être liée au fait que les participants perdaient parfois de vue que c'était justement leur quotidien dans sa banalité qui m'intéressait. Malgré mes encouragements, le lieu restait pour eux trop inintéressant pour être sur leur carte. Toujours est-il que même s'ils ne le dessinaient pas, cela ne les empêchait pas d'en parler.

- Le participant était « en froid » avec le lieu, même s'il le fréquentait quand même. Certains participants ont choisi de ne pas indiquer certains lieux du fait qu'ils n'aimaient pas y aller. Ce participant n'a pas voulu dessiner le cabinet du psychiatre :

> *Il y a le psychiatre aussi. ENQ : Ah oui, tu veux l'ajouter ? REP : Non j'ai pas envie. [Rires] ENQ : Pourquoi ? REP : Parce que c'est pas un endroit que j'aime beaucoup (H, 2).*

Cela pouvait aussi être lié à un événement survenu au moment de l'entretien. La veille de l'entretien, un participant s'était disputé avec un proche, chez qui il avait l'habitude de se rendre chaque semaine depuis plusieurs années. Sur le moment, il a donc décidé de ne pas l'indiquer sur sa carte. Quelques jours plus tard, ce participant s'était réconcilié avec son proche et recommençait à le voir autant qu'avant. Cet exemple illustre l'intérêt de combiner observation participante et entretiens car sans ma présence au GEM, je n'aurais pas eu accès à cette information.

- Le participant considérait que sa présence en ce lieu n'était pas vraiment légitime ou acceptée. Par exemple, une participante n'a pas souhaité dessiner le cinéma, du fait que c'est un endroit où elle n'irait pas d'elle-même et qu'elle ne fréquente que par l'intermédiaire du GEM. Plusieurs participants ont ainsi exprimé cette forme d'appropriation incomplète vis-à-vis de lieux pratiqués grâce au GEM, en particulier les lieux associés à la culture et aux loisirs. On reviendra sur ce point dans la troisième partie de la thèse.
- Un lieu renfermait plusieurs lieux. C'est le cas du CMP par exemple, que les participants ont dessiné comme un seul lieu mais qui en fait rassemble le bureau du psychiatre, de l'infirmier, de la psychologue, etc.
- Le participant n'avait juste pas envie d'indiquer le lieu et ne donnait pas d'explication à cela. Pouvaient entrer en jeu le manque d'envie, la fatigue, la difficulté à se concentrer, les oublis, etc. Dans ces cas-là, je ne me suis pas aventurée à interpréter la signification de ce choix, du fait que je ne disposais pas de suffisamment d'éléments.

Ces choix de « non-représentation » ont l'intérêt de suggérer certaines difficultés en matière d'appropriation et de pratiques qui ont pu ensuite être vérifiées dans les discours.

2.2 Le contenu des cartes

Au total, 149 lieux fréquentés ont été dessinés par les 13 participants[99] qui ont réalisé une carte mentale. Le nombre de lieux fréquentés dessinés sur les cartes mentales varie de 5 à 18, avec la répartition suivante :

- 5 participants ont dessiné entre 5 et 10 lieux
- 4 participants ont dessiné entre 11 et 14 lieux
- 4 participants ont dessiné entre 15 et 18 lieux (qui sont parmi ceux qui ont cité le plus de lieux)

Ces écarts entre cartes mentales ne doivent pas faire l'objet d'interprétations hâtives. Face à ces chiffres, on pourrait se dire que celui qui n'a représenté que 6 lieux sur sa carte, semble plus isolé celle qui en a dessiné 18 et dont l'espace de vie paraît plus diversifié. Par ce petit nombre de lieux, le premier participant a effectivement signifié le repli dans lequel il vit, avec un quotidien qui se partage grosso-modo entre le GEM et chez lui. Mais la deuxième participante a exprimé un sentiment d'isolement tout aussi fort lors de l'entretien. Dans sa carte, elle a choisi de multiplier les lieux associés à sa *survie* selon ses termes, comme la Croix Rouge ou l'assistante sociale. Le même constat peut être dressé pour cette autre participante, dont un extrait de la carte mentale est affiché ci-dessous. Bien qu'elle ait dessiné 16 lieux, elle a aussi écrit en gros le mot *isolement* sur sa carte :

Figure 11 : La représentation de l'isolement dans la carte mentale d'une participante dans la cinquantaine
Painter S., 2018 – Source : enquête 2016-2017

Non parce que là tu me demandes les lieux que je fréquente. Mais moi là, je marquerais bien isolement. Parce que tu vois, il y a plein de cases [lieux] mais en même temps, l'isolement fait partie de ma vie (F, 1).

L'isolement ne peut donc se mesurer au nombre de lieux dessinés. Une analyse qualitative est nécessaire pour décrypter le sens des cartes mentales, en complémentarité avec le discours associé.

Un petit nombre de lieux ne peut non plus être associé nécessairement à une faible connaissance de la ville. En effet, la consigne n'était pas de dessiner les lieux connus, mais bien les lieux importants. L'un des participants dans la soixantaine connaît très bien sa commune où il vit depuis plusieurs années. Pour autant, il n'en fréquente pas ou plus les différents lieux, ce qui explique que ceux-ci ne soient pas présents sur sa carte. Dans cette recherche, les cartes mentales sont ainsi utilisées pour caractériser les pratiques spatiales des participants, et non pour estimer leur degré de connaissance de la ville.

[99] Une participante dans la cinquantaine n'a pas pu participer à la deuxième série d'entretien à cause de problèmes de santé.

Le tableau ci-dessous précise les lieux dessinés selon leur catégorie :

Tableau 11 : Contenu des catégories de lieux dessinés sur les cartes mentales
Painter S., 2018 – Source : enquête 2016-2017

Catégorie de lieux dessinés	Nb. de lieux	… dont	Nb. de cartes mentales concernées
Commerces	38	22 Supermarchés 4 Bureaux de tabac 3 Librairies 3 Magasins d'habillement/sport 2 Boulangeries 2 Marchés 1 Magasin de musique 1 Magasin de produits d'occasion	13
Loisirs	37	16 Lieux de marche 8 Centre social 4 Cinéma 4 Médiathèque 2 Cours de danse 1 Piscine 1 Sorties avec le CMP 1 Salle de concerts	11
Santé et accompagnement social	26	8 CMP 5 Pharmacies 2 Médecins généralistes 2 SAVS 2 Organismes de tutelle 1 Sophrologue 1 Laboratoire médical 1 Pôle Emploi 1 CLIC[100] 1 Croix Rouge 1 Organisme de réinsertion professionnelle pour des personnes en situation de handicap psychique	9
Vie sociale	20	9 Domiciles d'un membre de la famille 4 Cafés 3 Voisins 2 Autres adhérent du GEM 2 Amis	8
Logement	13	-	13
GEM	13	-	13
Travail	2	2 ESAT	2

[100] CLIC : Centre Local d'Information et de Coordination

La figure ci-dessous représente l'ordre d'apparition des lieux fréquentés à mesure que les participants les ont dessinés sur leur carte mentale :

Figure 12 : Ordre d'apparition sur les cartes mentales des lieux fréquentés selon leur catégorie
Painter S., 2018 – Source : enquête 2016-2017

N°	F	F	H	H	F	H	F	F	H	H	F	H	H
1													
2													
3													
4													
5													
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													
16													
17													
18													

	Commerces		Logement		Santé et accompagnement social
	Culture et loisirs		GEM		
	Vie sociale		Travail		

<u>Note sur la lecture de la figure :</u>

Chaque case colorée représente un lieu dessiné sur la carte mentale. La colonne de gauche indique l'ordre d'apparition des lieux dessinés. Ainsi, on peut voir que la première participante (2e colonne) a commencé par dessiner son logement (n°1), puis deux lieux liés à la culture et aux loisirs (n° 2 et 3), puis trois commerces (n°4, 5 et 6) et ainsi de suite.

Le logement (en gris) a été dessiné en premier par 12 participants, ce qui n'est guère étonnant puisque la consigne suggérait de commencer par le domicile. Les commerces (en orange) et les lieux associés aux loisirs (en vert clair) figurent ensuite parmi les premiers éléments dessinés. A l'inverse, les lieux associés à la santé et à l'accompagnement social (en vert foncé) arrivent plus souvent à la fin de la réalisation des cartes, suggérant que ces lieux ne sont pas nécessairement les plus structurants dans la représentation de l'espace de vie aux yeux des participants. Concernant le GEM (en jaune), celui-ci a été dessiné en 2e position par 4 participants, mais aussi en 5e, 7e, 8e et 9e position. Les participants ont souvent oublié de

dessiner le GEM parce qu'ils réalisaient l'entretien dans les locaux de l'association, comme cette participante qui a ajouté le GEM en 8e position :

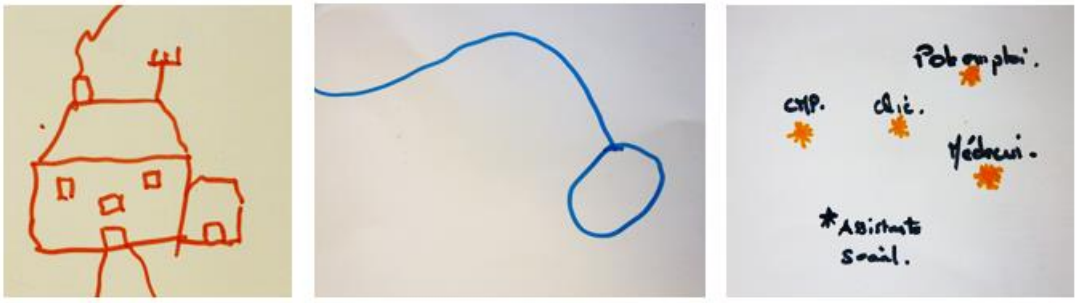
> *Oh bah oui le GEM ! C'est tellement évident. Et on est là [dans les locaux du GEM], alors c'est évident. Mais oui, je vais le mettre en rouge le GEM (F, 1).*

2.3 Types de représentation

En plus de l'étude de leur contenu, les cartes mentales peuvent aussi faire l'objet d'une analyse structurale de la représentation. Certains travaux ont montré que la structure de la représentation pouvait par exemple constituer un indice « d'appropriation territoriale » (Hallier-Nader, 2011) ou du « degré de familiarité » d'un individu avec un espace donné (Depeau et Ramadier, 2005 ; Depeau, 2003). Néanmoins, un échantillon de 13 cartes n'est pas suffisant pour opérer une analyse de ce type. Dans cette recherche, les cartes mentales ne sont jamais utilisées pour elles-mêmes, mais toujours en complémentarité avec le discours des participants. Par ailleurs, cet outil a dans ce cas précis été utilisé d'abord pour documenter les pratiques spatiales des participants, plutôt que leurs représentations spatiales.

On peut néanmoins faire quelques observations sur la façon dont les participants ont dessiné leur carte (annexe 1). Les lieux ont été représentés de trois manières différentes, comme l'illustrent les trois photographies de cartes ci-dessous. Trois participants ont plutôt dessiné des bâtiments vus de face (photographie de gauche). Trois autres ont indiqué les lieux sous forme de cercles ou de rectangles vus de dessus (photographie du milieu). Les 7 autres ont préféré l'écriture au dessin (photographie de droite).

Figure 13 : Trois manières de dessiner les lieux dans les cartes mentales
Painter S., 2018 – Source : enquête 2016-2017



Les participants n'ont pas non plus organisé leur carte de la même manière. Trois profils ont pu être identifiés :

Cinq participants ont opté pour des <u>cartes thématiques</u>, c'est-à-dire que les lieux ne sont pas distribués sur la feuille selon leur emplacement géographique réel, mais selon la catégorisation retenue par la personne. Trois d'entre eux ont distingué les lieux connotés positivement de ceux connotés négativement, soit par l'attribution de couleurs spécifiques, soit par un emplacement particulier sur la feuille. Les deux autres ont classé les lieux selon leur fonction (magasins, santé, etc.).

Cinq participants ont dessiné des cartes de type <u>cheminement</u>. En plus de respecter avec plus ou moins de précision la localisation géographique, ceux-ci ont relié les lieux entre eux par des chemins correspondant aux itinéraires empruntés pour s'y rendre. Notons que ces

5 participants se déplacent tous en voiture et que 4 d'entre eux résident en dehors de B. Deux d'entre eux ont même dessiné leur voiture.

Trois participants ont dessiné une carte où les lieux ne sont pas reliés entre eux mais respectent à peu près leur répartition géographique. Ces 3 personnes vivent à B. Elles ne possèdent pas de voiture et se déplacent majoritairement à pied ou à vélo.

Figure 14 : Trois profils de cartes mentales (de gauche à droite : thématique, cheminement, lieux non reliés)

Painter S., 2018 – Source : enquête 2016-2017

Aucun lien entre le nombre de lieux représentés et le type de représentation retenu n'a pu être établi. Il est difficile de tirer des conclusions de ces profils, du fait de la petite taille de l'échantillon, même si on peut souligner que le fait de disposer d'une voiture semble influencer la représentation vers un type cheminement.

2.4 La carte mentale, un déclencheur de commentaires

Les cartes contiennent d'autres informations, qui ne sont pas des lieux fréquentés. Le tableau ci-dessous répertorie ces éléments selon leur catégorie :

Tableau 12 : Eléments dessinés sur les cartes mentales autres que des lieux
Painter S., 2018 – Source : enquête 2016-2017

Catégorie d'éléments dessinés	Nombre d'éléments	... dont	Nb de cartes mentales concernées
Indications, texte, mots	13	11 Mots-clefs ou phrases 2 Indications temporelles	6
Routes, chemins	9	4 Routes empruntées en voiture 3 Directions sous forme de flèche 2 Itinéraires de marche ou jogging	8
Espaces verts	6	3 Jardins 2 Arbres, forêt 1 Champs de la campagne	5
Moyen de déplacement	6	3 Voitures 1 Bus 1 Train 1 Vélo	5
Cours d'eau, mer	5	3 Canaux 1 Fleuve 1 Mer	5
Autre	5	1 Soleil 1 Chat 1 Ordinateur 1 Lit 1 Appels téléphoniques vers des proches	4
Soi-même	4	2 Sous forme de bonhomme 1 Sous forme de mot 1 Sous forme de croix	4

Ces éléments sont utiles pour comprendre le rapport des participants aux lieux du quotidien car ils ont souvent été dessinés dans l'optique d'exprimer une idée ou un sentiment. Par exemple, pour plusieurs participants, le fait de dessiner des arbres est un moyen d'exprimer leur intérêt pour la nature et le bien-être que celle-ci leur procure. Les participants se sont ainsi saisis du support de la carte pour mettre en évidence des éléments importants pour eux, pour exprimer des idées fortes et des manières de penser l'organisation de leur quotidien à travers les lieux qui le composent.

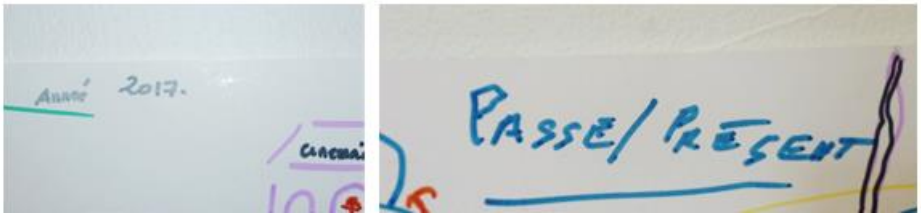
Deux participantes ont tenu à préciser que leur carte avait été réalisée à un instant T. La première explique qu'elle a connu un épisode difficile durant l'hiver dont elle commence à peine à sortir :

> *La carte, est-ce que c'est le moment présent ou est-ce que c'est depuis quelques mois ? Parce que moi j'ai complètement changé. Le fait que j'ai eu la bronchite, enfin… Donc moi ça a dégénéré. Côté mental aussi. [Ecrit*

« passé/présent » en bleu sur sa carte mentale] Financièrement, il y a eu un couac. Il a fallu que je gère les choses autrement. Ma ligne de conduite a été complètement bouleversée (F, 1).

C'est dans une logique similaire que la deuxième participante a indiqué l'année 2017 sur sa carte, pour montrer que ses pratiques et l'organisation de son espace de vie évoluaient dans le temps.

Figure 15 : Indications temporelles présentes dans les cartes mentales
Painter S., 2018 – Source : enquête 2016-2017



Enfin, grâce à leur carte mentale, les participants avaient en face d'eux une représentation visuelle de leurs géographies quotidiennes. Une fois leur carte terminée, ils ont ainsi été nombreux à émettre des commentaires généraux, comme s'ils s'engageaient dans une analyse à chaud de ce qu'ils venaient de dessiner. Ces réactions ont été intéressantes. Cette participante conclut par exemple son entrevue ainsi :

C'est vrai que ma carte ne parle pas comme quoi je suis sortie de la vie active suite à un handicap. J'aurais dû le marquer. Mais tout ça tu l'as oralement. Pour expliquer comment ça se fait que je suis dans ce système-là, avec le cinéma, le centre social, etc. et que la carte ne parle pas de la vie active quoi. Donc ça tu pourras développer. Si j'étais en activité, il n'y aurait plus tout ça [Pointe le centre social, le cinéma et le GEM avec son doigt] (F, 1).

Cet autre participant souligne que sa carte montre bien l'isolement qu'il vit dans sa commune de résidence :

J'étais carrément perdu au départ [de l'exercice] ! Je savais pas quoi mettre ! Mais là on voit bien le vide de [X, sa commune]. [X], c'est carrément, ouais. Le peu que je puisse connaître à B, ça m'interpelle plus que ce que je connais à [X]. C'est incroyable ça ! (H, 2).

Les cartes mentales ne se suffisent pas à elles-mêmes. Dans cette recherche, elles sont davantage utilisées en complément des entretiens et comme un déclencheur de commentaires. Ainsi, je me réfèrerai aux cartes mentales surtout lorsqu'elles souligneront un fait saillant concernant les modalités d'appropriation des espaces.

III Quelles spécificités des espaces de vie des participants ?

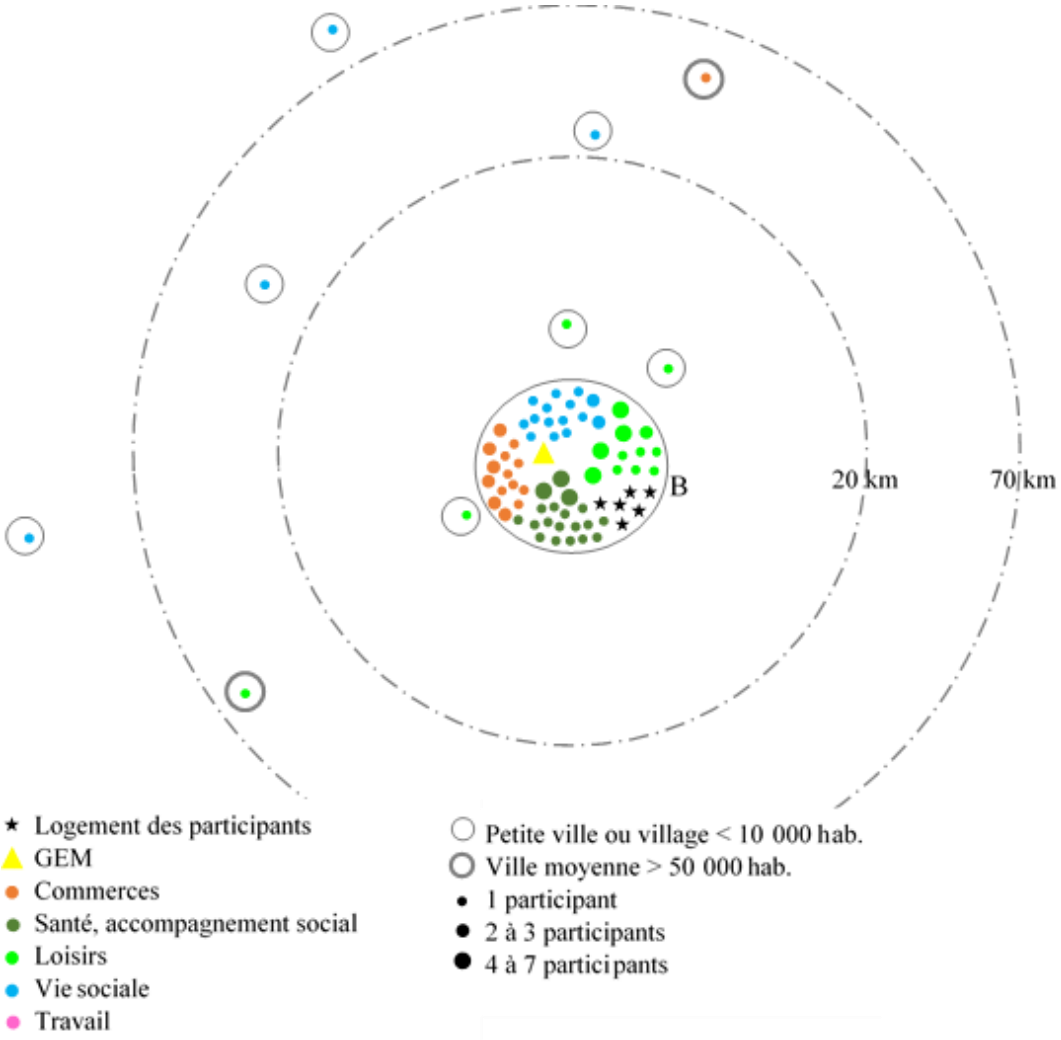
Cette section vise à interroger la configuration des espaces de vie des participants, afin de dégager leurs caractéristiques communes. Celles-ci sont présentées à travers l'examen des différentes catégories de lieux du quotidien, dégagées dans la section précédente. L'analyse des entretiens et des cartes mentales montre que les géographies quotidiennes des participants sont assez restreintes, concentrées autour d'un nombre limité de lieux et marquées par une multitude de contraintes qui les empêchent de pratiquer la ville comme ils le voudraient.

1 Des espaces de vie aux échelles différentes selon la situation résidentielle

Au total, 158 lieux fréquentés ont été identifiés dans les entretiens. Ils sont répartis sur 25 communes et près de la moitié se concentre à B-même. Les échelles des espaces de vie diffèrent selon que la personne habite à B ou dans un village proche.

Pour les 6 participants vivant à B, la majorité des lieux qu'ils fréquentent se situe à l'intérieur de la commune, comme le montre la figure ci-dessous. Il est rare qu'ils en sortent, sauf en cas de visite dans la famille ou de rendez-vous médical. La plupart se déplace à pied car le système de transport en commun de B est très limité[101]. Seuls deux d'entre eux ont une voiture, qu'ils utilisent le moins possible pour réduire les frais.

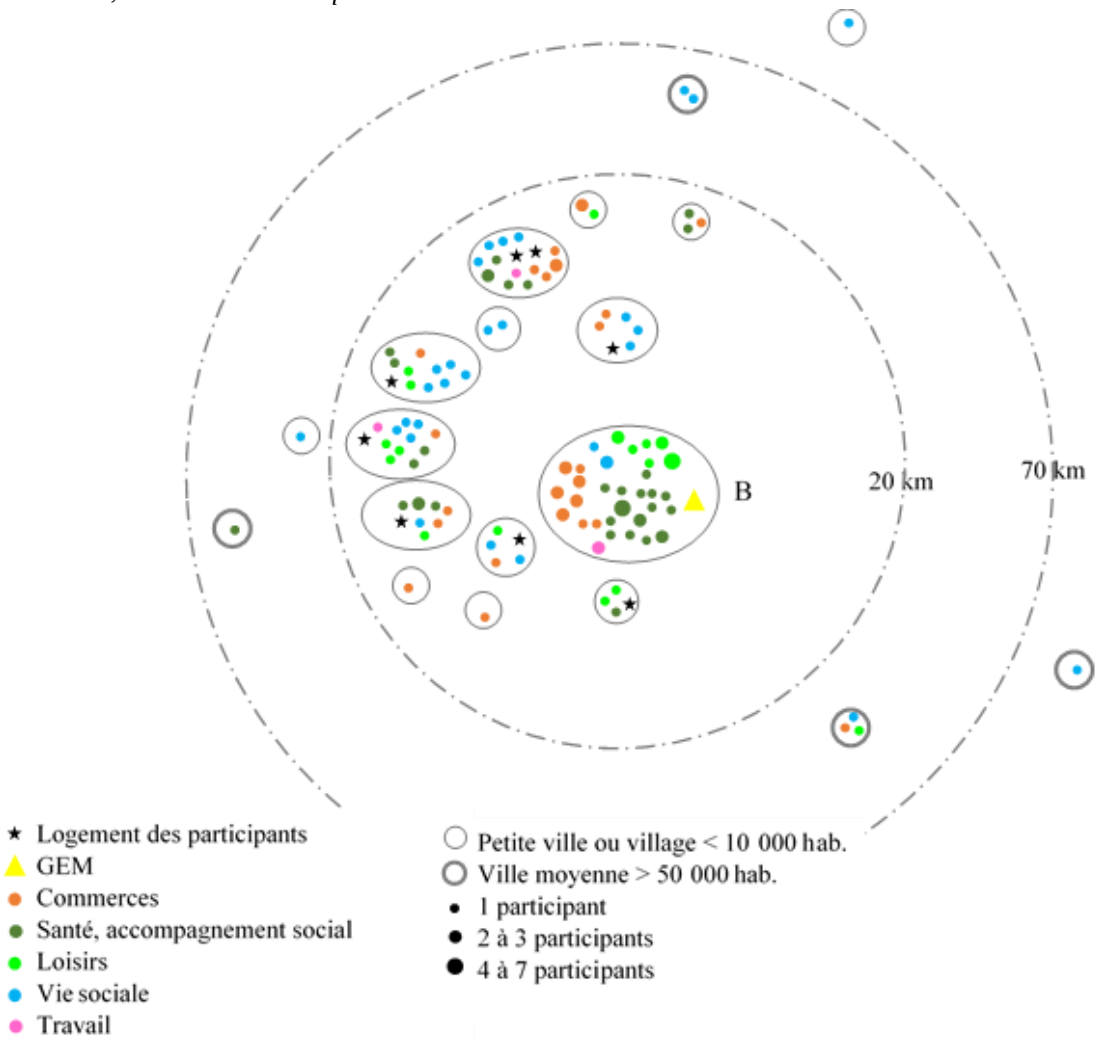
Figure 16 : Répartition schématique des lieux fréquentés par les 6 participants vivant à B
Painter S., 2018 – Source : enquête 2016-2017



[101] Il n'y a pas de système de bus, à part une navette occasionnelle qui fait le tour de la ville. Seul un participant prenait de temps en temps cette navette pour se rendre à un magasin, tout en se plaignant de la longueur du trajet.

La localisation des lieux fréquentés par les 8 participants vivant dans les communes rurales autour de B est plus éclatée, comme on peut le voir sur la figure ci-dessous. Ils doivent en effet souvent sortir de leur commune pour faire les courses, obtenir des soins, rendre visite à leur famille, etc. Mais le périmètre de leur espace de vie reste limité à un petit nombre de communes, principalement la commune de résidence, un village proche et B, où ils se rendent régulièrement pour le GEM, les courses et les rendez-vous médicaux.

Figure 17 : Répartition schématique des lieux fréquentés par les 8 participants vivant dans les villages autour de B
Painter S., 2018 – Source : enquête 2016-2017



Malgré des situations résidentielles différentes, l'analyse des entretiens et des cartes mentales met en évidence plusieurs caractéristiques communes concernant les géographies quotidiennes des participants. L'étude de ces caractéristiques met en lumière de multiples contraintes aux pratiques et à l'appropriation de la ville. Cela se traduit par des géographies quotidiennes restreintes, largement centrées sur le logement et le GEM.

2 Des géographies quotidiennes assez restreintes, centrées sur le GEM et le logement

2.1 Le logement et le GEM, deux points d'ancrage essentiels

Deux points d'ancrage essentiels se dégagent des entretiens et des cartes mentales : le logement et le GEM. Le quotidien des participants se partage entre ces deux lieux, sauf pour les deux participants qui travaillent en ESAT, où ils passent une grande partie de la semaine et ne peuvent venir au GEM que le vendredi et/ou le samedi.

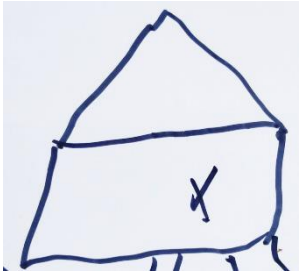
Dans ma tête, c'est assez facile, c'est chez moi ou au GEM (F, 2).

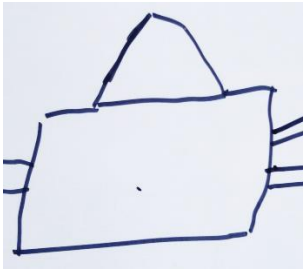
Je passe tout mon temps chez moi, à part quand je suis au GEM (H, 2).

Plusieurs ont exprimé l'idée d'un équilibre entre le GEM et le logement sur leur carte mentale, par leurs choix de représentation :

Figure 18 : La représentation d'un équilibre entre le GEM et le logement dans les cartes mentales
Painter S., 2018 – Source : enquête 2016-2017

Je vais le mettre en rouge le GEM. Il fait partie de moi, tout le temps. Il est au milieu. [Dessine un rond rouge au milieu] Peut-être que je peux mettre… GEM important. Il est important pour moi. [Ecrit « important » en rouge sous le mot GEM dans la bulle rouge]. Ce mouvement associatif est important pour moi, pour me dynamiser, pour exister (F, 1).





J'ai représenté ma maison en 1er parce que c'est ma résidence principale, c'est là où je passe le plus de temps. En dehors du GEM bien sûr. Le GEM serait le 2e lieu important. Je vais le représenter un peu pareil le GEM. [Logement à gauche, GEM à droite] (F, 2).

Le trajet entre le GEM et le logement fait partie des déplacements les plus fréquents. La plupart des participants viennent au moins une fois par semaine. Pour les participants vivant à la campagne, le GEM est souvent cité comme la principale raison pour laquelle ils se rendent à B. Une participante raconte que cela s'est même transformé en une blague entre elle et sa fille qui habite à B :

> *Ma fille, des fois elle me dit, mais un de ces jours, il va falloir que tu prennes une chambre à B. Quand elle me voit, elle me dit ah bah te voilà encore ! Te voilà encore ! (F, 1).*

Précisons que ces deux lieux, le logement et le GEM, sont incontournables dans le quotidien des participants non pas parce qu'ils l'ont pleinement choisi, mais aussi parce que la plupart n'ont que très peu d'occasions de sortir. S'ils apprécient venir au GEM, beaucoup de participants aspirent à davantage de sorties et de contacts sociaux en dehors de ce cadre. Par ailleurs, les participants ont aussi décrit des expériences négatives et angoissantes lorsqu'ils sont chez eux. Leur rapport au logement est ainsi ambigu. Ce sujet est approfondi dans le chapitre 7, qui porte sur l'appropriation du chez soi.

Lorsque les participants sortent de chez eux, quand ce n'est pas pour aller au GEM, c'est souvent pour un rendez-vous médical ou faire les courses.

2.2 De nombreux rendez-vous médicaux et d'accompagnement social

Les lieux de santé et d'accompagnement social ont une place importante dans les espaces de vie, ils représentent plus d'un quart des lieux cités par les participants.

Les soins en santé mentale

Les participants ont des consultations régulières avec divers professionnels de la santé mentale, qui ont souvent lieu au CMP de B. Tous n'y bénéficient pas du même suivi. Neuf participants ont des rendez-vous mensuels ou bimestriels avec un psychiatre. Ces consultations sont souvent décrites comme brèves et destinées avant tout au renouvellement de l'ordonnance des médicaments :

> *C'est mon psychiatre qui me donne l'ordonnance. Mais bon, c'est vite fait hein. Parce que quand tu vas bien c'est vite fait. Il te demande si tu vas bien, bon bah tu dis oui et allez hop, directement l'ordonnance et puis tu ressors 5, 10 minutes après. Mais bon c'est vrai que quand tu vas bien t'as rien à dire t'façon. Qu'est-ce que tu veux dire ? (F, 1).*
>
> *Le psychiatre, ça peut être tous les deux mois. Tant que je n'ai pas besoin de changements dans mon traitement, je le vois moins fréquemment. […] J'y vais [au CMP] en fait plus pour parler avec la psychologue. Et le psychiatre c'est plus pour le traitement (F, 2).*

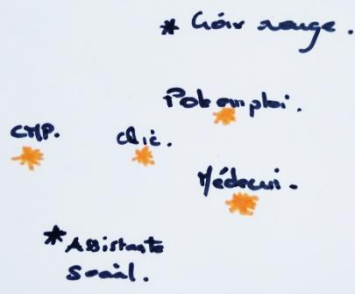
Six participants ont des rendez-vous réguliers (hebdomadaires ou bimensuels) avec un infirmier du CMP, qui parfois se déplace au domicile. Pour trois d'entre eux, il s'agit d'un infirmier en addictologie. Trois participants participent à des activités thérapeutiques comme des marches ou des sorties organisées par le CMP et encadrées par des infirmiers.

La plupart des participants reconnaissent que ces soins en santé mentale leur sont nécessaires pour maintenir un bon état de santé. Pour autant, le CMP n'est pas un lieu positivement connoté, il relève plutôt de l'ordre de l'obligation :

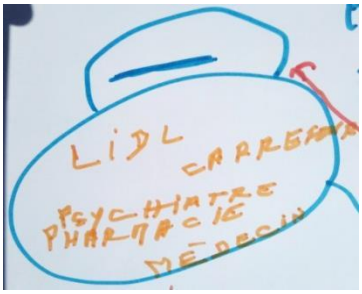
> *Le CMP, bah ouais, malheureusement pour moi, c'est un lieu important. Je suis quand même schizophrène* (H, 1).

Certains l'ont groupé avec d'autres lieux connotés négativement sur leur carte mentale :

Figure 19 : Les lieux de soins en psychiatrie représentés négativement dans les cartes mentales
Painter S., 2018 – Source : enquête 2016-2017



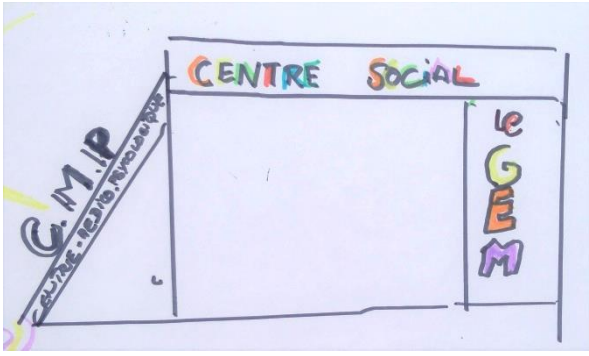
Je vais mettre [ces lieux] en noir parce que je les vois différemment. C'est plus de la survie, plus que de la… Des aides vers lesquelles on a du mal à aller quoi (F, 1).



Pourquoi j'ai mis tous ces lieux [dont le psychiatre] dans la même bulle ? C'est parce que pour moi, ils ont un côté négatif (F, 1).

D'autres participants n'ont pas voulu dessiner le CMP, bien qu'il s'agisse d'un lieu où ils se rendent régulièrement. D'autres encore ont décidé de le représenter en noir.

Figure 20 : La représentation du CMP en noir dans la carte mentale d'un participant dans la cinquantaine
Painter S., 2018 – Source : enquête 2016-2017



Le CMP, c'est tout un poème. Oh mais j'ai envie de rigoler avec le CMP, j'ai pas envie de le faire en carré. Pourtant c'est hyper carré le CMP (H, 1).

En évoquant ce lieu, plusieurs participants ont exprimé des craintes vis-à-vis des stéréotypes négatifs souvent projetés sur la psychiatrie :

> *C'est vrai que les gens trouvent que le mot psychiatre, t'as un problème, t'es atteint... T'es, t'es... Ça fait un peu maniaque, je sais pas. Moi dans ma tête, c'est vrai que le mot psychiatre euh... On n'aime pas le dire qu'on va au... Bah là, on dit pas qu'on va au psychiatre. On dit CMP. Donc CMP, ça va quoi. Mais c'est vrai qu'au monde extérieur, quand on dit qu'on voit un psychiatre, tout de suite, ça fait... (F, 1).*

Une participante préfère consulter un psychiatre en libéral, car le CMP est, selon elle, trop associé à l'idée de maladie :

Quand j'ai commencé avec lui [le psychiatre en libéral], bah euh, oui bah pour moi, je me sentais pas malade. Donc je dis, s'il faut aller voir quelqu'un, je vais autant aller voir quelqu'un de civil enfin... Et voilà quoi. Parce que j'ai dit, si je commence à rentrer dans le moule CMP, bah non... J'ai rien à faire là. Enfin, je me voyais pas... C'était du déni peut-être aussi chez moi, enfin... (F, 1).

Au cours de l'enquête, le psychiatre libéral de cette même participante est parti en retraite. Elle a alors préféré recevoir l'ordonnance de son traitement par le biais de son médecin plutôt qu'au CMP. Elle explique :

Quand je vais au CMP, c'est là où il y a le psychiatre, bah je rencontre évidemment dans la salle d'attente plein de gens qui sont complètement déphasés, déboussolés. Enfin... J'ai pas l'impression de grandir quand je... Je reste dans cet état de maladie si tu veux. Par contre je veux m'en sortir et me prendre en main. J'arrête pas le traitement ! Mais le médecin généraliste peut me donner la même chose. Et puis c'est plus anonyme. Tu relativises davantage. Alors que psychiatre, c'est plus spécifique. Tu te sens plus dérangée (F, 1).

La pharmacie est aussi un lieu important pour les participants car ils doivent s'y rendre régulièrement pour obtenir leur traitement. Certains y vont tous les mois, d'autres tous les 3 ou 4 mois. Aucun participant n'a exprimé de gêne particulière liée au fait de se rendre à la pharmacie, comme ce peut être le cas pour le CMP par exemple. Il s'agit généralement de la même pharmacie à chaque fois, car les traitements sont assez spécifiques, comme l'explique ce participant :

Je m'en fiche de ce qu'on pense de moi [à la pharmacie]. Ma pathologie si je puis m'exprimer ainsi. Et je m'en fiche. Je vais au plus pratique. Parce que souvent dans les autres pharmacies, ils ont pas tous les... Enfin si, quand t'es habitué, ils ont le médicament que tu es censé prendre mais... Mais je suis habitué d'aller à [X], c'est plus près et je m'embête pas à aller ailleurs (H, 2).

Bien qu'ils soient importants, les lieux associés à la psychiatrie et aux soins en santé mentale ne sont pas omniprésents dans les espaces de vie des participants. Avec la présence du GEM, leurs géographies quotidiennes ne sont pas exclusivement tournées vers la psychiatrie. Il est d'ailleurs intéressant de noter que depuis qu'ils fréquentent le GEM, certains participants sont amenés à venir au CMP non plus uniquement comme patient, mais aussi parfois en tant qu'adhérent du GEM, comme l'explique ce participant, qui vient porter régulièrement le programme d'activités de l'association :

J'y passe souvent [au CMP]. D'ailleurs, moi ce que j'aime bien faire, c'est aller y déposer les programmes. Ça me coûte rien, je passe devant là, c'est juste pour ça, bonjour au revoir, je dépose le programme et puis voilà (H, 1).

Plusieurs participants ont également affirmé connaître moins d'hospitalisations en psychiatrie depuis qu'ils fréquentent le GEM :

Avant j'y allais plus souvent à l'hôpital psy ici, mais depuis que je fréquente le GEM et que je m'y suis investi, c'est plus le cas (H, 2).

[Au début] j'allais un petit peu au GEM, j'allais un peu à l'hôpital de jour et puis après j'ai arrêté l'hôpital de jour et j'ai toujours été au GEM (H, 1).

Certains ont expliqué avoir trouvé un équilibre entre le GEM et les soins, même si l'association n'est pas une structure médicale :

Le psychiatre, c'est tous les mois, le psychologue, c'est tous les quinze jours à peu près. Et je viens au GEM, justement tu peux me voir tous les jours, parce que justement ça me semble nécessaire pour moi, pour mon équilibre (F, 2).

Les soins de santé

En plus des soins en santé mentale, les participants ont aussi de nombreux besoins en matière de santé physique. Lors des entretiens, plusieurs ont dit avoir davantage de rendez-vous médicaux qu'avant (médecin, kinésithérapeute, dentiste, etc.), surtout depuis qu'ils sont entrés dans la cinquantaine,

Le médecin généraliste a été cité par dix participants. Il s'agit souvent pour les participants d'obtenir un renouvellement d'ordonnance pour divers traitements :

Le généraliste tous les 4 mois. Pour renouveler les médicaments. Je prends des médicaments pour le diabète. Le cholestérol, ça va encore. Pour la tension nerveuse. Pour la tension oui, l'hypertension voilà. Faut que je suive ça de près. Et j'ai tout, j'ai eu tout ça après 55 ans. Que des emmerdes. Pourquoi, je sais pas d'où c'est venu (H, 2).

Il peut aussi s'agir d'un renouvellement de séances chez le kinésithérapeute :

[Le généraliste] il en faut un et puis je suis bien contente de l'avoir quand même. Ça me permet, entre autres aussi, il me renouvelle mes droits de kiné une fois par semaine (F, 1).

Plusieurs participants ont également décrit leur médecin généraliste comme un interlocuteur privilégié, avec qui ils peuvent discuter de leurs difficultés et recevoir une écoute :

Le médecin, c'est bien mais c'est dommage, ça commence à m'angoisser parce que lui ça fait 4 ou 5 ans que je l'ai et il est vraiment bien, il est à l'écoute, par rapport au CMP où c'est ¼ d'heure. Il est bien le psychiatre mais c'est ¼ d'heure. [Mon médecin] il est gentil. Mais il arrête là, il va être en retraite là. On sait pas qui on va avoir en remplaçant. Et ça c'est le lien aussi pour les personnes âgées tout ça qui sont dans le rural. Le médecin, c'est drôlement important (F, 1).

J'ai été au CMP mais [le psychiatre] m'a reçu 5 minutes l'autre jour. Je suis pas contente hein ! Cinq minutes, il m'a reçue ! Je lui ai dit, vous me demandez pas comment va mon moral ? Non. Le lendemain, j'ai vu le docteur, il m'a mise en arrêt (F, 1).

D'autres professionnels de santé ont été cités, du fait que les participants ont souvent des problèmes de santé physique : le kinésithérapeute (4 participants), la sophrologue (1 participante), le dentiste (1 participant), la diététicienne (1 participante). Plusieurs participants doivent aussi se rendre parfois dans des services hospitaliers spécialisés, mais ceux-ci sont rarement situés à B. Les participants doivent alors aller dans des villes plus importantes situées à plus de 50 km. Ce déplacement peut poser problème, notamment en termes de coût financier et d'horaires. Pour les participants n'ayant pas de voiture, ceux-ci doivent alors prendre le train, puis les transports en commun pour se rendre au lieu de rendez-vous. Pour les participants sous curatelle, cette démarche est d'autant plus compliquée qu'ils ne disposent pas de la somme suffisante ni de carte bancaire et doivent encore davantage anticiper ce type de déplacement :

Là tu vois, j'ai un appareil dentaire à refaire. Je dois aller à [X, à 70 km de B]. Ça pose problème, parce que je vais être obligé de demander, de prendre mon ticket à la gare, mais il faut que je passe par la curatrice pour payer mon billet de train et patati et patata. C'est pas si évident que ça (H, 2).

Le fait de ne pas connaître le lieu peut aussi être une source de stress. Un participant, qui avait un rendez-vous médical à 70 km de B la semaine suivante, a préféré faire le déplacement une première fois quelques jours avant, pour visualiser l'endroit et être sûr de ne pas se perdre. Bien que ce déplacement ait représenté un coût financier, cette démarche lui a permis de réduire son anxiété.

L'accompagnement social

Sept participants ont évoqué un service d'accompagnement social où ils se rendent régulièrement. Ces services sont assez divers :

- SAVS[102] : 2 participants
- Curatrice : 3 participants
- Service d'insertion socio-professionnelle de personnes présentant des troubles d'ordre psychique : 1 participante
- CLIC[103] : 1 participante
- Monitrice d'ESAT : 1 participante
- Intervenante sociale (cadre d'intervention non précisé par le participant) : 1 participant
- Hôte de maison relais : 1 participant

La plupart des participants ont mis en avant l'importance de ces services dans leur vie, notamment pour régler certains problèmes du quotidien :

J'ai [A] qui peut m'aider si j'ai des problèmes. Ma référente au SAVS. Mais je me suis battue pour le SAVS, j'avais pas le droit au début. Et heureusement que je l'ai eu parce que là j'ai eu un accident, elle m'a rempli le constat. J'ai acheté une voiture pourrie, elle m'a aidée, heureusement, heureusement que je me suis battue pour l'avoir le SAVS (F, 1).

Si du jour au lendemain, tu me supprimes le SAVS, ça pose un problème ouais (H, 1).

Beaucoup ont en particulier souligné la qualité de la relation d'écoute dont ils bénéficiaient de la part de leur intervenant social. Néanmoins, ce n'est pas le cas de tous les participants et quelques-uns sont parfois en conflit avec certains professionnels.

---

[102] « Les SAVS (Service d'Accompagnement à la Vie Sociale) ont pour vocation de contribuer à la réalisation du projet de vie de personnes adultes handicapées par un accompagnement adapté favorisant le maintien ou la restauration de leurs liens familiaux, sociaux, scolaires, universitaires ou professionnels et facilitant leur accès à l'ensemble des services offerts par la collectivité » (Code de l'action sociale et des familles - Article D312-162).

[103] « Conçu comme un dispositif de proximité, le CLIC (Centre Local d'Information et de Coordination), en première intention, est dédié aux usagers. Il assure un accueil personnalisé et gratuit quelle que soit l'origine de la demande, qu'elle émane de la personne âgée, de sa famille, des services sociaux, du médecin traitant, d'une structure médico-sociale ou hospitalière. C'est tout à la fois un centre de ressources et d'information qui dispose d'une base de données actualisée sur l'offre de services sur le territoire qu'il couvre, un lieu d'écoute et de dialogue, une structure de communication et d'aide à la décision » (Circulaire DGAS/AVIE/2 C n° 2001-224 du 18 mai 2001).

2.3 Les commerces, sorties incontournables du quotidien

Les commerces figurent également parmi les lieux incontournables du quotidien. Ils ont souvent été les premiers lieux dessinés par les participants, après le logement. Il s'agit principalement de supermarchés. Seuls 5 participants ont mentionné des commerces ne relevant pas de l'alimentation, dont deux librairies, un fleuriste, un magasin de sport et un magasin de musique situés à B. Deux participants ont également cité une librairie et un centre commercial situés dans une ville moyenne à environ 70 km de distance. Huit participants ont mentionné le bureau de tabac comme lieu important au quotidien.

Seize supermarchés différents ont été cités, répartis dans 7 communes. La moitié de ces supermarchés sont situés à B. Seuls trois participants ne font jamais leurs courses à B, car ils ont des commerces suffisamment grands près de chez eux, dans les petites communes où ils vivent. Parmi les 8 participants vivant hors de B, 5 viennent y faire des courses, souvent parce qu'ils profitent du fait qu'ils sont présents au GEM :

> *Je vais après le GEM souvent. Après que je suis passée ici, je vais faire mes petites courses (F, 1).*

Les ressources mensuelles des participants oscillant entre 800 et 1100 euros par mois, ceux-ci doivent jongler entre plusieurs supermarchés, entre le discount alimentaire et les commerces un peu plus chers :

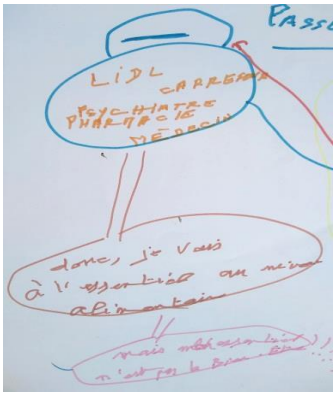
> *Là je me nourris à Lidl[104]. Je limite mon budget parce que… Disons que je n'ai que la pension AAH. Et des fois j'ai envie de faire des choses comme si j'étais riche. Je faisais pratiquement tout [à la biocoop[105]], mais le budget descendait. Donc on prend juste le nécessaire [au Lidl]. Et c'est pas forcément une qualité extraordinaire (F, 1).*

> *Je suis allée à Lidl parce que je me suis dit, Leclerc[106], si tu te donnes un budget, tu le dépasses. C'est tentant. Et moi j'habite plus près du Leclerc (F, 1).*

Les magasins sont souvent associés à de la frustration et des expériences négatives, ce que cette participante a évoqué dans sa carte :

Figure 21 : La représentation de la frustration liée aux commerces alimentaires dans la carte d'une participante dans la cinquantaine

Painter S., 2018 – Source : enquête 2016-2017



Trois bulles reliées de haut en bas, la première indiquant le magasin de hard discount Lidl (et d'autres lieux négativement connotés) coiffée d'un signe « moins » ; les deux autres bulles indiquant les messages suivants :

Donc je vais à l'essentiel au niveau alimentaire
Mais mon essentiel n'est pas le bien-être !!!
(F, 1)

[104] Un magasin de hard discount alimentaire.
[105] Un magasin d'alimentation biologique.
[106] Un supermarché.

Quelques participants font leurs courses dans de petits supermarchés, bien que les prix y soient plus élevés. Pour certains, c'est parce que leurs difficultés à se déplacer ne sont pas compatibles avec les surfaces plus grandes des hypermarchés :

> *Si j'allais au Leclerc, je prendrais ma canne. Je serais obligé. Passer 10 minutes à piétiner, je serais mieux avec ma canne parce que je fatigue (H, 2).*

Pour d'autres, les grandes surfaces sont trop loin de leur domicile et ils n'ont pas de moyens de transport :

> *Ça m'est déjà arrivé [d'aller au Leclerc]. Mais alors il faut que je sois avec quelqu'un en voiture (H, 1).*

D'autres encore s'étaient posé la question de la distance au moment d'emménager dans leur logement :

> *Pourquoi j'avais choisi ça d'abord comme appartement ici. Parce que j'avais pas de voiture et qu'il y avait un grand centre Leclerc à côté. Donc je m'étais dit en vieillissant peut-être, j'aurai mes courses qui ne sont pas loin et ce sera bien (H, 2).*

Comme la plupart des participants qui se déplacent à pied, celle-ci fait des courses tous les jours, car elle ne peut pas transporter beaucoup :

> *C'est tous les jours parce que dans le panier, je peux pas mettre énormément de choses. Donc une fois que j'ai mes 5 produits, c'est bon, on verra demain, il fera jour (F, 1).*

Ces participants sont ainsi contraints dans le choix des produits qu'ils achètent :

> *J'aime bien marcher, mais pour les courses, c'est compliqué. Ce qui pèse le plus lourd, c'est la litière pour ma chatte. Et j'aime bien le lait, mais je préfère l'acheter en poudre plutôt qu'en brique. Pourtant c'est pas pareil. Je sais que c'est moins bon mais c'est plus léger (F, 1).*

L'analyse des discours montre que les commerces ne sont pas que de simples lieux d'approvisionnement en nourriture pour les participants. Ils sont aussi le théâtre d'interactions sociales, parfois inclusives, mais qui peuvent aussi renforcer les situations d'exclusion. Ce sujet est approfondi dans le chapitre 5, qui s'intéresse aux interactions sociales dans la ville.

3 Un manque d'accès aux lieux liés à la vie sociale, aux loisirs et au travail

Les paragraphes précédents se sont concentrés sur les lieux fortement présents dans les espaces de vie, à savoir le logement, le GEM, les lieux de soins et d'accompagnement social et les commerces. Mais lors des entretiens, les participants ont aussi évoqué les lieux qu'ils considéraient comme insuffisamment présents dans leur quotidien ou bien qu'ils avaient du mal à investir. Ils sont nombreux à avoir décrit leur espace de vie comme *pauvre*, *inintéressant* et *vide*, du fait d'un accès limité aux lieux liés à la vie sociale, aux loisirs et au travail.

3.1 Les lieux associés au travail

Les lieux associés au travail sont en nombre très faible (moins de 2% des lieux cités). Seuls quatre participants étaient en activité au moment de l'enquête (deux en ESAT et deux effectuant des ménages occasionnels). L'absence de lieux associés au travail ne signifie pas

que ce sujet n'a pas été abordé lors des entrevues. Au contraire, les participants ont souvent insisté sur la souffrance et le sentiment d'exclusion occasionnés par le fait de ne pas pouvoir travailler et de ne pas être considérés comme « actifs » dans la société.

Trois participantes ont évoqué Pôle Emploi[107], mais surtout pour souligner le manque de réponses qu'elles y trouvaient :

> *C'est rare que je vais à Pôle emploi, je compte même pas sur eux. Pffff. Ah je compte pas sur eux parce que pour me trouver du boulot, c'est même pas la peine ! C'est même pas la peine (F, 1).*
>
> *Ah il y a Pôle Emploi aussi ! [Rires.] Mais j'ai pas envie de le mettre [sur la carte mentale] ! Pfff… Ils m'apportent si peu de choses. Quand j'ai une convocation, j'y vais, mais maintenant les offres sont sur internet. Je ne postule pas souvent. Parce que ça ne me correspond pas ! Par exemple du babysitting à [X] ! Mais ils peuvent pas sélectionner plus si tu veux. Ils sont obligés de mettre plein de professions en même temps. Je reçois des offres de menuisier, mécanicien ! [Rires] (F, 1).*

Une seule participante bénéficie d'un accompagnement à l'emploi à destination de personnes en situation de handicap psychique, sur lequel elle tient un discours plutôt positif, du fait de l'écoute qu'elle y reçoit, contrairement à Pôle Emploi :

> *Ils s'occupent des personnes qui sont handicapées psychiques, pour les aider, prendre leur temps. Mais moi je suis comme eux de toute façon, j'ai l'AAH, je peux demander ce lien, parce qu'il va être plus posé, plus, il va pas être, bon bah vous avez deux, trois offres là, vous allez leur écrire, prenez le numéro... C'est pas ça ! Il va t'écouter, ce que tu peux faire, par rapport à ton handicap, et ça va mettre plus de temps, son but, c'est pas de te trouver vite un truc, comme Pôle Emploi. Que Pôle Emploi, on sent qu'elle a pas le temps pareil quoi. On est... Voilà, j'ai vu hier la conseillère, c'était... Elle va te sortir des offres qui répondent pas forcément à tes... Puis voilà, elle va dire vous postulez, et après on se revoit plus (F, 1).*

3.2 Les lieux associés aux loisirs et à la vie sociale

En moyenne, les participants ont cité 4 lieux liés aux loisirs, avec des écarts parfois importants, ce qui laisse penser qu'ils n'ont pas tous les mêmes pratiques :

- 3 participants ont mentionné 1 à 3 lieux de loisirs (les 3 habitent à la campagne)
- 9 participants ont mentionné 4 à 5 lieux de loisirs (dont 5 habitent à la campagne, 4 à B)
- 2 participants ont mentionné 6 à 8 lieux de loisirs (les 2 habitent à B)

Les participants vivant à B semblent fréquenter légèrement plus de lieux de loisirs que ceux qui habitent à la campagne. Néanmoins l'échantillon des participants est trop limité pour conclure à un lien entre le lieu d'habitation et le nombre de lieux de loisirs fréquentés, d'autant que ce lien est assez peu marqué.

La plupart de ces lieux liés aux loisirs sont situés à B, qui concentre plusieurs équipements socioculturels comme un centre social (cité par 13 participants), un cinéma (cité par 8 participants), une médiathèque (citée par 8 participants), certains lieux de marche (cités par 8 participants).

[107] Organisme public chargé de l'emploi en France.

Concernant la catégorie « vie sociale », les participants ont cité en moyenne 4 lieux :

- 9 participants qui ont mentionné 0 à 3 lieux
- 5 participants qui ont mentionné 5 à 8 lieux

Les différents lieux ayant été retenus sous cette catégorie de « vie sociale » ne concernent pas ceux qui sont aussi associés aux loisirs, qui relèvent d'une catégorie à part entière. Il est néanmoins évident que certains lieux associés à des loisirs peuvent aussi être des lieux de vie sociale et vice versa. Mais pour les besoins de l'analyse, n'ont été retenus dans cette catégorie que les lieux tels que les domiciles des proches, des amis, ou bien les endroits où les participants se rendent pour discuter - et non pour faire des activités de loisirs. Sauf exception, la plupart des participants ont un réseau social plutôt réduit et ne fréquentent que peu de personnes.

Ces données montrent que les espaces de vie ne sont pas complètement exempts de lieux liés à la vie sociale ou aux loisirs. Néanmoins, cela ne nous renseigne pas sur la nature des pratiques et le rapport des participants à ces lieux. L'analyse des discours révèle une grande insatisfaction des participants à l'égard de ces lieux et un fort sentiment d'isolement et d'ennui, malgré la présence du GEM. Ces questions sont abordées plus en détail dans les chapitres 5 et 6, respectivement consacrés à la vie sociale et aux loisirs.

Conclusion du chapitre 4

Ce chapitre 4 visait à dégager d'éventuelles spécificités des espaces de vie des participants. Certains vivent en milieu rural et d'autres dans la petite ville de B. Leurs moyens de transport sont différents, certains ont une voiture, d'autres sont à pied. Malgré cela, l'analyse de leurs lieux du quotidien a permis de cerner plusieurs caractéristiques communes au regard des pratiques, récapitulées dans le schéma ci-dessous :

Figure 22 : Synthèse des spécificités des espaces de vie des participants
Painter S., 2018 – Source : enquête 2016-2017

LIEUX PRESENTS DANS LES ESPACES DE VIE
Lieux de soins et d'accompagnement - Multiples car les participants ont de nombreux besoins en termes de santé physique et mentale et d'accompagnement social - Des lieux qui relèvent de l'obligation mais qui sont considérés comme importants et qui aident à maintenir un équilibre au quotidien - Des géographies quotidiennes qui ne sont pas exclusivement tournées vers ces lieux, notamment du fait de la présence du GEM
Commerces - Principalement alimentaires, sorties régulières - Les participants doivent jongler entre plusieurs supermarchés selon leur budget - Des difficultés liées aux déplacements (rentrer à pied avec ses courses, fatiguant de piétiner dans les grandes surfaces, beaucoup de monde, etc.)
LOGEMENT + GEM Décrits comme des points d'ancrage autour desquels s'organisent les espaces de vie, mais sont aussi incontournables car les participants ont peu d'occasions de sortir
LIEUX PAS ASSEZ PRESENTS AUX YEUX DES PARTICIPANTS
Lieux liés au travail - Absents de la plupart des espaces de vie
Lieux liés à la vie sociale et aux loisirs (en dehors du GEM) - Pas complètement absents des espaces de vie, mais une insatisfaction des participants à leur égard, un sentiment d'isolement et d'ennui, l'impression de ne pas être en mesure de pouvoir pleinement pratiquer et investir ces lieux

Cette première étape de l'analyse a permis de mettre en lumière plusieurs éléments relatifs aux modalités d'appropriation spatiale des participants et à leur place dans la ville. Il faut souligner la multitude de contraintes à l'appropriation dont ils ont fait état lors des entrevues et qui les empêchent de pratiquer la ville comme ils le voudraient. On peut également relever l'insatisfaction que les participants ont manifestée lors des entrevues à l'égard de leurs géographies quotidiennes, malgré la présence de points d'ancrage tel que le GEM. Tous ont exprimé le sentiment d'être isolés dans la ville, d'être limités dans leurs

pratiques et de manquer de prises sur leur espace de vie. Cette insatisfaction a été particulièrement exprimée vis-à-vis de trois types de pratiques, qui pourtant s'avèrent importantes pour pleinement habiter la ville et avoir le sentiment d'en faire partie, en tant qu'habitant à part entière :

- L'impression d'être en marge de la vie sociale urbaine, d'être tenu à l'écart des interactions sociales qui se déroulent dans la ville
- Le manque de loisirs en dehors du GEM, l'impression de ne pas avoir suffisamment accès à des activités qui leur plaisent et donc de pouvoir se détendre et se divertir
- Un rapport ambigu au logement, qui a été décrit dans les entretiens comme un point d'ancrage mais aussi comme un lieu d'isolement et de mal-être

Ces trois thèmes ont été brièvement évoqués dans ce chapitre. Ils font l'objet d'une analyse à part entière dans les chapitres 5, 6 et 7.

Chapitre 5 – Vivre avec et parmi les autres dans la ville ?

Ce chapitre consiste à analyser le réseau relationnel des participants, en tenant compte de la manière dont celui-ci s'inscrit et se construit dans l'espace. Le thème de la vie sociale et des relations que l'on parvient ou non à établir avec les autres a très fréquemment été abordé par les participants lors des entretiens. Cela n'est pas tellement surprenant puisque les GEM sont à destination de personnes qui entre autres souhaitent briser leur solitude. La description globale des géographies quotidiennes des participants dans le chapitre précédent a révélé que ceux-ci ressentaient de la solitude et une insatisfaction assez importante vis-à-vis de leur vie sociale. Dans ce chapitre 5, il s'agit donc de comprendre d'où provient ce sentiment de solitude, s'il est le fait d'un isolement relationnel, c'est-à-dire que la personne se trouve fortement exclue des relations sociales, ou bien d'une inadéquation entre ses relations sociales existantes et désirées.

Habiter la ville, c'est avoir accès aux espaces où se déroule la vie sociale et pouvoir y tisser des liens avec les autres, si on le souhaite. Nous avons vu dans le chapitre 2 que l'inclusion des personnes en fragilité psychique vieillissantes ne peut se limiter à leur simple présence physique en ville. L'enjeu consiste à pouvoir pratiquer la ville en ayant la possibilité de vivre avec et parmi les autres, et non simplement au milieu des autres, sans lien ni échange. Mais est-ce le cas pour les participants ? Ont-ils accès à des espaces de rencontres et d'échanges, où ils peuvent avoir des interactions sociales avec d'autres personnes ? Le GEM constitue bien entendu l'un de ces espaces, qui par ailleurs sera étudié dans la troisième partie de la thèse. Mais qu'en est-il en dehors, dans le reste de la ville ?

L'étude du réseau relationnel des participants, des interactions sociales qu'ils ont ou non avec les autres permet de voir dans quelle mesure ceux-ci s'inscrivent ou non dans la vie sociale urbaine et s'ils ont ainsi la possibilité d'habiter pleinement la ville. Les relations sociales se tissent dans certains espaces plutôt que d'autres. Il s'agit alors de regarder comment les espaces participent à la construction des relations sociales, tout en examinant la façon dont ces relations sociales impliquent des pratiques différenciées des espaces. C'est donc une géographie sociale des relations sociales qui est développée dans ce chapitre.

Il importe également de rappeler dans cette introduction que « les relations sociales se vivent grandement à travers des affects et des émotions ; affects et émotions qui sont à considérer comme des ingrédients pour l'analyse géographique, sociale tout particulièrement » (Séchet et Veschambre, 2006 : 13). Ainsi, la manière dont les participants se sont exprimés sur leurs relations sociales, la façon dont ils les ont qualifiées, ce qu'ils en pensent, comment ils vivent ces relations sociales constituent autant d'éléments qui ont été pris en considération dans l'analyse.

La première section du chapitre consiste en une analyse de l'entourage familial des participants. Par entourage, on entend les personnes que les participants fréquentent plus ou moins régulièrement, qui ont une certaine importance dans leur vie et qui sont clairement identifiables dans les discours. On verra que pour la majorité des participants, l'entourage familial n'est pas absent, les proches leur apportant souvent un soutien dans divers domaines de la vie quotidienne, y compris un rempart contre la solitude. On étudiera dans la deuxième

section les autres types d'entourage des participants. Il s'agira de dégager la composition de ces différents types d'entourage, d'examiner la nature des relations entre les participants et les différents membres de ces réseaux et d'analyser comment ces relations s'inscrivent dans l'espace. On verra que le réseau relationnel des participants peut être qualifié d'en demi-teinte, puisque s'il n'est pas absent, ce réseau n'en demeure pas moins insatisfaisant sous plusieurs aspects qui seront détaillés dans la section. La troisième section se concentre sur l'impression des participants de ne pas se sentir à leur place dans les espaces publics, du fait que les autres personnes les ignorent, voire les rejettent de manière plus ou moins franche. On verra ainsi comment l'accès aux espaces publics – et donc aux espaces de rencontres et d'échanges – est fréquemment compromis pour les participants.

I L'entourage familial des participants

Cette première section s'intéresse à l'entourage familial des participants. Dans l'étude de l'ANCREAI, on apprend que « l'aide de la famille dans la vie quotidienne ou l'hébergement au domicile parental n'est pas la situation la plus courante au sein des GEM retenus dans l'étude, mais rares sont les personnes qui n'ont plus aucun contact avec leur entourage familial » (2017 :47). Qu'en est-il pour les participants ? Quelles relations entretiennent-ils avec leurs proches ? Bénéficient-ils d'un soutien de leur part ?

1 La composition de l'entourage familial

La composition de l'entourage familial des participants a été synthétisée dans le tableau ci-dessous. Les données reposent sur les discours des participants recueillis lors des entretiens. Seules les personnes clairement évoquées (par leur nom ou leur lien familial par exemple) et que les participants disaient fréquenter plus ou moins régulièrement ont été rapportées dans le tableau. Ainsi, si la case « fratrie » n'est pas cochée pour un participant, cela ne signifie pas forcément qu'il n'a pas de frère ou de sœur, mais bien qu'il ne fréquente aucun membre de sa fratrie. La case où figure le nom des participants porte une couleur différente selon le lieu d'habitation : orange pour B, violet pour les villages alentour.

Tableau 13 : Trois profils selon la composition de l'entourage familial des participants
Painter S., 2018 – Source : enquête 2016-2017

Profil	Participants	Parents	Fratrie	Conjoint	Enfants et petits-enfants	Autres membres de la famille
1	F					
	H					
	H			X		
	F					
2	F	X			X	
	H	X	X			
	H	X	X			
	H	X	X			
	F	X	X			
	H		X			X
	F		X		X	X
3	F			X	X	
	H			X	X	
	F				X	X

(Précisions sur les couleurs : en orange = les participants vivant à B ; en violet = les participants vivant dans les villages alentour ; en marron, gris et bleu = profils 1, 2 et 3).

On constate dans le tableau ci-dessus que la plupart des participants entretiennent des contacts avec des membres de leur famille, dont la plupart vivent à proximité de B ou bien dans la région. Neuf d'entre eux se rendent au moins une fois par semaine au domicile d'un de leurs proches. La plupart du temps, ce sont les participants qui se déplacent. Il arrive parfois que les proches viennent au domicile des participants, mais cela reste un peu plus rare.

Concernant la composition de l'entourage familial, trois profils se distinguent dans le tableau :

Le premier profil rassemble les quatre participants qui ont évoqué une quasi-absence, voire une absence totale de relations familiales, soit parce que leurs proches étaient décédés, soit parce qu'ils étaient brouillés, soit parce que les liens n'avaient pas été maintenus. Deux d'entre eux vivent à B, les deux autres dans les villages alentour.

> *Oh famille, il n'y en a plus. Terminé. C'est fini. Enfin je veux dire, famille personnelle, papa maman. Ils sont décédés. Mes frères je ne les vois plus. Ma sœur, j'ai appris qu'elle avait perdu son mari là, elle vit loin. Famille patrie non. C'était quoi ? Travail, famille, patrie... Non et puis mes enfants, je suis séparé depuis longtemps de leur mère donc j'ai pas recréé un noyau familial quoi (H, 1).*

Le deuxième profil concerne la moitié de l'échantillon, soit sept participants, dont quatre vivent à B et trois dans les villages alentour. Leur entourage familial est marqué par la présence d'un de leurs parents (souvent la mère, le père étant plus fréquemment décédé) et/ou d'un frère ou d'une sœur. Tous sont célibataires. Deux participantes ont des enfants et des petits-enfants mais qu'elles voient assez ponctuellement.

Le troisième profil est composé de trois participants qui vivent dans les villages autour de B. Leur entourage est surtout constitué de leurs enfants et petits-enfants, ainsi que de leur conjoint pour deux d'entre eux, la troisième participante ayant perdu son mari quelques années auparavant.

Au-delà de ces trois profils, certaines différences selon le lieu d'habitation peuvent être relevées. Les parents sont davantage absents pour le groupe de participants vivant dans les villages, en comparaison avec ceux qui habitent à B. Cela peut s'expliquer par le fait que ce groupe est constitué des participants les plus âgés, donc les plus susceptibles d'avoir déjà perdu leurs parents. Pour ce qui concerne les plus jeunes des participants vivant dans les villages, deux ont perdu leurs parents lorsqu'ils étaient jeunes. Les deux autres sont en contact très ponctuel avec leurs parents, à cause d'un conflit de famille. On remarque aussi que d'autres membres de la famille (nièce, neveu, cousin, etc.) sont plus présents dans l'entourage des participants vivant dans les villages, ce qui n'est pas le cas pour ceux qui vivent à B.

2 Des relations familiales marquées par plusieurs formes de soutien…

Les études montrent que plus les personnes bénéficient d'un soutien social, meilleure sera leur santé mentale et leur capacité à faire face aux épreuves de la vie (Curtis, 2004 ; De Koninck et al, 2008). Lorsque les participants parlent des relations qu'ils entretiennent avec leurs proches, leurs discours portent souvent sur l'aide que ceux-ci leur apportent. Dix participants bénéficient en effet d'une forme de soutien familial, d'intensité variable, et qui peut porter sur différents domaines. Trois formes de soutien ressortent dans les entretiens : le soutien émotionnel, la lutte contre la solitude et les aides en tout genre.

2.1 Apporter un soutien émotionnel

Le soutien émotionnel peut consister pour le proche à être présent lorsque le participant ne va pas bien, à le rassurer, à lui apporter un sentiment de protection et de réconfort. Plusieurs participants ont évoqué le soutien apporté par leur famille au moment où ils ont dû faire face à des problèmes de santé mentale importants. Celui-ci explique que sa famille a été très présente et à l'écoute lorsque les premiers signes de sa bipolarité sont apparus :

> *Heureusement ma famille est là. Nous étions une famille unie avant ma maladie. Mais je parlais peu en famille tout, et puis depuis euh, ma maladie, je parle beaucoup. Et que ce soit ma mère, ma sœur ou mes nièces et tout ça, ils m'ont mis le chapeau dessus*[108] *quand je suis tombé malade et puis ça m'a fait du bien (H, 2).*

Une autre participante souligne également le soutien de ses sœurs, qui lui ont conseillé de sortir et de ne pas se laisser abattre lorsqu'elle n'allait pas bien :

> *Je me suis dit que je restais des journées entières sans voir personne. Et je me suis dit c'est pas trop normal. Donc j'ai décidé de, d'aller voir un médecin. Mes sœurs m'ont dit aussi que bon, je devais voir du monde. Donc j'ai décidé de m'inscrire dans une association (F, 2).*

Rappelons néanmoins que tous les participants n'ont pas reçu ce type de soutien, notamment les quatre qui n'ont plus de contacts avec leur famille. Les problèmes de santé mentale ont pour certains entrainé une coupure avec leurs proches.

Pour ce qui concerne le présent, les proches continuent d'assurer un soutien émotionnel important, au moins pour dix participants. Il faut noter le soutien émotionnel apporté par les frères et sœurs, qui sont assez présents dans le quotidien de six participants, à raison d'une fois par semaine. Cela peut prendre la forme d'encouragements à faire des activités, voir du monde et notamment fréquenter le GEM :

> *C'est lui qui m'appelle le plus. Mon petit frère. Il me demande si je vais toujours au GEM. Là je lui ai dit que j'avais des problèmes de dos. Non, parce qu'ils savent aussi que parfois je tiens pas ma parole. Que je suis pas allé au bout de mes ambitions, pas toujours. Mais là je lui ai dit non, avec mes problèmes de dos, j'y traine pas trop au GEM. Il a réagi à l'autre bout du fil, il a dit oh tu te défiles encore ! ENQ : Parce qu'il a envie que tu ailles au GEM ? REP : Bah oui. Comme tous, la famille. Que j'aie des activités. Bien sûr (H, 1).*

L'importance du soutien accordé par la fratrie a particulièrement été exprimée lorsque les participants ont expliqué les raisons pour lesquelles ils avaient choisi de venir s'installer à B ou dans les environs, pour ceux qui habitaient ailleurs. Plusieurs ont mis en avant l'aspect rassurant que constituait la présence d'un frère ou d'une sœur habitant dans les alentours :

> *[Après ma dépression] je suis revenu sur [son village]. Parce que mes problèmes de santé... Ma sœur y est à [son village]. C'est pas que je vais souvent chez ma sœur, mais on s'entend bien. Alors c'est une sécurité quoi bon. ENQ : Ta sœur vit toujours à [son village] ? REP : Ah oui, absolument. Elle y a toujours vécu. ENQ :*

[108] L'expression « mettre le chapeau sur quelqu'un » signifie calomnier quelqu'un. En l'occurrence, ce n'est pas du tout ce que ce participant voulait exprimer, puisqu'il insistait au contraire sur le soutien apporté par sa famille et la compréhension et l'attention dont ses proches ont fait preuve lors de l'épreuve qu'il traversait. On peut donc penser que l'expression a mal été utilisée.

Donc ça te fait comme un soutien... REP : Ah ouais, ouais, oui. J'ai que, en famille, j'ai que ma sœur, c'est tout (H, 2).

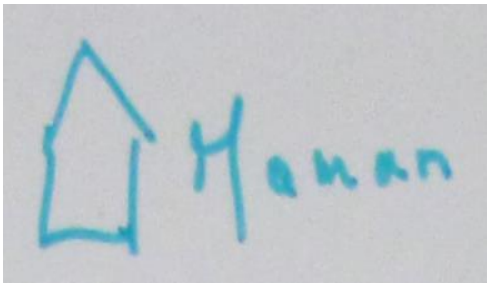
Les parents, en particulier les mères, ont également plusieurs fois été rattachés à ce type de soutien par les participants. Quatre d'entre eux ont expliqué qu'ils se rendaient chez leurs parents en cas de baisse de moral ou de difficultés émotionnelles (stress, angoisses, déprime, etc.). Le domicile des parents apparaît dans leur discours comme un espace-refuge, qui les aide à aller mieux. Ils décrivent une expérience marquée par le réconfort, le fait d'être choyé, dorloté, comme s'ils redevenaient des enfants, comme l'expliquent ces deux participants :

ENQ : Comment ça se passe quand tu vas chez ta mère ? C'est un moment agréable ? REP : Ah ouais ! Et puis je suis la petite fille quoi encore. J'ai... Oui. C'est un moment agréable. Récemment, quand j'étais, quand j'allais pas très bien dans ma tête, lorsque j'avais arrêté mes médocs, enfin bref, ça a été euh, j'étais allée chez elle et elle m'a accueillie les bras ouverts. Et puis elle m'a chouchouté au possible quoi. ENQ : Tu es restée longtemps chez elle ? REP : Euh, je suis restée une fois, euh, 5, 6 jours oui. Mais ça m'avait fait un bien énorme quoi ! Puisque vraiment, j'ai été choyée quoi. Elle me faisait à manger, elle fait bien à manger, donc, oui. J'étais la petite fille quoi, vraiment bien. Ouais (F, 1).

[J'y vais] tous les deux ou trois jours. Oui, mais j'ai besoin. C'est pas que je suis triste tous les deux ou trois jours, mais c'est que bon bah j'aime bien parce qu'elle s'occupe de moi, elle me fait du pain, du pain grillé, du café, une banane, un abricot par ci, une banane par-là, du jus de radis noir, elle est très branchée bio, les trucs comme ça (H, 2).

Le domicile des parents a plusieurs fois été dessiné sur les cartes mentales. C'est le cas de ce participant précédemment cité, qui a insisté sur le caractère *capital* de ce déplacement pour lui et sur le fait qu'aller chez sa mère lui redonnait de l'énergie et de la motivation :

Figure 23 : La représentation de « Chez Maman », un espace refuge qui aide à retrouver de l'énergie, dans la carte d'un participant dans la soixantaine
Painter S., 2018 – Source : enquête 2016-2017



Un déplacement qui est capital pour moi, c'est d'aller chez ma maman. Et là alors, notamment quand j'ai un coup de bourdon, et bien euh passer une heure avec elle, tout se transforme pour moi. Je ressors de là, je suis complétement changé. C'est un bain de nature, dans un parc arboré, une petite maison. Et elle prend la vie du bon côté. C'est une personne très âgée maintenant, mais elle m'insuffle du punch. Et ça c'est bien (H, 2).

Mais ce soutien, aussi important soit-il, ne peut perdurer dans le temps. Les parents vieillissent aussi et sont amenés à disparaître, risquant ainsi de provoquer une perte importante pour ces participants dont le réseau relationnel est tout de même assez limité. Une participante est revenue au cours de l'entretien sur la perte de sa mère, qui était l'une des

principales personnes qu'elle fréquentait. Son décès l'a particulièrement bouleversée sur le plan relationnel car, privée de cette relation, elle a été confrontée de plein fouet à la solitude :

> *Depuis que maman est décédée, bah je me suis repliée sur moi-même, alors que moi j'aimais bien voir les gens, j'aimais bien être au contact avec les gens. Bon et puis j'ai essayé de me faire une raison, en me disant bah c'est normal maintenant (F, 2).*

Le vieillissement des parents implique aussi qu'ils aient davantage de difficultés à se déplacer. Une autre participante, qui peine à prendre les transports seule du fait d'une phobie de la marche, explique que jusque-là ses parents, qui habitent à 70 km de B, venaient la chercher en voiture pour qu'elle puisse passer le weekend avec eux. Or, ayant aujourd'hui dépassé les 80 ans, ils ne peuvent assurer autant qu'avant ce déplacement :

> *ENQ : Il y a des endroits où si tu ne pouvais plus y aller, ça te manquerait ? REP : Chez mes parents. ENQ : T'y vas souvent chez tes parents ? REP : Non, mais quand j'y vais je suis contente. Parce que c'est le problème du train toujours. Mes parents préfèrent venir parce que... Tant qu'ils peuvent. Parce que m'emmener, venir me chercher, m'emmener, me ramener, ça fait quatre tours ça (F, 1).*

Les entretiens ont donc confirmé les résultats des études qui suggèrent que lorsque les personnes en fragilité psychique vieillissent, leur risque d'isolement s'accroît du fait que les quelques proches qui composent leur réseau relationnel vieillissent aussi (Cumming et Cassie, 2008). Ceci peut alors causer davantage de souffrance psychologique et de dépressions au sein de cette population.

2.2 Eviter de se sentir seul

On distingue dans les discours une forme de soutien qu'on peut qualifier de social, dans le sens où le fait de pouvoir se rendre chez un membre de sa famille permet de ne pas se sentir trop seul. Il faut replacer cette forme de soutien dans le contexte des participants, marqué par un réseau relationnel limité à un petit nombre de personnes. Rappelons également que le GEM est à destination de personnes voulant notamment briser la solitude dans laquelle elles vivent.

Au cours des entretiens, quelques participants ont relaté des moments liés à des réunions de famille, en particulier les quatre participants qui ont des petits-enfants et qui sont en bons termes avec leurs enfants, ce qui n'est pas le cas de tous. Ces moments passés en famille sont très appréciés :

> *Le petit bonheur de ma semaine, c'est de voir mes petits-enfants. J'aime bien aller voir mes petits-enfants quand je pars [du GEM]. Mais là le bonheur de voir oh voilà Mamie, voilà Mamie ! Il me prend dans ses bras, tout mignon ! C'est vrai que j'aime bien voir mes petits-enfants. Ma fille aussi bien sûr et mon gendre aussi. Mais c'est vrai que c'est le bonheur de ma fin de journée… J'aime bien venir [au GEM], mais j'aime bien aller chez ma fille aussi (F, 1).*

> *Les enfants et les petits-enfants, ils viennent me voir, des fois je vais chez eux. Dimanche dernier on était à l'anniversaire, c'était que du bonheur ! Que du bonheur, que du bonheur ! On a fêté ses trois ans [de sa petite-fille]. Voilà, j'étais contente. Et ça passait bien trop vite (F, 1).*

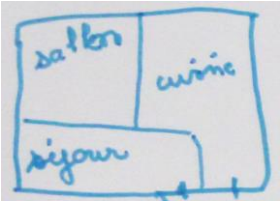
Trois participants sont amenés à voir ainsi leurs enfants et petits-enfants presque chaque semaine, et une quatrième participante de manière plus ponctuelle. Pour les dix autres participants, les réunions de famille de ce type sont soit très rares, soit inexistantes. Parmi eux, sept fréquentent seulement un ou deux membres de leur famille, comme leur frère ou leur sœur. Ces moments sont aussi appréciés, mais pas avec la même intensité que ce qu'on peut observer avec les petits-enfants. Notons qu'il s'agit souvent de leur relation principale, c'est-à-dire de la personne qu'ils voient le plus souvent :

> *De temps en temps [je mange chez ma sœur]. J'y mange tous les jeudis, moyennant, je cotise, c'est normal. Et tous les dimanches (H, 2).*
>
> *ENQ : Tu vas chez des personnes des fois ? REP : Bah non, à part ma sœur là, où je vais aller ce soir après l'entretien (F, 2).*
>
> *On ne se voit pas souvent, souvent, mais moi les personnes que je vois le plus souvent, c'est mon frère (H, 1).*

Ces moments sont surtout présentés par les participants comme leur permettant de sortir de leur solitude. Ils apprécient de pouvoir discuter un peu, cela leur *fait du bien* comme l'explique cette participante, qui a dessiné sur sa carte mentale le domicile de sa belle-sœur où elle va prendre un café de temps en temps :

Figure 24 : La représentation de la maison d'un proche visité pour sortir de la solitude, dans la carte d'une participante dans la cinquantaine

Painter S., 2018 – Source : enquête 2016-2017



> *Chez ma belle-sœur, je vais aussi souvent. J'ai une belle-sœur qui habite à [son village]. Je vais souvent boire un café [...] Ça me fait du bien. Ouais. On discute, moi j'aime bien. J'aime bien le contact (F, 1).*

2.3 Les aides en tout genre

Outre les formes de soutien précédemment évoquées, les participants reçoivent de l'aide de la part de leur famille dans de nombreux domaines du quotidien. L'aide peut concerner des tâches matérielles qu'ils ne peuvent réaliser eux-mêmes, comme les courses, la préparation des médicaments, tailler la haie, être accompagné à des rendez-vous, remplir des démarches administratives, etc. :

> *ENQ : Est-ce que tu es sous tutelle ou curatelle ? REP : Non, non. J'ai mon mari heureusement. Il m'aide pour les papiers et tout ça. Il me prépare aussi les médicaments de la semaine. Et puis les courses aussi. Il m'aide. Oh oui, j'ai pas à me plaindre pour ça (F, 1).*
>
> *Moi ce que j'ai de bien, c'est que j'ai ma femme qui s'occupe quand même pas mal de moi. Et mes filles, c'est pareil. Je suis bien entouré. Ça m'aide (H, 2).*

L'aide peut aussi prendre la forme de conseils. L'un des participants est par exemple confronté à des voisins qui ne rangent pas les poubelles mais il n'ose pas leur dire. Il explique lors de l'entrevue en avoir parlé à son frère qui lui a donné des conseils, comme par exemple de leur écrire un mot.

Seul un participant s'est décrit comme étant l'aidant d'un de ses proches. Il s'agit d'un participant dans la soixantaine, qui accompagne sa conjointe dans certaines démarches ou tâches qu'elle ne peut réaliser seule, comme faire la cuisine ou payer les factures.

3 … Malgré la persistance de points de tension

Lorsque la famille est présente, elle peut constituer un filet de sécurité important pour les participants. Il y a dans leur entourage familial des personnes sur lesquelles ils savent qu'ils peuvent compter en cas de nécessité. Néanmoins, cela n'est pas le cas pour tous les participants et certains d'entre eux doivent se débrouiller seuls. De plus, les relations entre les participants et leur famille peuvent être d'intensité variable et malgré le soutien apporté, plusieurs points de tension ont été rapportés lors des entretiens.

Le premier point de tension identifié dans les discours concerne le caractère asymétrique de la dépendance sociale et affective vis-à-vis des proches. Les participants expliquent avoir parfois l'impression de déranger les membres de leur famille, du fait que leurs proches ont leur propre vie, leur travail, leur maison, leur vie de famille :

> *ENQ : Tu t'entends bien avec ta famille ? REP : Euh... [Silence] C'est un peu compliqué. Ouais, pffff. [Silence] Bah ils sont rangés eux, ils sont casés comme on dit. Ils ont pas les mêmes préoccupations (H, 1).*

Les participants ont ainsi parfois l'impression de les gêner lorsqu'ils les sollicitent, pour ne pas se sentir trop seul par exemple :

> *Il y a ma nièce, mais je la vois pas beaucoup parce qu'elle a ses enfants. Je la mets pas [sur la carte mentale], parce que je ne la vois pas assez […] Et ma sœur, si tu veux, elle a son mari, je veux pas non plus trop déranger quoi (F, 2).*

La relation avec les proches peut être envenimée par le tabou que constituent les fragilités psychiques. La plupart des participants expliquent que le sujet n'est jamais abordé du fait que leur famille reste dans l'incompréhension vis-à-vis des situations qu'ils ont traversées ou des difficultés qu'ils peuvent rencontrer. Le dialogue est très difficile dans certains cas. Cette participante explique lors d'une conversation informelle que les relations avec ses enfants sont très compliquées car *ils acceptent très mal la maladie mentale et le handicap physique* et lui *reprochent d'avoir échoué dans sa vie professionnelle*, pour reprendre ses termes. Elle préfère ainsi maintenir une certaine distance avec eux, sans pour autant couper complètement le contact, puisque le sujet de ses fragilités psychiques fait l'objet de trop d'incompréhensions et de jugements de leur part :

> *Si je regarde autour de moi, dans ma famille, oui, je vais dire oui, les fragilités psychiques restent taboues. Ça fait peur.*

Un deuxième point de tension est la peur d'inquiéter ses proches, voire d'être un fardeau pour eux. Plusieurs participants ont ainsi décrit certaines tactiques mises en place pour ne pas inquiéter les membres de leur famille outre mesure, en particulier leurs parents. L'une d'entre eux explique par exemple qu'elle se rend régulièrement chez sa mère en partie pour lui montrer qu'elle va bien et ainsi la rassurer :

> *ENQ : Donc tu essaies d'aller régulièrement chez ta mère ? REP : Ah oui, oui, oui. Et j'ai besoin aussi de le montrer bah que je vais bien aussi des fois quoi. Que je*

suis pas toujours mal quoi. Parce qu'elle est du genre à se tracasser des fois, donc je lui montre que bah, voilà, les choses vont bien quoi, normalement du moins (F, 1).

Une autre participante explique qu'elle a souvent besoin d'appeler ses parents lorsqu'elle ne se sent pas bien. Mais elle s'interdit de les appeler pendant la journée pour ne pas trop les solliciter.

Des fois je suis pas bien, des fois je suis bien, ça dépend. Je téléphone beaucoup à mes parents. Le soir, pas la journée, parce que les pauvres ! ENQ : Le soir, tu les appelles souvent ? REP : Tous les jours. Plusieurs fois des fois, ça dépend. Il y a des fois quand j'ai autre chose, je les laisse tranquille parce que j'ai autre chose et bah… [Rires] Comme je suis pas chez moi, je peux pas les appeler. Si, je pourrais les appeler sur mon portable, mais je les laisse tranquilles un peu (F, 1).

Cette autre participante préfère éviter de contacter sa mère car celle-ci a aussi certaines fragilités. Elle craint alors de lui faire du mal en lui faisant part de ses propres difficultés :

Bah famille, c'est euh... Pas trop de nouvelles. Mais moi aussi j'en prends pas et euh... Mais... Je suis fâchée avec personne donc c'est ce qui compte quoi. Mais... Non, j'ai pas de... Parce que ce serait vite une contrariété, ça c'est... C'est assez fragile, le moindre petit truc et... Non, il y a pas de...Je suis fâchée avec personne. Ma mère, si je l'ai eu après la fête des mères là. Mais bon, je sais qu'elle a aussi ses fragilités et donc si moi je vais pas très bien… Donc là je laisse un peu, aux beaux jours je l'appellerai (F, 1).

On constate ainsi dans les discours de plusieurs participants la volonté de prouver qu'ils peuvent être autonomes et qu'ils peuvent s'en sortir sans l'aide constante de leurs proches :

Il faut que je m'émancipe aussi de ma famille quoi parce que c'est pas évident de se sentir couvé avec tout le monde quand... Mais je pense qu'ils ont compris. Maintenant ils me laissent libre et autonome (H, 2).

J'étais au supermarché avec mes parents. Et puis mes parents ils en avaient marre que j'arrive pas à suivre et tout ça. Puis ma mère fallait qu'elle me donne le bras, tout ça, elle en avait marre. Alors moi j'ai dit, je vais regarder sur l'ordinateur si je peux être aidée par une sophrologue, j'ai pensé à la sophrologue. Et puis j'ai regardé et puis ça m'a vraiment aidée. Au début j'y allais comme ça mais parce que j'en avais marre. Et puis ça a marché (F, 1).

II Un réseau relationnel en demi-teinte

En dehors de leur famille et du GEM, les participants fréquentent-ils d'autres personnes ? Ont-ils des amis ? Ont-ils accès à des lieux dans la ville, en dehors du GEM, où ils peuvent rencontrer, discuter et échanger avec d'autres ? Les études portant sur les réseaux relationnels des personnes en fragilité psychique vieillissantes montrent que celles-ci sont généralement davantage isolées que les autres personnes du même âge (Nour et al, 2013). Lors des entrevues, les participants se sont exprimés sur ces différentes questions.

1 Un réseau amical limité, souvent relégué au passé

L'élément le plus significatif qui ressort de l'analyse du réseau amical des participants concerne son caractère restreint et sa quasi-absence au sein des espaces de vie. Sauf exception, les participants affirment n'avoir que très peu, voire aucun ami.

Lors de l'entrevue, un participant cinquantenaire raconte qu'il a eu la surprise d'être recontacté il y a quelques semaines par d'anciens amis qui lui ont proposé de remonter le groupe de musique qu'ils avaient créé dans leur jeunesse. La réactivation de cette amitié du passé a été une grande source de joie pour lui. Ce participant a très fréquemment abordé le sujet lors de l'entrevue, mais aussi au cours de nombreuses conversations informelles au GEM, avec moi et avec les autres adhérents. Mais si ce participant a pu retisser des liens avec ses anciens amis, ce n'est pas le cas des autres. Il est intéressant de noter que lorsque les participants ont été interrogés sur leurs éventuels amis, dix d'entre eux ont principalement évoqué des amitiés révolues, en plus de l'absence d'amis aujourd'hui :

> *Bah les amis, euh... J'en ai plus. J'en ai eu, mais bon. Je crois que j'ai... J'ai des amis de cœur auxquels je pense mais maintenant aujourd'hui non, je peux dire que j'ai pas d'amis (H, 1).*

Ces amitiés qu'ils décrivent se sont déroulées dans d'autres lieux que B, dans des villes où ils ont vécu par le passé. Elles appartiennent à des espaces de vie passés. Souvent, ces amitiés se sont soldées par l'affaiblissement des liens voire la rupture de la relation d'amitié.

Un déménagement peut en avoir été la cause. Du fait de la distance et du manque de mobilité des participants, les liens avec les « anciens » amis n'ont pu être maintenus depuis qu'ils vivent à B ou dans les villages alentour :

> *Amis, bah oui, bah oui, bah... Bah les amis, bah c'était sur Paris. J'ai plus d'amis maintenant. Et sur [nom d'une ville moyenne], aucun non plus. J'ai une amie à Paris, j'ai coupé les ponts, parce que Paris... La vie est faite ainsi. […] Petite retraite. C'est pour ça, ça me brise. Ça me grève un peu tout ça, parce que petits revenus, ce qui fait que j'avais rompu avec cette copine à Paris, parce que prendre le train... Je peux plus prendre la voiture d'une part et ça revient cher tout ça. Alors j'ai laissé tomber du fait que j'avais pas assez de revenus. Ouais (H, 2).*

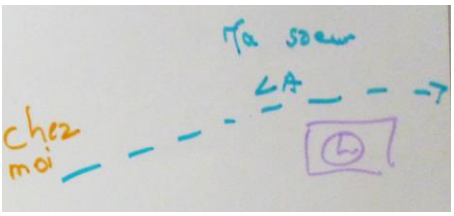
Cet autre participant évoque une histoire similaire, avec des amis qu'il ne peut plus voir, faute de pouvoir se déplacer :

> *Alors, il y a une chose qui me donne pas le moral, c'est de ne pas avoir de moyens de locomotion pour me déplacer hors de B. Ma famille, mes copains habitent aux quatre coins de [la région] aussi, je voudrais bien aller les voir et je ne peux pas. Et ça contribue souvent à faire que je ne sois pas bien (H, 2).*

Il précise avoir néanmoins réussi à maintenir en partie ces liens grâce au téléphone, même si cette solution reste insuffisamment satisfaisante pour lui. Lors de l'entretien, il choisit de représenter ce qu'il appelle ses *déplacements téléphoniques*, qui compensent en partie seulement l'impossibilité pour lui d'effectuer des déplacements physiques :

Figure 25 : La représentation des « déplacements téléphoniques » dans la carte d'un participant dans la soixantaine

Painter S., 2018 – Source : enquête 2016-2017



Je vais mettre les déplacements téléphoniques. Téléphone. [Cite un département limitrophe] Chez ma tante. Téléphone [Cite un autre département limitrophe] chez ma sœur. Et téléphone [Cite un autre département limitrophe], chez mes copains. Voilà. [Dessine 3 flèches bleues en pointillés]. ENQ : C'est à défaut de pouvoir y aller ? REP : Oui […] Les coups de téléphone, ça sert pour moi, c'est très important. Ça me relie au monde extérieur, ce que je ne peux pas faire, je résous ça par le téléphone (H, 2).

L'affaiblissement ou la rupture des liens ont parfois été provoqués directement ou indirectement par des événements particuliers, comme un divorce, la perte d'un emploi ou encore des problèmes de santé. Ces événements correspondent généralement aux points de ruptures évoqués par les participants lorsqu'ils ont raconté leur parcours de vie (cf. chapitre 4). Suite à ces ruptures dans les parcours de vie, le réseau d'amis des participants s'est souvent considérablement rétréci.

> *Des amis et bah j'en avais beaucoup plus à [la ville où elle vivait auparavant, située à 150km de B]. Ici, c'est plus la famille, à côté ou à proximité. Des amis, j'en ai plus beaucoup ici. J'avais des amis à [la ville où elle vivait auparavant] qui étaient vraiment des amis. Enfin que je croyais, parce que ça c'est pareil... En fréquentant certaines personnes, on se rend compte que c'est pas tout à fait ce qu'on croyait. Mais bon. Disons que j'avais des amis plus avant mon addiction. Mais c'était des amis de mauvaises fréquentations si tu veux (F, 2).*

On constate dans le témoignage ci-dessus que cette participante a été déçue par certaines personnes qu'elle croyait être des amis. Cinq participants ont ainsi raconté au cours des entrevues des histoires d'amitiés brisées à cause de trahison. Ils racontent avoir été trompés ou bien abandonnés, alors qu'ils avaient besoin d'aide, par des individus qui se présentaient pourtant comme des amis. Suite à ces expériences malheureuses, plusieurs participants expliquent être devenus davantage méfiants vis-à-vis de ce type de relations :

> *J'ai hébergé des SDF[109] aussi, j'ai eu des problèmes avec ça. J'avais pas énormément d'amis et je me suis... Cette connerie. Non mais l'expression il vaut mieux être seul que mal accompagné, c'est vrai. C'est vrai. Non mais là, pfff... Je me suis fait des... Oui, un mec là. C'était un grand rouquin. Il était gentil mais... Mais c'était un SDF. Bon je l'ai hébergé. Puis il fumait et tout. Il m'a foutu dans la mouise finalement. Et lui, il s'en est sorti, lui. Il parait que... Ouais. Et puis il m'a remis un de ses copains dans les pattes en plus. Celui-là, quel petit con (H, 1).*
>
> *Bah vaut mieux en avoir moins sur qui tu peux compter. Parce qu'il y en a qui se disent copains, je veux bien. Mais au moindre coup dur ! Pfiou. Ils se barrent !*

[109] SDF : Sans Domicile Fixe.

Alors t'appelle ça des copains toi ? Non ! Ça m'est arrivé ça. J'en ai eu des copains comme ça. Enfin, soi-disant copains quoi. Ouais, ouais, ouais (H, 2).

Enfin, notons qu'une participante a mis en avant le fait qu'il pouvait être difficile de maintenir des relations d'amitié lorsqu'on vit des problèmes de santé mentale. Une participante bipolaire fait référence lors de l'entretien à des épisodes maniaques qui ont influencé son comportement, la rendant plus agressive par exemple, et qui lui ont fait perdre des amis :

A la médiathèque, je m'étais fait une super copine. Et puis un clash. De ma part. Tous les clashs, je les assume mais… Mais aussi, je crois que c'est pas vraiment dit mais en tant que bipolaire, on peut faire des choses que d'autres gens ne font pas. Si tu fais une connerie, on te la pardonne pas (F, 1).

2 Peu d'amis, mais des connaissances dans certains lieux de la ville

Les participants affirment n'avoir que peu, voire aucun ami au sein de leur entourage, c'est-à-dire des personnes auprès de qui se confier ou bien avec qui faire des activités, discuter ou échanger, sur la base d'une relation fondée sur la confiance et l'estime. Ce constat a été dressé lors des entrevues par la quasi-totalité d'entre eux. Ce résultat est cohérent avec la plupart des études portant sur les réseaux relationnels des personnes en fragilité psychique vieillissantes, qui montrent que ceux-ci sont souvent très limités (Cummings et Cassie, 2008 ; Nour et al, 2013).

La plupart précisent néanmoins avoir quelques « connaissances » ou quelques « relations », qui sont des termes qui qualifient mieux, selon eux, les interactions sociales qu'ils ont avec certaines personnes qu'ils fréquentent de temps en temps.

Et donc, bah les amis, euh, euh... Des relations. Je dirais plus des relations que des amis. J'ai des, ouais. Des amis vraiment, je peux pas dire qu'on en a... Enfin, je peux pas dire que j'en ai énormément. C'est pas vrai. Ami c'est plus fort. La relation, c'est bon, on connaît, euh... On connaît quelqu'un, on se voit, on passe un moment sympa à discuter 5 minutes, mais pas pour se voir tous les deux ou trois jours quoi. Pas pour se voir souvent. On se voit par hasard. Bon, ok (F, 1).

Lorsque les participants ont évoqué leurs « connaissances », trois types de lieux sont revenus dans les entretiens : chez le voisin, dans les commerces et dans les cafés. Il s'agit là de ce qu'on peut qualifier de points d'ancrage relationnels, au sens où ils constituent des lieux où les participants peuvent profiter d'interactions sociales, échanger avec d'autres personnes de manière régulière, souvent au moins une fois par semaine. Tous les participants sont concernés par au moins l'un de ces points d'ancrage relationnel, comme le montre le tableau suivant. Pour chaque participant, une croix a été rapportée dès lors qu'ils ont expliqué dans les entretiens fréquenter l'un de ces trois lieux comme des points d'ancrage relationnel, c'est-à-dire en vue d'échanger avec d'autres personnes.

Tableau 14 : Recensement des participants fréquentant le domicile d'un voisin, certains commerces ou certains cafés comme des points d'ancrage relationnel
Painter S., 2018 – Source : enquête 2016-2017

Participants	Chez le voisin	Dans les commerces	Au café
F	X	X	X
H	X	X	X
H	X	X	X
H	X		X
F	X	X	
H	X		X
H	X		X
H	X	X	
F		X	X
F	X	X	
F		X	
H			X
F			X
F		X	

(Précisions sur les couleurs : en orange = les participants vivant à B ; en violet = les participants vivant dans les villages alentour)

2.1 Chez le voisin

Les relations de voisinage ont la particularité de s'inscrire dans l'espace proche du domicile. Dans les entretiens, neuf participants ont décrit des relations de voisinage assez limitées mis à part un voisin (parfois deux voisins), avec qui les contacts étaient au contraire fréquents et assez importants. La plupart des neuf participants concernés par ce type de relations se rendent au domicile de ce voisin au moins une fois par semaine. Parfois c'est le voisin qui vient chez le participant. Il ne s'agit pas d'un simple échange de courtoisie au pas de la porte ou au pied de l'immeuble. Au contraire, on constate un certain investissement de la part des participants dans cette relation, même s'il ne s'agit pas d'une amitié à leurs yeux, mais bien d'une relation de voisinage.

> *Ma voisine qu'est toute seule là, je vais la voir pratiquement tous les jours. On boit un petit café ensemble et ça lui fait une petite visite quoi. Elle a perdu son mari, elle est pas encore très vieille, elle a 72 ans. Alors un jour sur deux, je lui apporte des madeleines [Rires]. Un jour c'est elle qui paye et le lendemain c'est moi. ENQ : A part cette voisine, il y a d'autres personnes à qui tu rends visite ? REP : Non, c'est elle. En particulier c'est elle, j'en vois pas d'autres beaucoup (H, 2).*

Plusieurs participants ont d'ailleurs représenté le domicile ou bien la figure de leur voisin sur leurs cartes mentales :

Figure 26 : La représentation du ou des voisins « privilégiés » dans les cartes mentales
Painter S., 2018 – Source : enquête 2016-2017

Dans la plupart des cas, les participants mettent en avant la ressemblance qu'ils ont avec le voisin en question, avec qui ils partagent souvent une situation particulière, comme l'âge, la situation d'isolement, ou encore le veuvage dans le cas de celle-ci :

> *J'ai une petite dame, enfin une petite dame qui a 70 ans, qui vient le lundi boire un café, puis le lundi après je vais chez elle et ça tourne comme ça. On boit notre petit café […] Elle est veuve comme moi, on s'arrange très bien. Ça fait longtemps qu'elle est veuve aussi, on discute bien ensemble et puis on s'arrange bien, on s'arrange très bien (F, 1).*

Une autre participante explique lors d'un entretien qu'elle avait aussi trouvé une voisine qui, comme elle, élevait seule son enfant, mais cette personne est décédée. Son témoignage montre à quel point ce lien peut être important, d'autant plus qu'elle n'a jamais retrouvé ce type de proximité avec ses autres voisins. :

> *J'avais une voisine qui était dans mon cas, qui venait d'emménager, c'était en 2007, 2008. Qui de suite m'a dit, tiens, vous viendrez boire un café. Donc elle, elle était euh, bah avec une fille, toute seule aussi avec une fille de 16 ans, ses autres enfants étaient plus grands. Et malheureusement, deux ans après, 1 an 1/2 après que je sois installée, bah elle est décédée et ça, ça m'a... Elle était seule comme moi, avec sa fille. Comme moi seule avec mon fils et... bah oui, ça a été dur, parce qu'on se partageait des bons moments quoi. Elle m'appelait quand c'était l'émission 30 millions d'amis[110], on se buvait des cafés, on commençait à aller acheter des plantes ensemble, à jardiner ensemble... Et patatras, elle a eu un AVC[111]. Là ça a été très dur (F, 1).*

Ces participants ont rarement mentionné bénéficier d'une aide particulière de la part de ces voisins « privilégiés ». Sauf exception, la nature de leurs relations ne semble pas vraiment relever du domaine de l'échange de services (comme garder la clef, s'occuper du chat en cas d'absence, etc.). Les participants ont surtout mis en avant la dimension sociale de leurs échanges et du lien que cette relation leur apporte. Il s'agit de se voir pour se tenir compagnie, surtout quand on sait que le voisin en question souffre lui aussi de solitude :

[110] Nom d'une émission télévisée portant sur les animaux.
[111] Accident Vasculaire Cérébral.

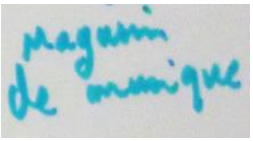
Le soir, qu'est-ce que je fais ? Je vais chez mon voisin. Euh, voilà. ENQ : Tu vas faire quoi chez ton voisin ? REP : Discuter. Les commères du coin [Rires] (H, 2).

2.2 Dans les commerces

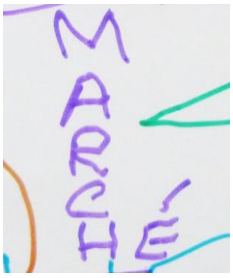
Nous avions remarqué dans le chapitre 4 la présence assez importante des commerces au sein des espaces de vie, exprimée à la fois dans les entretiens et les cartes mentales. Nous avions vu que les magasins étaient souvent associés à de la frustration et à des expériences négatives, du fait des budgets réduits des participants et de leurs difficultés à se déplacer. Mais nous avions aussi introduit l'idée que les commerces étaient également des lieux d'interactions sociales pour les participants, sans pour autant développer davantage ce point.

La recherche de lien social peut être un motif de fréquentation de certains commerces. Lors des entrevues, neuf participants ont décrit certains magasins comme des lieux où ils avaient régulièrement des interactions sociales avec les commerçants et/ou les autres clients. Six d'entre eux ont particulièrement insisté sur les échanges qu'ils avaient avec les commerçants. Coiffeurs, boulangers, bouchers, caissiers, vendeurs, etc. sont en effet des figures qui sont revenues dans leurs discours. Certains commerces sont ainsi présentés aussi comme des lieux où ils aiment se rendre parce qu'ils savent qu'ils vont avoir une petite conversation, un échange agréable en plus de leurs achats.

Figure 27 : La représentation des commerces comme des lieux agréables
Painter S., 2018 – Source : enquête 2016-2017



Ce que j'ai failli oublier, mais qui est très capital et j'y traine souvent, c'est le magasin de musique. [Ecrit « magasin de musique » en bleu]. Ah bah oui, je connais les personnes, ils sont deux. Bon, il y en a un qui prend son congé, le mardi par exemple. Ça me fait du bien de passer et de dire bonjour (H, 1).



Ce que j'avais oublié c'était le marché. J'ai pas beaucoup de place ! Alors va pas falloir que j'écrive trop grand, parce que c'est quand même un peu mon écriture d'écrire grand. [Ecrit ""marché"]. J'achète que mes légumes là. ENQ : Tu discutes un peu avec les commerçants ? REP : Bah un peu ouais. Et bah, avec [Eugène] ce matin. C'est celui qui fait du lait bio. Je sais plus ce que je lui ai dit comme phrase, mais il a rigolé (F, 1).

Ces participants ont mis en avant le fait que dans ces commerces, ils sont connus des commerçants. Ceux-ci les appellent par leur prénom par exemple, ce qui est une marque de reconnaissance, voire de proximité, qui n'est pas sans importance pour les participants :

ENQ : Il est bien ce traiteur ? REP : Oui, oui. ENQ : Tu le connais ? REP : Oui, depuis longtemps. Il m'appelle [par mon prénom] (F, 2).

A la Biocoop, là ils me connaissent, certains m'appellent par mon prénom (F, 1).

Certains de ces participants appellent aussi les commerçants par leur prénom :

Bon le lundi matin, c'est réservé au marché. J'achète toujours mes légumes bio chez le même fournisseur, [Marc]. Il y a une femme et son mari qui sont producteurs bio […] Je connais [Elise], la responsable [de la biocoop]. Quand j'y vais, souvent je m'arrête pour lui parler. Elle me donne des nouvelles […] Et je prends le journal, je lis les pages intéressantes et après je vais l'amener chez [Mathilde], à la mercerie. Donc ça c'est une commerçante que j'aime bien. [Blanche], la fleuriste à côté, je l'aime bien. Si je lui demande de déposer des flyers, elle accepte. [Mathilde] aussi (F, 1).

Les participants se sont montrés assez sensibles à la gentillesse des commerçants, au fait qu'ils leur adressent quelques mots, leur sourient. Cela peut même influencer le choix de fréquenter tel commerce plutôt qu'un autre. Ce participant trouve que le dialogue est difficile avec les commerçants de son village, qui lui paraissent très *froids*. Au cours de l'entretien, il relate une expérience désagréable avec la personne tenant le bureau de tabac du coin. Il préfère désormais se rendre au village suivant, même si c'est plus loin, car le buraliste y est bien plus sympathique :

Le tabac, à [son village], je regrette pas d'avoir changé ! La patronne une fois a fait une réflexion sur la manière dont j'étais garé[112]*. Elle a dit ça à un client devant moi. J'ai dit d'accord, ma vieille ! Elle m'a plus revu. J'ai trouvé le créneau maintenant, c'est deux fois plus loin, mais la route est directe […] Les gens gardent une certaine distance avec le client. Oui, à [son village] c'est particulier. Les petits bleds comme celui du côté de chez [prénom d'une participante] je suis sûr qu'elle discute souvent avec les commerçants. Alors qu'à [son village], c'est moins évident. C'est con, moi je trouve ça con. Tu vois, je vais qu'au [bureau de tabac du village voisin] maintenant, le patron est plus causant qu'à [son village]. Ouais, je t'assure. Il est plus… Plus humain, oui, humain, c'est le mot (H, 2).*

Plusieurs participants ont expliqué préférer les petits commerces du fait que les relations avec le personnel leur semblaient plus conviviales et plus propices à la conversation :

Je vais aller à l'Intermarché de [village proche]. Ou à [nom d'un grand centre commercial]. Mais je préfère l'Intermarché, c'est plus familial (F, 1).

Casino c'est plus sympa, c'est plus convivial parce que c'est moins grand. Les caissières, j'en veux pas aux caissières à Super U parce que le directeur est assez chiant. Quand elles travaillent le weekend, c'est imposé quoi. Alors qu'à Casino, oh c'est différent, c'est une atmosphère plus bon enfant. Et puis le magasin est mieux, c'est moins grand. Et les caissières sont plus relax parce que les gens qui passent à la caisse, c'est pas des cadis qui passent. C'est 3 ou 4 articles às chaque fois. Donc elles ont le temps de souffler entre chaque client, alors qu'à Super U, c'est l'usine quoi. Alors que je comprends que les caissières soient… Bon, je vais pas leur faire la gueule parce qu'elles n'ont pas fait un sourire ou quoi que ce soit (H, 2).

Les commerces ont aussi été décrits comme des lieux de rencontre avec les autres clients. Cinq participants ont présenté la sortie pour les courses comme une occasion de voir

[112] Précisons qu'au moment de l'enquête, ce participant attendait depuis plusieurs mois sa carte de stationnement pour pouvoir se garer sur les places réservées aux personnes en situation de handicap.

du monde. Il s'agit de personnes qu'ils croisent de temps en temps, avec qui ils discutent quelques minutes. La conversation ne dure pas longtemps, mais elle constitue un moment agréable pour les participants, qui apprécient d'être reconnus par les autres personnes présentes :

> *Je vais des fois faire mes courses, des courses alimentaires à la Biocoop, qu'est à 5 minutes à pied de chez moi, 5, 10 minutes. Mais bon aller-retour, plus piétiner dans le magasin où je rencontre des gens... Tu rencontres voilà, et puis je commence à être un petit peu connue, donc on t'adresse la parole, enfin, voilà quoi. Donc ça me passe un bon moment. Mais j'aime bien faire ça (F, 1).*
>
> *Je le ressens, parce dès que t'arrives dans, au Leclerc ou à un autre endroit, [on me dit] ah [salut] et tout, comment ça va ? Donc ça fait du bien quoi (F, 1).*

Là encore, certains participants vont préférer certains commerces à d'autres du fait que l'atmosphère leur parait plus propice aux échanges :

> *Si je vais au Lidl, je rencontre pas du tout le même genre de personnes qu'en allant à la Biocoop. Ni la même mentalité quoi. ENQ : Quelle serait la différence ? REP : Bah à la Biocoop, les gens pensent plus à leur corps, à leur bien-être, à prendre soin d'eux, à estimer leur propre personne quoi. Tandis que là, au Lidl, bon, il y a peut-être un côté budgétaire, mais c'est pas très bon pour la santé. J'ai plus de contacts avec les gens à la Biocoop. Lidl, je trouve que c'est un magasin qui est bien quand même. Mais j'ai aucun contact avec… Aucun contact avec le personnel quoi ou avec les gens. Non, à la Biocoop par contre je vais rencontrer Pierre, Paul, Jacques, parler un peu des choses quoi. Pas profondément, je veux dire je connais pas forcément un sujet de façon très importante mais sympathiser avec la personne quoi (F, 1).*

Aller acheter du pain constitue une sortie importante pour plusieurs participants, car la boulangerie est un lieu de rencontre où ils peuvent croiser d'autres habitants, des personnes qu'ils connaissent de vue et à qui ils disent bonjour.

> *A la boulangerie, je trouve toujours des gens pour parler. Ouais. Les gens ne sont pas fermés sur eux (F, 1).*

Dans l'extrait suivant, une participante dans la cinquantaine aborde les difficultés liées à un récent traitement de sa sclérose en plaques. Parmi ces difficultés, elle regrette justement de ne plus être en mesure de se rendre à la boulangerie, qui est un lieu où elle peut discuter avec d'autres personnes :

> *Oh je peux marcher mais, c'est toujours cette piqûre qui m'ennuie. ENQ : Les effets de cette piqûre, ils vont s'arrêter bientôt ? REP : Quatre semaines, ça met quatre semaines. ENQ : Tu dois avoir hâte ? REP : Oh oui ! Avant j'allais chercher mon pain, le journal, c'était bien. Et je discutais avec les autres, mais là, il y a pas moyen […] Autrement je vais dans le bourg, faire un petit tour aussi, chercher du pain. Ça fait longtemps que je suis pas allée chercher du pain, ça fait longtemps. Mais j'aime bien aller. ENQ : Pourquoi tu aimes bien ? REP : Je discute avec les gens, je rencontre des gens. ENQ : Tu penses pouvoir bientôt retourner à la boulangerie ? REP : Bah j'espère, j'espère. Parce que là, je suis fatiguée. Et puis il fait chaud et tout ça, la chaleur. Je prends des risques (F, 1).*

2.3 Au café

Dans sa thèse portant sur les bars ruraux bretons, Cahagne souligne le rôle éminemment social du café, qui peut être décrit comme un « lieu de convergence, de rassemblement et de rencontres, [comme] un formidable espace d'intégration [qui pourvoit] aux sociabilités les plus diverses » (2015 :63). Parmi les participants, neuf fréquentent régulièrement des cafés. Parmi eux, un participant dans la soixantaine et une autre participante dans la cinquantaine vont boire un verre de temps en temps, le premier avec sa conjointe, la seconde avec ses collègues de travail. Les sept autres participants disent se rendre au café au moins une fois par semaine et ils s'y rendent seuls la plupart du temps. Leur fréquentation du café se déroule généralement la journée et assez peu le soir. Leur pratique consiste à s'arrêter le temps d'un café ou deux, pour discuter avec les barmans et/ou les autres clients qu'ils rencontrent là-bas. La plupart du temps, il s'agit de cafés de type PMU accueillant une clientèle plutôt populaire. Aucun participant n'a mentionné de bars branchés par exemple.

Quand les participants évoquent leur pratique des cafés, ils mentionnent souvent la relation qu'ils ont tissée avec le barman. Certains appellent d'ailleurs le café par le prénom du barman (*je reviens de chez Martin* par exemple). Les participants mettent en avant la gentillesse ainsi que les qualités d'écoute et de conversation des gérants des cafés qu'ils fréquentent :

> *J'ai connu il y a pas longtemps un bar associatif, je sais pas si tu connais. Il y a que deux places, mais le monsieur est très gentil, c'est un jeune. Et il y a des milkshakes, des je sais pas quoi, encore des smoothies, des trucs que je connais pas, tout ça. Mais moi j'ai bu un café l'autre jour. C'est bien hein (F, 1).*
>
> *Ce matin, je me suis payé un petit café au bar ! [Rires] D'abord j'ai pris un ticket pour gratter quoi, un fétiche. Il dit, ah t'as gagné un euro qu'il me dit, le barman. Après, je dis bah remets en jeu. Et bien, j'ai rejoué. Et puis j'ai gagné 4 euros […] ENQ : C'est sympa comme endroit? REP : Oh oui, oui, oui. C'est ça. Et eux [les barmans] aussi ils sont sympas. Parce qu'ils me conseillent. Quand c'est en travaux là. Alors ils me conseillent d'aller par l'autre côté. Pour moi, pour que ce soit facile quoi [avec son déambulateur]. Puis j'ai payé un petit café au barman aussi. Et puis à la dame aussi. Ils sont très gentils, c'est pour ça (F, 1).*
>
> *ENQ: Tu vas de temps en temps au PMU ? REP : Ah oui, je m'entends bien avec Samuel et Jacqueline [les gérants du PMU] (H, 1).*

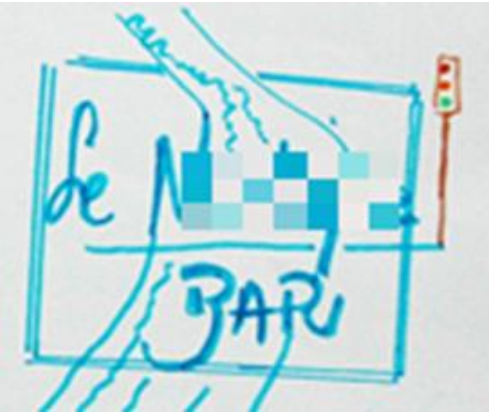
Un changement de propriétaire peut d'ailleurs dissuader certains participants de fréquenter des cafés où ils avaient pourtant l'habitude d'aller. Le fait de ne plus connaître le barman rend la pratique du café moins agréable, d'autant plus si on ne connaît pas les autres clients :

> *ENQ : Et le petit café où tu vas, tu vas juste acheter tes cigarettes là-bas ? REP : Oui. Ou quelques fois je prends un café. Enfin, je prenais un café. Mais maintenant il y a personne que je connais. Alors avant, comme la personne [barman], je la connaissais, bon je prenais souvent un café, ou elle me l'offrait, mais bon. Maintenant ça a changé, alors je prends juste ce que j'ai besoin (F, 2).*

Pour d'autres participants, ce sont les relations avec les autres clients qu'ils recherchent. Il s'agit de *voir du monde*, de profiter d'une ambiance propice aux discussions de

comptoir, c'est-à-dire de pouvoir parler de tout et de rien, de météo et de philosophie, comme l'explique ce participant, qui décrit le café où il aime se rendre de temps en temps :

Figure 28 : Le café comme lieu de rencontres



Je suis en terrasse, au soleil. Quand ça tape trop, [la propriétaire du café] a un auvent qu'elle déplie. Voilà quoi. Bon, et puis il y a des gens qui sont assez sympas là chez elle. C'est là que je vais […] Je dis bonjour à pas mal de gens ici, je suis connu, mais, des gens que je connais pas, ni d'Eve ni d'Adam, enfin, j'aime pas l'expression parce que c'est connoté. Mais il y a des personnes que je salue et tout mais je les connais pas vraiment quoi. ENQ : Vous vous connaissez comme ça de vue ? REP : Ouais, de vue, au café quoi. Bah tu parles du football, de la pluie et du beau temps et puis des massacres quand c'est la tragédie qui arrive. Bon ce qui nous arrive, c'est des discussions. Enfin, on parle pas des sujets lourds en fait. C'est beaucoup de la météo […] Je me bagarre avec [Jean]. [Jean] c'est un super, il est super fort et tout. J'ai pas son nom en tête. Il est très fort en philosophie. Très fort. Alors je discute avec lui de certaines choses quoi, sur la chrétienté. Lui il est pas chrétien. Il lit Jacques le Fataliste de Diderot. Il me dit lis ça, tu verras (H, 1).

Cet extrait illustre bien la nature des relations de café. Ce sont des personnes que les participants ne connaissent pas très bien, ce ne sont pas des amis, mais des gens qu'ils croisent comme ça, avec qui la conversation sera plus ou moins intéressante. Ce sont des connaissances qu'ils ne verront pas en dehors du café, mais qui seront toujours disponibles en ce lieu pour discuter.

Pour ces participants, la pratique du café est un moyen de se *resocialiser avec le tout-venant dans la ville*, comme l'explique ce participant qui a dessiné sur sa carte mentale un café dont il apprécie lui aussi l'ambiance :

Figure 29 : Une pratique sociale du café, pour se resocialiser avec le tout-venant, dans la carte d'un participant dans la soixantaine
Painter S., 2018 – Source : enquête 2016-2017

En fait je profite d'un moment de répit pour aller dans les cafés ou dans les bars. Par exemple, ce matin j'avais un moment de répit, je suis allé boire un café. C'est machinal pour moi, j'ai besoin de me ressourcer pour aller boire un café dans un café. Voir d'autre monde. Pour voir d'autres personnes surtout […] C'est histoire de rompre la monotonie. Voir du monde. Ça fait partie de la resocialisation, c'est important à mon équilibre ça. J'ai pas besoin de consommer d'alcool. ENQ : Qu'est-ce que tu appelles la resocialisation ? REP : Discuter avec des gens, être sur un même pied d'égalité, se trouver à parler de tout et de rien. C'est l'ambiance café quoi, déconner... ENQ : Tu vas souvent boire un petit café comme ça ? REP : Ouais, j'aime bien ça. Ça me permet de me resocialiser. Avec le tout-venant, dans la ville […] Ce bar pour moi, il a son intérêt quand il y a du soleil, vraiment c'est génial. La clientèle est malfamée, mais qu'est-ce qu'on rigole ! ENQ : Pourquoi tu te mets en terrasse ? REP : Parce que ça cause plus, parce qu'on rigole bien, parce que... On fait pas les 400 coups mais on déconne quoi. Et puis ça change quoi. Je sais pas pourquoi. J'ai connu ça plus jeune, mais cette ambiance n'était pas comme ça. Les gens étaient beaucoup plus crispés les uns envers les autres, tandis que là, c'est beaucoup plus cool. Ou alors c'est moi qui suis devenu beaucoup plus cool, je ne sais pas [Rires] (H, 2).

En analysant la manière dont les participants qualifient leurs relations sociales, on s'aperçoit que celles-ci sont hiérarchisées. Les participants établissent une distinction assez forte entre leurs relations d'amitiés – qui sont rares et souvent reléguées au passé – et leurs relations de voisinage ou leurs relations de café, qui sont agréables mais qui apparaissent aussi plus anodines et qui sont indissociables de certains lieux dans la ville.

III Un sentiment de solitude à l'égard d'une vie sociale jugée insatisfaisante

Comme l'explique cette participante, *c'est pas juste faire les courses, il y a autre chose qui fait que je me sens mieux (F, 1).* Lorsque les participants fréquentent ces lieux qu'on vient d'évoquer, on constate qu'ils sont surtout à la recherche d'interactions sociales. Ces petits liens qui se tissent au domicile d'un voisin, dans les commerces ou dans les cafés font du bien aux participants, parce qu'ils les engagent dans des rapports aux autres, venant rompre la solitude dont ils souffrent, pour le temps d'un échange. Il ne faut donc pas sous-estimer la valeur et l'importance de ces petits liens du quotidien. Mais on ne peut pas non plus négliger l'autre facette de ces sociabilités. Si ces petits liens sont décrits comme importants par les participants, ils sont aussi jugés insuffisants et peuvent générer de la frustration, voire

les renvoyer à leur propre solitude. Ces connaissances croisées dans le quotidien ne suffisent pas à combler la solitude des participants. C'est pourquoi on peut parler d'un réseau relationnel en demi-teinte, pour mettre en avant cette ambivalence qu'on retrouve dans les discours des participants. Ceux-ci ne sont pas complètement isolés sur le plan relationnel. S'ils n'ont que très peu d'amis, la grande majorité d'entre eux fréquentent au moins une personne dans la semaine, sans compter les échanges avec les autres adhérents du GEM. Pour autant, tous affirment au cours des entrevues souffrir de solitude. C'est même l'une des principales raisons pour lesquelles ils viennent au GEM, pour se sentir moins seul. Il faut donc interroger davantage cette insatisfaction vis-à-vis de leur vie sociale.

1 Des difficultés à tisser des relations de qualité

Les participants ne sont pas complètement isolés sur le plan relationnel, mais tous affirment souffrir de solitude. Face à ce constat, il est nécessaire d'interroger la qualité des relations actuelles des participants. Suffisent-elles à satisfaire leurs besoins relationnels ?

1.1 Des relations vécues comme insuffisamment satisfaisantes

Les différentes relations que nous avons étudiées jusque-là ont été présentées comme importantes. Mais en même temps, elles sont aussi vécues comme insuffisamment satisfaisantes par les participants. Or, comme le souligne Curtis (2010), la qualité de l'environnement social d'un individu est un déterminant essentiel de sa santé mentale et de son bien-être. La souffrance occasionnée par la solitude et les risques de dépression qui lui sont associés, se retrouvent dans de nombreuses d'études portant sur les personnes en fragilité psychique vieillissantes (Auslander et Jeste, 2002 ; Cummings et Kropf, 2009 ; Ibrahim et al, 2010). Le manque de contacts sociaux et la détresse psychologique figurent parmi les besoins non satisfaits les plus importants chez les personnes en fragilité psychique vieillissantes (Cummings et Cassie, 2008).

On retrouve ici la double facette des géographies quotidiennes, qui oscillent entre prises et manques de prises. Les lieux qu'on a qualifiés de points d'ancrage relationnel dans la section précédente peuvent aussi, pour un même participant, être porteurs de frustration et renforcer son impression de manquer de prises.

Nous avons vu que presque tous les participants reconnaissaient ne pas avoir de *vrais amis*, c'est-à-dire des relations basées sur la confiance et l'échange. A cela s'ajoute le fait que les participants peinent à rencontrer et à nouer des liens avec des personnes qu'ils auraient choisi de fréquenter pour ce qu'elles sont, et non par défaut, parce qu'ils se sentent seuls. La plupart de leurs connaissances ont été rencontrées à l'hôpital psychiatrique, au café, dans des services d'accompagnement social, ou bien parce qu'il s'agit de voisins, avec qui ils ne partagent pas spécialement de centres d'intérêt, mais qu'ils fréquentent, faute de connaître d'autres personnes. Cela peut générer de la frustration ainsi qu'une impression de se trouver en décalage avec les autres qu'on est amené à fréquenter.

> *Bon, j'y vais comme ça [chez ma voisine], mais c'est très, très court. Je reste pas. ENQ : Tu restes pour un café ? REP : Ouais, ou un thé. Mais j'ai pas... [Silence] On n'est pas sur les mêmes longueurs d'onde quoi. Là je vous présente le dossier des sciences humaines [un magazine de sciences sociales qu'il avait apporté pour*

l'entrevue], vous, vous arrivez à comprendre. Euh là [ses voisins], on va me regarder, on va me dire, je vois pas là. Je comprends pas de quoi tu parles (H, 1).

Evoquant son quartier pendant l'entretien, ce participant dans la soixantaine raconte que *c'est sympa*, parce qu'il a *sympathisé* avec *ses deux petits voisins.* Mais au moment de dessiner sa carte, il amène d'autres informations quant à la nature de sa relation avec ces personnes. Il met notamment en avant le fait qu'ils n'ont pas vraiment grand-chose à se dire, bien qu'ils se voient deux fois par semaine :

Je vais mettre mes deux voisins [Ecrit « 2 voisins » sur sa carte]. Ils viennent deux fois par semaine. Ils parlent peu alors, c'est pareil, c'est un peu particulier. Lui, il est assez particulier. Avec lui, il faut faire les questions et les réponses, il parle pas. Alors on n'est pas à l'aise quoi… Mais c'est son tempérament. Alors bonjour quoi ! Pfff. A un moment, je dis plus rien et puis il part. A un moment, il devient pas intéressant du tout quoi (H, 2).

De nombreux participants sont ainsi à la fois satisfaits et insatisfaits de leurs relations sociales. Les discours sont souvent marqués par cette contradiction.

Cette participante a l'habitude de rencontrer chaque matin trois connaissances au café. Elle est à la recherche de lien social et elle sait que dans ce café, elle trouvera des personnes avec qui discuter. Pour autant, au moment de dessiner sa carte, elle décide de ne pas indiquer le café en question, du fait qu'elle reste assez insatisfaite du lien qu'elle peut avoir avec ses trois connaissances. Et en même temps, malgré cette insatisfaction, elle continue de se rendre régulièrement à ce café :

Bah je te dis, moi je bois facilement un café à la terrasse d'un bar. C'est quand je trouve d'autres personnes. Je demande si je peux m'installer avec eux. Et je prends ma consommation. ENQ : Ça t'arrive souvent ? REP : Oh bah c'est toujours les mêmes. Je pars d'ici à 9h moins le quart, je suis sûre de les trouver. ENQ : Tu veux l'ajouter à la carte ? REP : Ouais bof non […] Bah je m'arrête. Je paye mon café. Mais je ressors pas satisfaite de la conversation, parce que ça reste trop superficiel. Bah c'est comme ça... Mais c'est pas la peine que je les invite à manger par exemple. Je sais qu'ils viendront pas. Notre lien se passe en 20 minutes. Le temps de boire un café (F, 1).

On retrouve le même type de discours chez ce participant, qui affirme apprécier les conversations avec les autres clients du café qu'il a l'habitude de fréquenter, tout en expliquant un peu plus tard dans l'entretien que ces relations de café ne lui apportent pas grand-chose en fait :

[Au bar] j'y vais de moins en moins. Les relations de café étant ce qu'elles sont, ça m'apporte pas grand-chose. J'ai fait le tour quoi (H, 1).

1.2 L'impression de ne pas avoir de maîtrise sur son réseau relationnel

Rencontrer de nouvelles personnes peut être difficile pour les participants. Plusieurs d'entre eux ont témoigné lors des entrevues de leurs difficultés à aller vers les autres et à s'intégrer dans des groupes.

Je n'ai jamais été assez doué sur le relationnel. Je le fais mais bon, c'est pas mon truc (H, 2).

Des fois [à la boulangerie] je croise des gens que je connais bien, on parle un petit peu, mais ça dure jamais bien longtemps. ENQ : Tu voudrais que ça dure un peu plus longtemps ? REP : Non. J'ai du mal. Je ne parle pas beaucoup. J'aime pas trop discuter trop longtemps avec les gens. Je sais pas trop quoi dire quoi. ENQ : Ça t'arrive de te retrouver dans des situations où tu ne sais pas quoi dire ? REP : Oui, ça arrive. ENQ : Et d'avoir envie de partir ? REP : Oui (H, 2).

Certains ont lié leurs difficultés sociales aux mauvaises expériences dont ils ont été victimes par le passé, qui ont profondément entamé leur confiance en eux, leur santé mentale et leur capacité à aller vers les autres :

[A l'ESAT] au début j'ai eu du mal à m'adapter, maintenant ça va bien. Avec les autres, c'est toujours pareil, j'ai toujours eu du mal à m'intégrer. ENQ : Tu veux dire à l'ESAT ? REP : Non, partout […] Moi j'ai toujours été rejetée, alors ça m'a amené des fragilités psychologiques (F, 1).

Néanmoins, ces éléments n'expliquent qu'en partie le caractère restreint du réseau relationnel des participants. D'autres facteurs interviennent. Plusieurs ont mis en avant l'idée que leur parcours de vie les avait conduits à ne pouvoir fréquenter qu'un seul type de population, à savoir des personnes en difficultés économiques et sociales. C'est ce qu'exprime ce participant dans l'extrait suivant, où il témoigne de son sentiment de décalage, tout en reconnaissant qu'il fait lui aussi partie de cette population en difficulté.

Je suis avec des gens en difficultés sociales. Evidemment. Donc c'est inhérent aux problèmes d'alcool. […] Avec des itinéraires complètement différents du mien quoi. Rien à voir, mais j'accepte le fait de rencontrer des gens sur ma route, des gens qui sont en grandes difficultés. Qu'ont été dans des grandes, grandes difficultés. Dues pas mal à des addictions quand même. Et je, je pense, mais bon. On s'adapte quoi […] J'étais pas amené à les rencontrer sur ma route, parce, parce qu'elles sont peut-être pas d'un niveau... Je, je... Ça c'est des jugements, des a priori, des jugements de valeurs. Mais bon, c'est pas un terrain euh, je dirais... C'est, enfin... Non, mais c'est sur le plan analyse et intellectuel, sur le plan purement intellectuel, c'est vrai que euh, bah, chacun a son jardin secret. Et celui qu'était mécano et qu'a eu des problèmes l'alcool dans sa vie, bon, il a pas les mêmes références que moi qui cherche une autre voie. Mais en même temps je suis aussi aliéné, excusez-moi, que ces gens-là. Donc voilà (H, 1).

La plupart des participants ont témoigné lors des entrevues des difficultés qu'ils rencontraient à pouvoir fréquenter des personnes qu'ils auraient choisi de fréquenter. Ils ont peu accès à des lieux où ils pourraient rencontrer d'autres personnes.

Rappelons que la majorité des participants ne travaillent pas. Or, le lieu de travail peut constituer un important réservoir de rencontres. C'est d'ailleurs là que l'une des participantes cinquantenaires a tissé la plupart de ses relations. Les quelques personnes qu'elle fréquente ont toutes été rencontrées dans l'ESAT où elle travaille actuellement. Elle rappelle néanmoins lors de l'entrevue que ces personnes ont été rencontrées en milieu protégé, par opposition au milieu ordinaire, où *elle s'était fait des amis, mais plus maintenant*.

Comme nous l'avons vu dans le chapitre 4, de nombreux participants ont dû interrompre leur carrière professionnelle suite à des problèmes de santé mentale. Les contacts

avec leurs anciens collègues sont difficiles, comme le raconte ce participant qui a dû cesser son activité suite à un diagnostic de bipolarité :

> *Je les sens très froids. Le fait de savoir qu'on est à l'abri de rien, de délires, de choses comme ça, ça les refroidit. Ils ne m'adressent pas trop la parole. Ils sont moins bavards et moins chaleureux. C'est de la peur je crois (H, 2).*

Les participants ont également peu accès aux espaces de loisirs dans la ville, tels que les lieux culturels, les sorties en groupes, etc. Cette question est abordée plus précisément dans le chapitre suivant portant sur les loisirs.

Les participants ont souvent l'impression de n'avoir que peu de prises sur leur réseau relationnel, du fait que celui-ci est rarement composé de relations électives, c'est-à-dire ayant été choisies sur la base de leurs préférences. C'est ce qui peut expliquer en partie la solitude dont ils souffrent, bien qu'ils côtoient plusieurs personnes régulièrement, comme on a pu le constater dans les deux premières sections du chapitre. Rappelons qu'une « personne ressent la solitude lorsqu'il y a un déséquilibre entre les relations sociales réelles et les relations sociales désirées. Ainsi, même si la personne objectivement n'a pas de raison de se sentir seule, elle pourra expérimenter la solitude si ses relations sociales sont en deçà de ce qu'elle souhaite, ou si ces dernières ne comblent pas entièrement ses besoins (Peplau et Perlman, 1982) » (Pitaud et Redonet, 2010 :71).

2 Le manque de liens au sein du voisinage

A ce manque de relations sociales significatives au sein de leur réseau relationnel, il faut ajouter que les participants ont globalement l'impression de ne pas être en lien avec les autres personnes présentes dans les espaces publics de manière générale. Parmi ces espaces publics, commençons par nous intéresser au voisinage. Nous avons vu que neuf participants parvenaient à établir des accroches avec certains voisins clairement désignés dans les entretiens. Mais qu'en est-il du reste du voisinage ? Les participants trouvent-ils dans cet espace de proximité autour du logement l'occasion de discuter avec les autres habitants ?

Seuls trois participants se disent assez satisfaits de leurs relations de voisinage. Deux participantes dans la cinquantaine et un participant dans la soixantaine décrivent des rapports polis avec leurs voisins, avec parfois quelques échanges de services. Ils expliquent que ce degré d'échange dans la relation leur suffit amplement :

> *Je suis pas très copain copain avec les voisins, très peu. Mais par contre, on se respecte quoi. On se voit dans le couloir, on peut parler deux minutes ou on se dit bonjour, il y a pas de... […] J'ai pas envie de copiner. C'est pas des amis pour moi. Enfin, c'est pas… On est des voisins, c'est bien. Mais j'ai pas envie d'en faire des potes quoi. Non, c'est, c'est... On se respecte mais on garde nos distances quoi. Chacun sa vie (F, 1).*

Pour les onze autres, c'est une tonalité différente qui caractérise leurs relations de voisinage. En fait, il faudrait plutôt parler d'absence de relations, car ces participants ont surtout décrit des rapports avec leurs voisins relevant du registre de l'indifférence, souvent à leur grand regret.

Un participant soixantenaire, qui est né dans le village où il habite, a vu les sociabilités rurales qu'il connaissait disparaître à mesure des arrivées de populations plus jeunes. Il se

souvient avoir grandi avec les anciens du village. Devenu lui-même aujourd'hui l'un de ces « anciens », il ne retrouve plus ces liens avec les jeunes générations :

> *Les anciens ont été remplacés par des jeunes, qui sont tous locataires dans le village. Dans des maisons qui ont été laissées par ces anciens. Et pas de bonjour, pas de bonsoir, rien du tout ! Ils vivent en circuit fermé. Ils ont leurs amis je pense. Par contre leurs voisins ça les indiffère quoi. Alors tu dis bonjour une fois, ils répondent pas, bah après tu dis plus rien quoi. C'est nul, c'est triste. C'est comme ça (H, 2).*

Il se sent en décalage avec ces nouveaux voisins qui s'installent peu à peu dans son village et dont le mode de vie et les rapports de voisinage lui paraissent trop tournés vers l'entre-soi. Il se dit isolé au sein de son quartier, du fait qu'il n'a pas de contact avec ses voisins, mis à part deux d'entre eux avec qui il a tissé une relation :

> *A part ces deux voisins-là qui viennent de temps en temps chez moi, dans le reste du village, je côtoie personne hein (H, 2).*

Une autre participante cinquantenaire vit dans un lotissement construit 50 ans auparavant pour accueillir des ouvriers dans une commune périphérique de B. Depuis son arrivée il y a 10 ans, elle n'a pas réussi à tisser de liens avec les autres résidents, sauf une voisine. Ceux-ci ont vieilli ensemble, dans ce quartier marqué par une histoire collective, celle du travail à l'usine, et à laquelle cette participante n'appartient pas. L'indifférence de ses voisins, à laquelle s'ajoute le sentiment d'être différente de par son âge, son statut de mère célibataire, son chômage, accentue le sentiment d'être isolée au milieu de son quartier :

> *Mais le lotissement, c'est beaucoup des anciens, qui travaillaient chez [nom de l'usine], donc ils se connaissent déjà et... Ça a été construit en 1960, par là... 65... Donc, c'était pour les gens qui travaillaient à l'usine qu'était à côté quoi et qui maintenant est fermée. Donc c'est beaucoup des anciens et c'est... Ça communique pas quoi. Si on n'est pas du lotissement, c'est des personnes qui sont quand même depuis 55 ans dans le lotissement et... Ils communiquent entre eux, ils se connaissent depuis 55 ans, mais... Voilà, il y a pas de contacts. Ils sont pas ouverts ! Moi j'allais vers eux, tout ça, mais… Et puis, ils sont en couple, donc ils sont plus amenés à se parler entre eux, voilà, parce qu'ils se connaissent depuis longtemps quoi. Et voilà. Les trois maisons qui sont autour de ma maison, ils se parlent entre eux et puis voilà (F, 1).*

Le manque de contacts avec ses voisins a commencé à lui peser davantage lorsque son fils est devenu adolescent et que la communication entre eux s'est étiolée. Au cours de l'entretien, la participante décrit la manière dont l'absence de contacts au sein de son quartier qu'elle appelle *[son] truc*, génère une ambiance qui lui est particulièrement délétère. Elle explique se sentir mieux à partir du moment où elle quitte physiquement son lotissement :

> *Dès qu'on arrive dans le bourg de [son village], ça va. Mais moi je suis à la sortie du bourg et c'est vrai que c'est... C'est vraiment très, très calme […] C'est pour ça j'aime beaucoup quand je, bah si je prends ma voiture et que je viens sur B, c'est plus ouvert quand même. C'est plus populaire. [Son village], le centre euh, ça va encore. Je connais du monde, en faisant des petits ménages chez des particuliers, euh ça communique. B, je m'y sens mieux quand même. Dès que je prends ma voiture, c'est marrant, c'est dès que j'arrive au centre de [son village], je commence à me sentir mieux. Oui, c'est le lotissement où je suis, parce que c'est vraiment feutré et c'est très, très calme et là c'est peut-être aussi... Bon, tant que [son fils] était petit, bah je le*

ressentais pas ça, parce que j'avais tout le temps... Mais avec [son fils], il y a plus ce lien de partage ensemble, de communication, voilà, pour ça. C'est parce qu'il y a plus cette communication. Donc, voilà, c'est depuis qu'on communique moins avec mon fils que peut-être que, voilà, ça y est, je me sens... Ça commence dès que j'arrive dans le centre. Mais ça fait ça, quand même des gens du centre, ils viennent en vélo dans mon truc... [Rires]. Oh là là. Bah oui, parce qu'on entend les voitures passer, on voit, bah il y a l'église, on voit les gens bouger, c'est que voilà, ça manque de... Voilà... De voir du monde quoi, si je regarde par la fenêtre, il y a rien à voir quoi [Rires]. Heureusement qu'il y a mon jardin ! (F, 1).

Citons également le contexte résidentiel d'une autre participante cinquantenaire, encore différent de ceux cités précédemment. Celle-ci vit dans un petit appartement situé dans un quartier central de B. Mais là encore, elle explique souffrir de l'indifférence de ses voisins. Elle prévoit même de boycotter la prochaine réunion de quartier pour exprimer son énervement vis-à-vis du manque de lien social entre les habitants :

Il y a un truc qui m'énerve aussi beaucoup, c'est qu'entre gens qui se connaissent, c'est-à-dire qui ont fait dix activités en commun, ou de voisinage, enfin, et qui ne disent pas bonjour. Moi ça, ça me blesse. Et donc je crois que c'est le 4, il y a une réunion de quartier. Donc c'est la 3e, mais moi j'étais présente qu'à la 2e. Et je n'irai pas à la 3e. J'ai déjà prévenu les personnes. ENQ : Pourquoi tu n'iras pas ? REP : Parce que justement, les gens du quartier, je sais pas si c'est qu'à mon égard, mais, bah, je trouve pas de chaleur avec ces gens-là […]. A la 2e réunion de quartier, ils ont parlé de l'aménagement du quartier. Pour répondre aux besoins de la municipalité, qui elle aussi a des projets. On peut dire si ça, ça nous plaît ou si ça nous plaît pas. Bon, moi je m'en fous, qu'il y ait un hôtel de 10 étages. Il se construit, moi je m'en fous! [Rires] Moi j'aimerais bien qu'on me parle plus de lien social effectivement. Donc j'attends la convocation. Par mail. Et je vais sans doute réagir. Parce que bon, on peut être différent des gens que ces gens-là veulent avoir dans leur relation, ça je comprends tout à fait. Mais c'est pas pour autant qu'il ne faut pas dire bonjour, comment allez-vous... Moi je rends service à une personne âgée du quartier. Bah il m'arrive de la voir avec son caddy, plein de courses. Bien, je lui monte jusqu'à son palier (F, 1).

Citons enfin un dernier exemple avec ces trois participants qui vivent dans des hameaux, c'est-à-dire une agglomération de quelques habitations située en milieu rural. Là encore, les contacts avec le reste du voisinage demeurent assez restreints.

C'est un village. Alors il y a plusieurs maisons. Il y a, je sais plus, une cinquantaine de maisons peut-être. Tu vois. Et moi je me trouve au milieu. Mais par contre et bien en face, juste à côté de ma maison, il y a ma sœur aînée qui a une maison parce qu'elle a héritée en même temps que moi. Juste en face il y a une maison qu'une de mes sœurs a héritée aussi. Mais bon, pendant un moment elle l'habitait mais maintenant ils ont rénové une autre maison ailleurs. Donc je me trouve là isolée au milieu. Et il y a ma nièce, mais comme je te disais, elle, elle a ses enfants, donc je la vois pas beaucoup. C'est pour ça que je me sens isolée (F, 2).

C'est un quartier où on est de plus en plus seuls parce que j'ai une voisine qu'a perdu son mari il y a un an et demi. Sinon, j'ai une autre, une femme qui est dans la

même rangée de maisons. Elle passe six mois de l'année à l'île de la Réunion. Et sinon, il y a juste, euh, un voisin qui est là de temps en temps, mais il fait de la vente de pommes à domicile. Alors il part le matin, des fois on ne le voit pas même, ça lui arrive même de rester dormir dans son camion. Alors on le voit pas souvent. Non, il y a pas beaucoup de contact avec les voisins. C'est peut-être un peu négatif (H, 2).

Certes « on ne voisine pas de la même façon d'un lieu à un autre, et les diverses formes locales de l'habiter se montrent plus ou moins favorables à la culture des relations de voisinage » (Clément et al, 2010 :126). Pour autant, nous sommes là face à des participants qui vivent dans des contextes résidentiels différents, avec des populations habitantes différentes, mais qui ont en commun le sentiment de manquer de contacts avec leurs voisins, de ne pas réussir à tisser de liens au sein de leur voisinage. Ces participants se sentent bien souvent isolés à l'intérieur de leur quartier d'habitation. Or, l'entretien de relations sociales avec les autres habitants d'un quartier, même quand elles se résument à de simples bonjours de courtoisie, contribue au sentiment d'appartenance à un espace commun et partagé. C'est un point sur lequel Clément et al, qui ont travaillé sur le vieillissement et les solidarités de voisinage, insistent, car selon eux, « reconnaître et être reconnu est important pour la constitution de cet espace collectif » (2010 :121).

3 Ne pas se sentir à sa place dans les espaces publics

Outre le voisinage, les participants ont rapporté des expériences négatives dans d'autres espaces publics, où ils ont eu le sentiment de ne pas être à leur place. Ces expériences questionnent ainsi l'accessibilité de ces espaces pour les participants. Examinons quelques-unes de ces expériences rapportées lors des entretiens. Celles-ci s'échelonnent de l'indifférence au rejet.

3.1 De l'indifférence au rejet

Plusieurs participants ont raconté comment d'autres usagers des espaces publics qu'ils fréquentaient refusaient d'entrer en lien avec eux, en les ignorant, en ne répondant pas à leurs questions ou en ne leur renvoyant pas de salut. De telles situations peuvent se produire dans les commerces :

Comme à [son village], les pharmaciens sont pas aimables, pourtant c'est leur métier. Si, il y en a une qui est gentille. Ils rigolent et puis des fois ils disent bonne soirée, mais c'est pas tout le temps. Des fois ils disent rien. Tu leur poses des questions, ils répondent à peine. Ils répondent hein, mais à peine. Du bout des lèvres quoi (F, 1).

Les petits liens, c'est important. A [son village], c'est tellement superficiel, dans tous les commerces, que j'y trouve aucun intérêt là-bas. Aucune accroche, il y a rien qui… J'ai acheté un pull par exemple, la nana, j'avais la flemme d'aller à B pour acheter un pull, c'était plus près d'aller à [son village]. Je savais que c'était assez cher. Les manches étaient trop longues. Je l'ai ramené chez elle, je lui ai fait refaire les manches, je vais le chercher mercredi. Mais c'est une femme qui n'est pas du tout causante. C'est un frigo quoi. C'est pas possible. Je suis allé là pour la facilité des choses, pour pas m'emmerder à faire [le grand centre commercial de B] et je ne sais

combien de magasins et autre, il y en a je sais pas combien et je ne les connais pas bien, alors j'ai dit je vais au plus pressé, je vais sûrement payer cher et j'ai payé cher mais je suis débarrassé après. A part qu'il est un peu grand mais bon (H, 2).

A la suite de cette histoire, ce participant poursuit en expliquant regretter que bien des commerçants de son village soient aussi distants alors même qu'il les fréquente pourtant régulièrement.

[Son village] ça fait ville mais sans… [Son village] ça fait ville, mais côté péjoratif du terme tu vois, distance avec la personne. Dans les commerces […] Quand tu demandes rien et que ça vient de la personne en face, qui t'accroche… C'est sympa quand même ! Mais à [son village], il faut toujours que ça parte du client pour amorcer une discussion parce que le vendeur lui ne dit rien pratiquement. Autrement dans les autres commerces, on te vouvoie. Quand tu vas pas souvent, c'est compréhensible. Mais quand tu vas souvent, comme je parlais du buraliste tout à l'heure, bon, c'est limité… Mais à [bureau de tabac du village voisin], il est plus sympa le mec. Il est plus copain si tu veux dans les relations (H, 2).

Les situations où les participants se sentent ignorés se produisent également dans la rue, où là encore ils peuvent faire l'objet d'un déni de reconnaissance, en se voyant « refuser le statut de partenaire à part entière dans l'interaction sociale et être empêché de participer en tant que pair à la vie sociale » (Fraser, 2012 :214).

Mais là par exemple quand je t'attendais ce midi, j'étais écœurée parce qu'il y avait une dame qui attendait une autre voiture. Et bah elle n'a pas voulu engager la conversation avec moi. J'ai essayé pourtant. Je lui ai dit, oh il y a beaucoup de circulation, plein de passages... Et puis... Il y a un projet, je sais pas où il en est, c'est de faire une rocade jusqu'à la route de [X], pour désengorger la ville (F, 1).

Ma maman me dit comme ça que la société, elle est tellement bizarre maintenant que j'ai envie de la quitter. Je me dis ça quelques fois moi aussi. Parce qu'il y a trente, quarante ans, c'était pas basé sur les mêmes rapports. T'as qu'à faire une rue commerçante, t'as les commerçants d'un côté et de l'autre, ça fait 16, 17 ans qu'ils ne me parlent pas alors que je passe tout le temps au milieu d'eux (H, 2).

Dans une petite ville où tout le monde se connaît au moins de vue, plusieurs participants ont également l'impression d'avoir reçu une étiquette qui dégrade leurs rapports aux autres dans les espaces publics :

Je connais un tas de monde dans B, je suis un personnage local maintenant. Mais ils engagent que des rapports superficiels avec moi. Ils me causent pas de la même façon dont on me parlait quand j'étais instituteur en poste dans mon patelin. On me prend pour un peu zozo, un peu… Je m'en fiche, je laisse (H, 2).

La théorie de l'étiquetage, développée dans le cadre de l'interactionnisme symbolique, montre qu'un « individu, une catégorie ou un groupe étiqueté et stigmatisé est souvent destiné à expérimenter une perte de statut et à subir une inégalité de traitement » (Lacaze, 2008 :192). Les personnes vivant avec des problèmes de santé mentale font encore l'objet de stigmatisation (Dorvil, 2008 ; Roeland et al, 2012). La maladie mentale et les patients de la psychiatrie ont d'ailleurs constitué des objets de recherche investis par des chercheurs mobilisant l'interactionnisme symbolique (Goffman, 1968, 1975 ; Link et al, 1992 ; Link et Phelan, 2001). Mobilisant la théorie de l'étiquetage, Lacaze rappelle que « les individus

stigmatisés ont tendance à s'appliquer à eux-mêmes des conceptions péjoratives et auto-discriminatoires du trouble mental […] Ces traits sont ensuite intériorisés par chacun, notamment par les cibles de la désignation sociale, et considérés comme valides. Les individus stigmatisés auraient tendance alors à s'appliquer à eux-mêmes des conceptions défavorables et erronées du trouble mental, par le fait de l'intériorisation de ces préjugés et du blâme » (2008 :187).

> *Le souci c'est que moi je suis [habitante de B] depuis 20 ans. Bon on m'a vu parfois avec des gens, mais c'est quand même pas si souvent que ça. On me voit plus souvent seule qu'accompagnée. Donc, donc... Est-ce que les gens se disent oh t'as vu, celle-là... Elle est toujours seule ! ENQ : Tu penses que les gens se disent ça ? REP : Oui, je commence à le penser. Parce que donc avant d'arriver sur B, j'ai eu une vie maritale de 5 ans. Et avant j'ai eu 2 copains qu'ont duré à peu près 1 an. Et ben j'en concluais que je plaisais quand même. Et bah maintenant… Vingt ans de vie [à B] […] Bah les gens, ils posent une étiquette. On m'a fait des réflexions sur ma tenue vestimentaire (F, 1).*

Le manque de reconnaissance, produit par le refus de l'échange ou l'apposition d'une étiquette, est particulièrement déplaisant et mal vécu par les participants. Mais ceux-ci font parfois l'expérience d'échanges encore plus désagréables, en se voyant parfois ouvertement rejetés de certains lieux. Il y a des lieux où les participants n'aiment pas se rendre parce qu'ils savent qu'ils risquent de recevoir des remarques ou d'être victimes de moqueries. Ces attitudes peuvent ainsi influencer le choix de fréquenter tel ou tel lieu. Cette participante par exemple évite un certain bureau de tabac à B car elle s'y sent jugée par le patron qui n'est pas particulièrement agréable avec elle :

> *Il y a un bureau de tabac là juste à côté. Bon, moi j'aime pas le patron. Ni sa femme, je l'aime pas. Mais bah quelques fois le soir à 8h, si j'ai plus de cigarettes, je vais là. Mais je préfère prendre mes cigarettes ailleurs. Et l'autre jour, je lui dis, ça fait longtemps que je suis pas venue, j'étais à l'hôpital psy. Il me dit ah bon, il y a un hôpital psychiatrique à B ?! Je lui ai dit bah oui. Non je l'aime pas. Non mais c'est con parce que moi j'aime pas ça, parce que quand même, s'il était un peu plus sympa avec moi, j'irais peut-être plus chez lui. C'est pas commerçant (F, 1).*

Cette autre participante explique qu'elle est régulièrement victime des moqueries de la part de certains caissiers du supermarché de son village, au point qu'elle a peur désormais d'y aller seule, même si elle se force parfois à s'y rendre sans la présence de son frère, de ses parents ou de ses copines :

> *J'aime pas super U parce qu'ils se moquent de moi là aussi. Les caissiers. A la caisse. Et tu vas pas en revenir, mais il y a une caissière qui est conne comme tout avec moi. Il fallait que je devine le prix pour payer tout ça ! Depuis que je suis venue avec mon grand-frère elle est toute gentille par contre […] Partout où je vais c'est pareil. Mais il y a des gens comme toi, pas que toi, mais il y en a d'autres qui sont gentils quand même. Non, mais il y en a qui me traitent, faut voir comment… A Super U, j'y vais, mais avec une copine ou avec mes parents. Des fois je me force des fois à y aller toute seule. Je me force (F, 1).*

Un autre participant dans la soixantaine, qui aime l'ambiance des cafés, explique qu'il ne se sent pas à sa place dans certains établissements, notamment l'un d'entre eux qu'il décide de dessiner sur sa carte mentale accompagné d'un signe de sens interdit :

Figure 30 : Un sens interdit dessiné sur la carte pour marquer un café où ce participant dans la soixantaine ne se sent pas accepté
Painter S., 2018 – Source : enquête 2016-2017

Il y a un café où je suis mal vu et je sais pas pourquoi. C'est à côté de chez [nom d'un café]. Je mets un sens interdit. Ça s'appelle [nom du café] Alors là, c'est tout juste si j'ai pas assassiné père et mère, on me regarde, on me dévisage. [Dessine un sens interdit au feutre bleu]. Je dis bonjour, on ne me salue pas. Bon bah c'est comme ça. ENQ : Ça vient des clients ? REP : Oh bah c'est des gens qui ont raconté des sornettes sur mon compte et les patrons sont assez bêtes les croire. Voilà (H, 2).

Ce même participant reparlera de ce café lors de nos conversations informelles. L'extrait ci-dessous contient l'une de ces discussions ayant été rapportées dans le carnet de terrain, où il parle de la manière dont il a été traité par le barman ce jour-là :

<u>Note d'observation du 24 mai 2016 (devant les locaux du GEM, pendant une pause cigarette)</u>
Un participant dans la soixantaine me dit qu'il veut me parler de *situations d'exclusion* (c'est le terme qu'il utilise) qu'il vit. Il me dit que ça lui arrive tous les jours. Je lui demande s'il veut bien me raconter un exemple. Il me dit qu'hier encore, il est allé prendre un café. Il avait le compte juste pour ses cigarettes, son café, mais il n'avait pas d'allumettes. Il a demandé des allumettes gratuites au barman, sachant que ces allumettes sont effectivement gratuites, me dit-il. Mais il m'explique que *le barman s'est mis en colère et lui a gueulé dessus*. Il me dit que ça, c'était la première conversation de sa journée. Il me parle du plaisir qu'il avait plus jeune à aller dans les cafés. Mais maintenant, il n'aime plus cette atmosphère. Il me dit que plusieurs cafés de B savent qui il est. Il me dit : *je suis identifié maintenant comme personne en situation de handicap. Et je vis de l'exclusion tous les jours*.

Plusieurs participants expliquent qu'ils font régulièrement l'objet de remarques méprisantes de la part d'autres usagers des espaces publics, notamment de passants dans la rue qui les critiquent ou se moquent d'eux. Presque la moitié de l'échantillon des participants a rapporté des situations de ce type dans les entretiens.

Je me sens de plus en plus à l'aise dans B. J'ai de la répartie facile si on m'enquiquine. Mais l'autre jour quand même je suis tombé, c'est cette période

électorale là, il y a des gens d'extrême droite qui nous traitent de cassos[113] *ou des trucs comme ça tu vois, j'aime pas trop. Et puis c'est tombé l'autre jour sur une bonne femme-là, elle levait la voix de plus en plus quand je passais. Je savais que ça m'était destiné tu vois, je suis pas… Elle disait ouais nous on travaille comme des fous du matin au soir, il y en a qui touchent leur paie à ne rien faire. Bon. Ils prendraient le montant de notre paie, plus notre maladie, ils verraient si c'est agréable de vivre dans ces conditions-là (H, 2).*

Au truc à Pôle Emploi[114] *j'ai parlé. Mais les lycéens se foutaient à moitié de ma gueule. Mais je m'en fous, je parlais quand même. Si je m'arrêtais à ça, je ferai plus rien. Parce que les gens, ils regardent au physique, tout ça. Les gens regardent beaucoup au physique, ils regardent pas ce qu'il y a à l'intérieur du cœur. Parce que moi, je me vante là, mais je suis intelligente. J'ai pas un beau physique mais je suis intelligente. ENQ : Tu trouves que t'as pas un beau physique ? REP : bah non, tout le monde me le dit alors ! Quand je me regarde dans la glace, des fois je me dis, je suis pas plus laide qu'un autre. Et puis, tout le monde me méprise à cause de ça, à cause de mon physique (F, 1).*

On notera que dans ces deux extraits, ces deux participants témoignent de ce type d'expérience, mais mettent aussi l'accent sur le fait qu'ils refusent de se laisser décourager par ce genre de remarques.

Comme d'autres, cette participante a des tremblements importants au niveau de ses mains. Les gens lui font régulièrement des remarques sur cette caractéristique qu'elle ne peut pas dissimuler. Elle raconte une situation de ce type qui lui était arrivé récemment, en mettant l'accent sur la manière dont elle a répondu à la dame qui l'a interrogée :

Ça me fait chier de trembler comme ça. C'est pour ça, j'ai écrit une lettre à une copine, je crois que je vais la recopier parce que... ENQ : Il y a des fois où tu trembles plus que d'autre ? REP : Non, je tremble toujours à peu près pareil. Je vais raconter une anecdote, qui n'est pas si vieille que ça. Donc, en novembre 2016, c'était le mois sans tabac. Donc ceux qui voulaient pouvaient aller à Pôle Emploi. Et là donc bah, chacun avait essayé de trouver sa place. Et il y a une dame qui me dit : Mais Madame, pourquoi vous tremblez comme ça ? Je lui ai répondu, Madame, il n'est pas interdit de trembler [Rire]. Oh ça a fait un froid ! Non mais c'est dingue quoi, je veux dire, je tremble pas par plaisir ! (F, 1).

Ces expériences négatives, qui vont de l'indifférence au rejet, font écho à d'autres études dont les résultats montrent que les personnes en fragilité psychique vieillissantes vivent régulièrement des situations d'exclusion sociale et de stigmatisation, où elles ont l'impression de manquer de contrôle sur leur vie, en n'étant pas respectées et reconnues comme des personnes à part entière (Martinsson et al, 2012). Ces expériences ont un impact très négatif sur l'estime de soi et la capacité à apprécier son quotidien et son existence, car il est fréquent

[113] « Cassos » est un terme péjoratif et familier construit à partir de la contraction de l'expression « cas social » pour désigner une personne en grande difficulté sociale et financière. Un équivalent au Québec pourrait être « bs » qui est un terme péjoratif utilisé pour désigner les personnes allocataires du bien-être social.

[114] Cette participante fait référence à un événement de sensibilisation à la santé mentale organisé à Pôle Emploi pour le grand public et où des lycéens étaient notamment présents. Plusieurs adhérents du GEM s'y sont rendus, dont cette participante, qui a pris la parole lors d'un atelier sur la santé mentale au travail.

que ces personnes intériorisent ces formes de stigmatisation (Dallaire et al, 2008 ; Martinsson et al, 2012).

3.2 Les cafés, des lieux vraiment accessibles pour tous les participants ?

Si le café apparaît comme un lieu de rencontres et d'échanges, Cahagne (2015) rappelle qu'il n'est pas pratiqué par tous et que des critères discriminants influencent sa fréquentation. Nous avons vu que les cafés représentaient pour certains participants un lieu de sociabilité qui leur permettait de discuter avec le tout-venant dans la ville. Cela dit, de nombreux participants (dont ceux qui vont au café) ont émis des réserves quant aux possibilités réelles de pratiquer comme ils le souhaitaient ce genre de lieux.

Une première difficulté concerne le fait de ne pas avoir de personnes avec qui aller au café. Plusieurs participants ne conçoivent pas l'idée de se rendre seul dans un café, notamment parce qu'ils craignent le regard des gens vis-à-vis des personnes qui boivent seules dans les bars. Ce sont majoritairement des femmes qui ont exprimé ces craintes :

> *ENQ : La dernière fois, on s'était arrêté à la crêperie pour prendre un pot [entre adhérents du GEM, après une promenade au bord de l'eau] REP : Oui, ça j'aime bien. ENQ : Tu aimes bien aller prendre un pot comme ça ? REP : Oui. Mais pas toute seule en fait. C'est ça le problème. Alors que là, quand on est en groupe, j'aime bien. Toute seule, c'est pas tentant, ça ne m'a pas tenté. Entrer dans un café toute seule... Si, ça m'est arrivé, pour manger ou voilà. Mais le fait d'être seule, ça ne m'encourage pas (F, 2).*
>
> *ENQ : Est-ce que tu vas dans les cafés ? REP : Non. Sauf au GEM [Rires] Sauf au GEM. Ça m'est déjà arrivé d'y aller. Autrement j'y vais jamais. ENQ : Pourquoi ? REP : Parce que ça ne m'intéresse pas. Il faudrait que j'aie quelqu'un avec moi... Oui... Une ou deux personnes avec pour y aller. Autrement j'irais pas toute seule. Parce que je me trouverais gênée d'aller toute seule dans un bar. Mais si j'étais accompagnée oui, j'irais oui (F, 1).*
>
> *ENQ : Tu vas dans des cafés ou des bars ? REP : Oh non. Oh non parce que j'ai peur du regard des autres sur moi. Autrement j'aimerais bien aller. Mais pas pour boire de l'alcool hein. Pour boire un jus de fruit (F, 1).*
>
> *J'aime pas aller dans un bar toute seule. Et c'est pour ça que j'y vais pas dans les bars. Rentrer dans un bar tout seul, c'est pas évident. Des fois on aimerait bien avoir un diabolo, parce qu'on aime bien. Le diabolo du bar va pas être le même qu'on se fait à la maison. Mais faire la démarche d'aller dans un bar… (F, 1).*

Une autre difficulté concernant la pratique des cafés réside dans le fait qu'il est tentant d'y consommer de l'alcool. Or, plusieurs participants ont eu ou ont encore des problèmes d'alcoolisme. Certains ont donc des réserves à fréquenter les bars, de peur de retomber dans leur addiction. Plusieurs d'entre eux insistent fortement pendant l'entretien sur le fait qu'ils ne boivent pas d'alcool dans les cafés :

> *Je, comment, je bois du diabolo menthe moi [Rires] Ça paraît peut-être drôle mais, il y a une chose qu'il faut que tu saches, c'est que j'ai laissé tomber l'alcool. Parce que déjà avant d'arriver à, comment, [son village], j'en ai déjà trop fait. Quand j'habitais à [son ancien village] là-bas. Ah j'avais des bons collègues mais... C'était. Ça picolait quoi. Si tu vois ce que je veux dire. Oh bah je travaillais, je travaillais*

hein. Mais il y avait la bibine aussi. [Maintenant] je bois plus d'alcool, c'est fini, j'ai arrêté. Non, non. Et puis comme j'ai une voiture maintenant. J'ai [sa conjointe], tout ça. Bah j'y tiens à la voiture, si j'ai plus de voiture, j'ai plus rien. Et puis, les costauds, ils vont pas me faire de cadeau, les gendarmes ! (H, 2).

Certains ont même décidé d'éviter les bars, pour ne pas être tenté par la consommation d'alcool :

ENQ : Café et bar, est-ce que tu les fréquentes ? REP : Non. Rarement. Peut-être par rapport à mon addiction aussi. Voilà. Pour ne pas être tentée. Mais en fin je fréquente uniquement les bars pour aller chercher des cigarettes dans mon village (F, 2).

D'autres continuent de les fréquenter, tout en reconnaissant que *c'est un problème* pour eux :

Bah café bar, c'est un problème pour moi […] [Les endroits] que je connais le mieux de B, malheureusement, c'est les bars [Rires] Oh il y a pas que ça (H, 1).

Bon je m'excuse, je suis désolé, j'ai quand même l'alcool, j'ai une lutte, c'est un combat avec ça. Parce que comme je souffre, bon bah je prends un peu d'alcool. Tout de suite, avec les médicaments et tout hop, ça va mieux. Je sens moins la douleur. Mais en même temps, c'est un piège terrible. Donc là je fais un gros travail quand même, je bois plus. C'est déjà beaucoup. Ça c'est une saloperie l'alcool, c'est un suicide. C'est... Ouais, j'évite [d'aller dans les bars] (H, 1).

On notera enfin qu'un participant a expliqué avoir perdu l'envie de se rendre dans les cafés, quand bien même il reconnaît qu'il s'agit d'un lieu de convivialité et de rencontres :

Fût un temps j'allais au bistrot. Sans aller bien sûr jusqu'à livrer dans les bistrots, mais je veux dire par là, j'aimais bien. Puis maintenant, je n'ai plus aucune envie d'aller au bistrot. Ça m'a carrément... Euh, c'est pareil, c'est cher. Ça revient cher. Autant j'aimais bien aller prendre un pot avec les collègues. Quand ils avaient terminé leur boulot, on se retrouvait là-bas. J'y passais pas ma journée hein ! [Rires] J'allais seulement aux heures d'apéro quoi. Apéro du soir quoi. Histoire de... C'était convivial quoi. Maintenant ça m'a passé. […] Bah à [son village], je fais plus rien maintenant. Parce que je ne vais plus dans les bars. C'est un lieu de convivialité, de rencontre et tout... […] Je sais pas, c'est peut-être le fait que ça coûte cher aussi, ça m'a un peu freiné. Et puis après une fois, n'y allant plus, bah j'ai perdu l'envie quoi. Ouais. Pourtant quand je vois [une connaissance du village] ça m'embête parce que je me dis qu'il est sympa, ce serait bien qu'on boive un pot de temps en temps tous les deux, mais j'ai plus envie (H, 2).

Ce que ce participant décrit ressemble à un phénomène de repli qu'on observe chez certaines personnes âgées, en particulier à mesure que les limitations physiques s'accroissent, comme c'est le cas d'ailleurs pour ce participant. Les études suggèrent que ce phénomène de repli est davantage présent chez les personnes en fragilité psychique vieillissantes, avec un risque accru d'isolement et de dépression (Cummings et Cassie, 2008), comparativement à leurs pairs du même âge qui n'ont pas de problèmes en santé mentale.

Conclusion du chapitre 5

Dans ce chapitre, les géographies quotidiennes des participants ont été analysées au prisme de leur réseau relationnel. L'analyse, qui a tenu compte du regard porté par les participants sur leurs relations sociales, montre que la configuration et la nature des réseaux relationnels présentent plusieurs similitudes, quelle que soit leur situation résidentielle.

L'analyse a tout d'abord fait ressortir plusieurs éléments concernant l'entourage familial des participants, notamment le rôle de soutien qu'assurent les proches dans plusieurs domaines, tels que le soutien social, émotionnel ou encore matériel. Pouvoir côtoyer certains de leurs proches est important pour la plupart des participants, car ils apportent un rempart contre la solitude ainsi qu'un soutien émotionnel non négligeable. Pour autant, on observe aussi une certaine tension dans ces mêmes relations familiales puisque les participants peuvent en même temps avoir l'impression d'être un fardeau, ou du moins de déranger leurs proches, d'être une source d'inquiétude du fait de leurs fragilités.

En dehors du cercle familial, on constate que les réseaux relationnels des participants sont généralement constitués de quelques connaissances – et non d'amis – avec qui ils ont noué des liens. Ces relations sociales sont rattachées à des lieux précis dans la ville, à savoir principalement le domicile d'un voisin, certains commerces et/ou certains cafés. Ces lieux s'apparentent à des points d'ancrage relationnel dans la ville, car les participants peuvent y tisser des liens avec d'autres. Même si ces liens sont souvent superficiels, ils donnent aux participants des accroches qui leur permettent de se sentir comme faisant – un peu – partie de la ville.

Mais nous avons aussi vu que ces liens étaient largement insuffisants pour offrir aux participants une vie sociale pleinement satisfaisante. L'analyse s'est attachée à considérer le ressenti des participants pour mieux comprendre leur solitude et leur insatisfaction vis-à-vis de cette vie sociale. Lorsqu'on analyse le sentiment de solitude des participants, plusieurs éléments ressortent. Le manque de liens avec les habitants de la ville, en particulier dans le quartier de résidence ou dans les lieux que les participants fréquentent régulièrement est un premier élément significatif. On note aussi que la grande majorité d'entre eux peinent à tisser des relations dites de qualité, c'est-à-dire avec des personnes qu'ils auraient choisies pour ce qu'elles sont et avec qui ils partageraient des centres d'intérêt communs. Si les participants bénéficient d'un entourage, celui-ci est surtout composé de connaissances avec qui ils n'ont pas nécessairement de relations très poussées. Enfin, de nombreux participants ont évoqué le sentiment de ne pas se sentir à leur place dans les espaces publics en général, parce que les autres personnes présentes les ignorent, voire les rejettent de manière plus ou moins franche.

Comme nous l'avons évoqué dans l'introduction de cette deuxième partie de la thèse, les géographies quotidiennes des participants oscillent constamment entre prises et manque de prises au sein des lieux du quotidien. Les participants ont des accroches dans la ville, des lieux où ils parviennent à tisser des liens. Mais en même temps, ils ont l'impression de manquer de prises sur leur réseau relationnel, de ne pas avoir la possibilité de rencontrer ou de fréquenter les personnes qu'ils souhaitent, et même parfois d'être rejetés de certains lieux par les autres usagers qui considèrent qu'ils n'y ont pas leur place. Or, pouvoir être présent et accepté dans les espaces publics est primordial puisque ceux-ci contiennent l'idée d'une possible rencontre avec les autres. La difficulté à tisser des relations sociales se traduit par un

manque de prises sur la ville. Un participant soixantenaire raconte que lorsqu'il est arrivé sur B, il ne connaissait personne. Ne sachant où aller, il explique avoir erré dans la ville, jusqu'à ce qu'il tisse des liens avec des patients rencontrés à l'hôpital psychiatrique de B. Son témoignage montre comment l'absence de relations sociales peut se traduire par une forme d'errance dans la ville :

> *[Quand je suis arrivé sur B] j'étais très, très... Très perdu. C'est à tel point qu'à force d'être perdu, je me suis dirigé vers l'hôpital [psychiatrique] ici. J'en avais marre […] J'étais mal parce que je me demandais ce que j'allais faire. Je faisais rien du matin au soir, qu'à me balader. Et puis je connaissais personne. Personne ne me côtoyait et puis bah voilà. Je me suis dirigé vers l'hôpital après. Puis je me suis fait petit à petit des relations comme ça (H, 2).*

Aujourd'hui les participants ne sont pas dans l'errance, puisqu'ils bénéficient de plusieurs accroches relationnelles dans la ville, y compris au GEM. Pour autant, ils souffrent aussi de solitude, expriment aussi un désir de voir davantage de monde et d'être plus en lien avec les autres habitants de la ville, de tisser des relations de meilleure qualité. Rappelons que plusieurs études citées dans le chapitre 1 signalent la non-satisfaction et le manque de prise en compte des besoins relationnels des personnes en fragilité psychique vieillissantes, ainsi que les risques élevés de dépression qui y sont associés (Auslander et Jeste, 2002 ; Cohen et al, 2007 ; Cummings et Kropf, 2009 ; Futeran et Draper, 2012 ; Ibrahim et al, 2010 ; Nour et al, 2010 ; Ortega, 2009).

Chapitre 6 – Pratiques et expériences de loisirs dans la ville

Les loisirs constituent le deuxième thème qui est ressorti de l'analyse des entretiens. L'étude des pratiques de loisirs permet d'observer le rapport des participants à la ville sous un angle trop peu abordé dans la littérature scientifique. Le type de loisirs pratiqués et la manière dont ceux-ci s'inscrivent dans les espaces du quotidien nous renseignent pourtant sur l'inclusion des participants dans la ville. En effet, habiter la ville, c'est aussi pouvoir s'y divertir, y prendre du plaisir et s'y détendre. Mais ces aspects sont souvent mis de côté face à la priorité plutôt accordée dans les études ou dans les débats à la question de l'accès au travail, à l'éducation, aux soins ou encore au logement, dès lors qu'il est question de personnes en situation de handicap (Dubois et Ebersold, 2013). On dispose ainsi d'assez peu d'études concernant les expériences de loisirs de ces personnes, en particulier lorsqu'elles vivent et vieillissent avec des fragilités psychiques (Aubin et al, 2002 ; Carbonneau et Duquette, 2018).

Parmi l'ensemble des activités auxquelles les êtres humains s'adonnent, il n'est pas toujours évident de déterminer ce qui relève du loisir. D'aucuns pourront considérer le jardinage comme synonyme d'un grand moment de plaisir, là où d'autres l'assimileront à une véritable corvée. Pour Fougeyrollas et al, les loisirs correspondent aux « habitudes liées aux activités récréatives ou autres pratiquées durant les temps libres dans un contexte de plaisir et de liberté » (1998). Ce chapitre porte sur les activités que les participants pratiquent (ou ne peuvent pratiquer) dans un but qu'ils décrivent d'abord comme récréatif et distrayant, détaché des strictes contraintes de la vie courante. Précisons cependant que les pratiques consistant à se réunir pour discuter (aller au café, voir un ami, etc.), sans qu'une activité particulière ne soit réalisée en plus (par exemple se retrouver entre amis pour aller voir un film) n'ont pas été retenues ici puisqu'elles ont déjà fait l'objet d'une analyse approfondie dans le chapitre précédent.

L'examen des géographies quotidiennes des participants (chapitre 4) a montré que les lieux associés aux loisirs n'étaient pas complètement absents des espaces de vie. Mais lorsqu'ils sont évoqués dans les entretiens, les participants les ont plutôt associés à des expériences négatives et ont décrit une forte insatisfaction vis-à-vis de leurs pratiques de loisirs, hormis celles qui se déroulent au GEM. C'est ce qu'il s'agit d'étudier dans ce chapitre.

Le chapitre est constitué de trois sections. La première apporte un bref éclairage sur la question des loisirs des personnes en situation de handicap, puis s'attache à caractériser les pratiques des participants en la matière. Quelles sont les pratiques de loisir des participants ? Quelle est leur place au sein des espaces de vie ? Comment s'inscrivent-elles dans les lieux du quotidien ? La deuxième s'attarde sur les facteurs influençant les pratiques de loisirs des participants. Treize variables ont été identifiées dans les entretiens, réparties en trois catégories : facteurs individuels, organisationnels/environnementaux et relationnels. Cette section permet de mieux saisir les nombreux obstacles auxquels sont confrontés les participants et qui contraignent l'accès mais aussi l'expérience même des activités de loisirs. Le chapitre se clôt sur l'étude approfondie d'une pratique de loisirs que les participants ont en commun : la promenade. Activité relativement accessible, la promenade leur apporte des

bienfaits qui les aident à faire face aux angoisses, à aller mieux mais aussi à rencontrer d'autres personnes dans les espaces publics. Cette dernière section sera ainsi l'occasion d'étudier l'importance des loisirs dans le quotidien, leurs effets en matière de mieux-être et les raisons pour lesquelles ces pratiques doivent être soutenues, en particulier lorsqu'elles sont contraintes par les limitations physiques et l'isolement qui peuvent s'accroître avec l'âge.

I Quelles sont les pratiques de loisirs des participants (hors GEM) ?

1 Quelques remarques préliminaires sur les loisirs

Les bienfaits des loisirs ont été mis en évidence par de nombreuses recherches, pour la population générale comme pour des publics plus spécifiques comme les personnes âgées et/ou en situation de handicap, bien que les personnes en fragilité psychique soient souvent absentes de ces études (Carbonneau et Duquette, 2018). Les loisirs sont considérés comme ayant des effets positifs en matière de santé physique et mentale. Leur pratique peut en effet favoriser le bien-être émotionnel et la détente (Evans, 2017), aider à mieux gérer le stress et réduire les risques de dépression (Dupuis et Smale, 1995 ; Douglas et al, 2006). Lorsqu'ils sont pratiqués à plusieurs, les loisirs favorisent la création de lien social, renforcent le sentiment d'appartenir à un groupe et permettent de remplir des rôles sociaux (Carbonneau et Roult, 2013 ; Douglas et al, 2006 ; Fenech, 2008). Les loisirs ont aussi été étudiés en tant qu'ils contribuent à rehausser l'estime de soi et la confiance en soi, accentuent le sentiment de contrôle et de réussite et participent plus généralement à l'épanouissement personnel et à la construction de l'identité (Carbonneau et Duquette, 2018).

Aujourd'hui, la thématique des loisirs s'inscrit de plus en plus dans le champ de la participation sociale et du handicap, avec l'idée que l'accès aux loisirs peut constituer un véritable levier d'inclusion (Cantin et al, 2017 ; Lantz, 2017). Si la loi du 11 février 2005 sur le handicap n'aborde pas la question de manière explicite, plusieurs textes internationaux reconnaissent clairement le droit d'accéder à la culture et aux loisirs pour les personnes en situation de handicap. La Convention relative aux droits des personnes handicapées, adoptée par l'Assemblée générale des Nations Unies en 2006 et ratifiée par la France en 2010, précise que les Etats signataires doivent prendre les mesures appropriées pour permettre la « participation à la vie culturelle et récréative, aux loisirs et aux sports » des personnes en situation de handicap. Or, ce droit aux loisirs et à la culture n'est pas garanti à l'heure actuelle puisqu'on sait que les personnes en situation de handicap ont moins accès que le reste de la population aux loisirs, y compris en France (Christensen et al, 2010 ; Pagán-Rodríguez, 2014). Mais les études manquent encore à ce sujet (Dubois et Ebersold, 2013), en particulier concernant les personnes vivant avec des problèmes de santé mentale (Carbonneau et Duquette, 2018). On sait néanmoins que le désir d'avoir des activités sociales et récréatives qui soient significatives, c'est-à-dire qui aient du sens pour les personnes, figure parmi les besoins non satisfaits les plus importants des personnes en fragilité psychique, en particulier pour celles qui sont vieillissantes (Aubin et al, 2002 ; Bédard et al, 2007).

2 Recensement et classification des pratiques de loisirs des participants

Il s'agit ici d'étudier les pratiques de loisirs dites de proximité des participants, c'est-à-dire celles qui appartiennent à l'espace-temps du quotidien, à la différence du tourisme par exemple. Ici, je m'intéresse aux activités auxquelles les participants s'adonnent régulièrement pour leurs dimensions récréative et occupationnelle, étant entendu que d'autres fonctions peuvent aussi être recherchées, comme le mieux-être ou le lien social. Il ne s'agit pas de dire qu'une activité de loisirs ne peut pas être en même temps une activité sociale. Mais cette analyse tient compte du ressenti des participants, qui dans les entretiens ont fait une distinction entre les activités de loisirs et les activités dites sociales, ces dernières ayant été étudiées dans le chapitre précédent. Par exemple, les participants ne considèrent pas qu'aller au café relève d'une activité de loisirs, c'est pourquoi la pratique du café a été étudiée dans le chapitre 5 et non dans ce chapitre-ci.

Précisons que les loisirs pratiqués au GEM ou par l'intermédiaire du GEM (aller au cinéma par exemple) ont été écartés de l'analyse pour une raison déjà précisée dans l'introduction de la partie II, mais qu'il convient de rappeler. Le GEM est certainement le lieu où les participants réalisent le plus d'activités de loisirs. Pourtant lorsqu'ils ont été interrogés sur leurs loisirs au cours des entretiens, ils ont clairement distingué les activités du GEM du reste de leurs pratiques de loisirs, comme si les activités du GEM relevaient d'une catégorie différente. C'est pourquoi dans ce chapitre le choix a été de s'intéresser aux loisirs que les participants pratiquent en dehors de l'association. C'est d'ailleurs surtout à ce niveau qu'ils rencontrent des obstacles contraignant leurs pratiques, contrairement au GEM qui propose un cadre plus inclusif. Les activités organisées dans le cadre du GEM, du fait de cette spécificité très perceptible dans les discours des participants, font ainsi l'objet d'une analyse à part entière dans la troisième partie de la thèse.

Au total, 68 pratiques de loisirs (hors GEM) ont été identifiées dans les entretiens, puis réparties en quatre catégories, selon le cadre au sein duquel les activités étaient réalisées. Elles sont récapitulées dans le tableau ci-dessous, accompagné d'un graphique représentant la part de chaque catégorie pour l'ensemble des 68 pratiques.

Tableau 15 : Classification des pratiques de loisirs des participants (en dehors du GEM)
Painter S., 2018 – Source : enquête 2016-2017

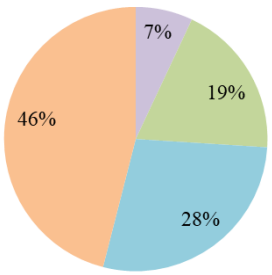
	H	F	F	F	F	H	F	F	H	F	H	H	H	H	**total**
Activités de groupe en milieu institutionnel	x			x					x	x		x			**5**
Sorties avec le centre social	x	x	x		x		x	x							**6**
Activités de groupe en milieu ordinaire (hors centre social)		x	x				x	x							**4**
Bénévolat	x	x			x										**3**
Promenade	x	x	x	x	x	x	x	x		x	x			x	**11**
Aller à la médiathèque	x	x				x					x				**4**
Cinéma	x	x													**2**
Piscine				x					x						**2**
Télévision	x		x	x	x	x		x		x		x		x	**9**
Lecture		x	x	x		x			x		x				**6**
Ecouter des émissions de radio	x	x	x						x		x		x		**6**
Jardinage					x		x			x		x			**4**
Ecouter de la musique	x												x		**2**
Peindre, dessiner, jouer de la musique	x		x	x		x									**4**
Total des activités pratiquées	**10**	**8**	**7**	**6**	**5**	**5**	**4**	**4**	**4**	**4**	**4**	**3**	**2**	**2**	**68**

5 activités de groupe en milieu institutionnel
(pour 5 participants)

13 activités en groupe organisé (association, cours collectif, etc.)
(pour 6 participants)

19 activités à l'extérieur (seul ou accompagné)
(pour 12 participants)

31 activités individuelles chez soi
(pour 14 participants)



Sur 14 participants, cinq se rendent régulièrement à des **activités de groupe proposées en milieu institutionnel** (en violet). Il s'agit d'une association de patients et de soignants de la psychiatrie ou d'un centre hospitalier par exemple. Diverses activités ont été mentionnées : repas, sorties, visites, chorale, marches, etc. Contrairement au GEM, ces activités ont une visée d'abord thérapeutique, c'est-à-dire qu'il s'agit d'améliorer le bien-être du patient par des activités organisées dans un cadre spécifique, marqué par la présence de soignants. Comme le précise ce participant, *il y a du soin quoi, c'est pas comme le GEM (H, 2).* On pourrait ainsi se demander s'il s'agit vraiment d'activités de loisirs, puisqu'il s'agit

d'un cadre contraint, avec des objectifs thérapeutiques. Les participants concernés ont néanmoins désigné ces activités comme s'apparentant à des loisirs dans les entretiens.

La deuxième catégorie rassemble les **activités de groupe organisées en « milieu ordinaire »** (en vert), qui sont ouvertes à n'importe quel habitant (bien qu'il puisse y avoir parfois quelques critères, comme l'âge). Elles concernent 6 participants. Ces activités se distinguent des premières car elles n'ont aucune visée proprement thérapeutique, ni de liens avec les institutions médicales. Les participants s'y rendent en tant qu'habitant ou citoyen et non en tant que patient. Trois participantes prennent des cours (yoga, danse, tarot) et une quatrième fréquente un club de loisirs pour personnes retraitées. Cinq participants se joignent de temps en temps aux sorties organisées par le centre social dans lequel se situe le GEM de B (piquenique, aller voir un match de football, etc.). Celles-ci sont ouvertes prioritairement aux familles, mais il reste parfois des places que les adhérents du GEM peuvent prendre. Enfin, deux participants sont bénévoles dans un cinéma (billetterie, distribution des programmes, buvette, etc.) et une autre dans une maison de retraite, où elle s'occupe d'un résident.

On trouve ensuite les **activités pratiquées à l'extérieur** (en bleu). Contrairement aux deux premières catégories, ces sorties ne s'intègrent pas dans un cadre organisé, mais relèvent d'initiatives individuelles. Il s'agit de sorties au cinéma, à la piscine, etc. Les 12 participants concernés peuvent être éventuellement accompagnés lors de ces sorties de proches ou d'amis. Mais à part la marche qui est pratiquée par 11 participants (hors GEM et hors cadre organisé), ceux-ci font assez peu de sorties de ce type.

La quatrième catégorie rassemble les **activités pratiquées au domicile** (en orange), souvent en solitaire, comme la lecture, la télévision ou le jardinage. Cette catégorie est la plus présente. Elle concerne l'ensemble des participants et représente 46% des 68 pratiques de loisirs évoquées lors des entretiens.

Cette caractérisation des pratiques de loisirs des participants montre que ceux-ci privilégient plutôt les activités peu onéreuses et principalement individuelles, qui sont davantage pratiquées au domicile plutôt qu'à l'extérieur.

Malgré la présence de ces pratiques, la plupart des participants considèrent n'avoir que très peu de loisirs, en dehors du GEM ou des promenades :

> *Avant je sortais, parce que j'aimais bien. Mais là, bah si j'avais pas le GEM, ça me... J'aurais rien (F, 2).*
>
> *Bah ouais promenade, bah tu vois pff.... A part le GEM, je ne fais rien quoi. Non, non (H, 2).*
>
> *Mes loisirs ? [Silence] Euh.... [Silence]. Hmmmm, c'est vrai que de ce côté-là, il faudrait que je me bouge un peu plus. ENQ : Le GEM déjà ? REP : Ouais. Et puis... Il y a pas grand-chose, à part la... Un peu trop d'ailleurs, la télé (H, 1).*
>
> *J'en ai pas beaucoup de loisirs (H, 2).*
>
> *Les loisirs. Qu'est-ce que j'ai comme loisirs ? Pas beaucoup... (F, 1).*

L'écrasante majorité des participants ont exprimé une profonde insatisfaction, voire une forme de frustration vis-à-vis de leurs loisirs. Certains participants s'adonnent à davantage d'activités que d'autres. Mais quel que soit leur nombre, la grande majorité des participants ont évoqué des difficultés et des expériences négatives vécues lors de ces activités. Beaucoup ont aussi parlé de loisirs qu'ils avaient eus par le passé mais qu'ils ont aujourd'hui abandonnés. Il est donc indispensable de s'intéresser au vécu des participants qui

ont largement décrit lors des entretiens leurs difficultés à accéder et pratiquer des loisirs par eux-mêmes, sans l'intermédiaire du GEM.

II Les facteurs influençant les pratiques de loisirs des participants

Les obstacles aux pratiques de loisirs ont souvent été étudiés sous l'angle de l'accessibilité physique aux lieux. Mais pour les participants, bien d'autres facteurs entrent en jeu. Comme l'ont remarqué Dubois et Ebersold (2013) pour les personnes ayant des limitations cognitives, c'est aussi l'expérience même de l'activité qui peut s'avérer insatisfaisante et conduire à terme à l'abandon d'une pratique. C'est pourquoi il est indispensable de questionner les expériences de loisirs vécues par les participants, comme le proposent Carbonneau et al (2015) ou encore Aubin et al (2002), en allant au-delà de la seule question de l'accès aux activités.

Les entretiens ont été analysés dans le but d'identifier les facteurs influençant positivement ou négativement les pratiques et les expériences de loisirs des participants, en dehors du GEM. Ces facteurs peuvent être des obstacles ou bien des facilitateurs. Au total, le codage des entretiens a permis de dégager 13 variables, réparties en trois catégories :

- Cinq facteurs individuels qui concernent les caractéristiques de la personne, ses capacités, sa situation actuelle, ses préférences, ses motivations, ses limitations, etc.
- Cinq facteurs organisationnels et environnementaux qui concernent la manière dont les activités sont organisées.
- Trois facteurs relationnels qui concernent les relations entre les personnes participant à l'activité, le type d'interactions sociales qui s'y déroulent et la place de la personne au sein du groupe.

1 Les facteurs individuels

Cette première catégorie rassemble des facteurs concernant les caractéristiques de la personne, sa situation actuelle, ses préférences, ses motivations, ses limitations, etc.

1.1 Les capacités physiques et cognitives

L'état de santé est un premier facteur susceptible d'influencer les pratiques de loisirs. Les participants ont tous mentionné des limitations ayant un impact sur leurs pratiques de loisirs, ce qui engendre pour eux beaucoup de frustration. Plusieurs participants ont indiqué qu'ils avaient davantage de problème de santé depuis leurs 50 ans, mais il faut préciser que la plupart d'entre eux avaient déjà des limitations physiques et/ou cognitives lorsqu'ils avaient une quarantaine d'années. Il est donc difficile de distinguer dans l'analyse les limitations qui sont survenues avec le vieillissement de celles qui étaient déjà présentes depuis l'âge adulte.

Les limitations peuvent être physiques. Cette participante dans la cinquantaine ne peut pas participer aux sorties organisées par le club de loisirs qu'elle fréquente si celles-ci sont trop éloignées, car *ça fait trop de car et pour [son] dos, c'est pas la peine (F, 1)*. Cet autre participant a travaillé avec les chevaux une partie de sa vie, mais a dû renoncer à l'idée de remonter un jour :

> *J'ai une occupation que j'aurais bien aimé refaire quand je serai en retraite. J'adore les chevaux. Ça m'aurait plu de remonter. Mais je peux plus. C'est pas que je*

pourrais pas mais si je le faisais, ce serait à mes risques et périls. A la hanche droite, j'ai subi une opération, ils m'ont mis une prothèse. [Le docteur] m'a dit, je te conseille pas de remonter à cheval avec ta prothèse. Ça pourrait tout dézinguer (H, 2).

Certains expliquent dans les entretiens qu'ils ressentent des douleurs qui les empêchent de faire ce qu'ils aimeraient ou ne leur permettent plus de s'adonner à des activités qu'ils appréciaient. C'est le cas de ce participant, pour qui l'expérience de la natation s'est considérablement modifiée suite à son accident de voiture survenu quelques années auparavant :

Moi je barbote, parce que je te dis, depuis que j'ai mon handicap, ça change complètement ma vie. Avant je nageais et tout. Maintenant je me mets dans l'eau juste pour me détendre quoi. Je peux encore nager, je peux encore faire les mouvements. Mais bon, c'est pas tellement agréable quoi (H, 1).

L'un des participants cinquantenaires se décrit comme *diminué physiquement*. Comme pour d'autres participants, marcher trop longtemps peut être douloureux pour lui. Il précise durant un entretien : *c'est handicapant parce que ça me fait mal. Donc la souffrance c'est pas terrible (H, 1).* Idem pour ce participant dans la soixantaine : *conduire non, ça ne me dérange pas. Mais pour marcher oui. Je commence à avoir les mollets qui tirent et tout ça. Là je dérouille ! (H, 2).* Plusieurs d'entre eux ont du mal à se déplacer, si bien que les activités où il faut piétiner et rester debout longtemps peuvent rapidement s'avérer insupportables. Ainsi, ce même participant dans la soixantaine ne peut plus *flâner dans les rues*, à son grand regret. Plus jeune, il était friand d'expositions : *quand j'étais à Paris, à Beaubourg, j'y allais souvent. Au moins tous les mois. J'aimais bien.* Mais depuis quelques années, il a beaucoup de mal à marcher, si bien qu'il doit aujourd'hui renoncer à visiter le festival d'art en plein air organisé chaque année dans son village :

J'aime bien le bout du pont là où nous étions, le bas du village. C'est mignon. Mais faire toute l'expo... Je l'ai fait, fût un temps, mais je ne la fais plus maintenant. Il y a des beaux tableaux pourtant (H, 2).

La fatigue est aussi souvent mentionnée par les participants comme un frein aux pratiques de loisirs. L'un d'entre eux, musicien dans l'âme, est souvent trop fatigué l'après-midi pour sortir de chez lui ou même faire des activités qu'il aime à son domicile :

J'essaie de venir. Des fois j'aimerais bien venir [au GEM] mais je suis fatigué l'après-midi je te dis. ENQ : Qu'est-ce que tu fais l'après-midi quand t'es comme ça ? REP : bah je regarde la télé, ou je me repose... Mais même faire de la musique l'après-midi, j'ai du mal (H, 1).

Les limitations peuvent aussi être de nature cognitive. Celles-ci se manifestent en particulier dans le domaine de la lecture, cité par plusieurs participants qui ont des difficultés de concentration et/ou de mémorisation. C'est le cas de ce participant, qui éprouve beaucoup de frustration au fait de ne plus pouvoir s'adonner à cette activité :

J'arrive plus à lire. Problèmes de concentration. Ah j'arrive plus, c'est dingue ! Alors que j'ai plein de bouquins, mais j'arrive plus à lire. C'est dû aux médicaments je pense. Ma sœur par exemple se réfugie dans la lecture. Elle lit beaucoup. Je l'envie. Elle me dit, j'ai lu ça encore, j'ai lu ça, j'ai lu ça, je lui dis arrête, j'arrive plus à lire, tu m'énerves. Ça me manque parce que c'est un voyage la lecture (H, 2).

Cet autre participant aimerait lui aussi pouvoir lire davantage, mais ses problèmes de concentration et de mémoire rendent la lecture laborieuse et pas spécialement agréable :

> *Je perds le fil quelques fois. C'est ça qui m'énerve. […] Parce que quelques fois, je vais commencer un livre. Et puis pfff ça parle de quoi déjà... Je suis obligé de recommencer quoi. J'ai perdu le fil (H, 1).*

1.2 La capacité à faire face aux limitations

Lors de l'entretien, le participant précédemment cité explique être en train de tester une solution pour palier ses difficultés en matière de lecture. Comme il a du mal à suivre le fil lorsqu'il s'agit de textes longs, il a décidé de lire des textes plus courts, comme des fables, qui lui permettront de travailler sa mémoire tout en continuant à pouvoir pratiquer une activité qu'il apprécie, à savoir la lecture :

> *J'ai un bouquin là. Que j'ai pris à la médiathèque. Les Fables de La Fontaine. Je vais voir. Travailler la mémoire avec les fables. En essayant de les mémoriser. Les retenir (H, 1).*

Plusieurs participants ont évoqué ce genre de bricolages visant à contourner une difficulté, afin de continuer à faire une activité, malgré les limitations liées à leur état de santé. L'une d'entre eux aime beaucoup cuisiner, mais elle peine à porter les casseroles et manipuler de l'eau. Afin de conserver ce qu'elle désigne comme un *plaisir important*, elle ne *cuisine* plus, mais *prépare* désormais des plats froids, qui ne requièrent pas d'ustensiles lourds :

> *Un plaisir important, c'est préparer un repas qui me plaît. L'assiette, qu'elle soit colorée. J'aime bien, plein de couleurs, du vert, du orange, du jaune. ENQ : Tu aimes cuisiner ? REP : Je cuisine pas beaucoup, je prépare plus. Je vais faire des salades composées, enfin, oui des salades composées ou arrangées. Et, je vais manger plus froid que chaud quoi. Mais je cuisine pas tellement finalement. Non, et puis moi pas de casseroles, une casserole, je peux pas la tenir parce que... Ça va trembler dans tous les sens ! (F, 1).*

Ces bricolages peuvent aussi être interprétés sous l'angle de la déprise. Cette notion a été développée à partir de la fin des années 1980 (Barthe et al, 1988) par des chercheurs qui souhaitaient renouveler l'approche du vieillissement en se distançant de la théorie du désengagement élaborée dans les années 1960 aux Etats-Unis (Cumming et Henry, 1961) et critiquée pour son caractère trop normatif. L'objectif était de souligner davantage les stratégies d'organisation mises en œuvre par les personnes âgées face aux limitations survenant avec l'avancée en âge (Clément et al, 2018). Il s'agissait alors de développer une notion « pour indiquer clairement que les acteurs [les personnes vieillissantes] peuvent "ne plus avoir prise" sur certaines choses ou relations, sans exclure qu'ils continuent à "avoir la haute main" sur d'autres » (Barthe et al, 1990 :41). En l'occurrence, les deux exemples issus des extraits précédemment cités montrent comment les participants réorganisent et ajustent leur activité de lecture ou de cuisine, afin de maintenir ces pratiques qu'ils apprécient et jugent importantes.

Malgré ces bricolages, on constate que les participants sont affectés émotionnellement par les limitations occasionnées par leur état de santé. Tous n'ont pas la capacité à faire face, ou bien cette capacité varie selon les moments. Les limitations peuvent être source de souffrance et de déprime, même si certains essaient de relativiser, comme ce participant :

Je peux pas [marcher longtemps], alors je me dis bon, d'accord, c'est comme ça… Pfff. Que veux-tu. Je me dis, que veux-tu, tu peux pas faire mieux, mais tu fais quand même un peu. Tu sors un peu, ça te fait du bien. Au début, je déprimais quand même. Je déprime dans ce genre de situation là. De pas pouvoir… Bon, c'est pas de la rando, c'est de la balade. Parce que plus jeune, j'ai fait de la rando, bah oui… En montagne. Corrençon, Villard-de-Lans[115]*… Heureusement que c'est vieux tout ça, parce que si c'était plus récent, ça me foutrait plus le moral en l'air. Heureusement que j'ai un peu oublié tout ça. Il vaut mieux que ce soit comme ça. Parce qu'autrement, ce serait vraiment déprimant (H, 2).*

1.3 La motivation

Un autre facteur individuel qui est ressorti lors de l'analyse est celui de la motivation et de l'envie de faire qui incitent les participants à se mettre en mouvement. Beaucoup ont expliqué avoir cessé certains loisirs, sans mentionner de raison liée à une douleur ou un problème de santé physique. Les participants évoquaient plutôt un manque d'envie ou de motivation. C'est le cas de ce participant qui a complètement abandonné la photographie, qui était pourtant l'une de ses passions :

J'ai totalement arrêté la photo. Ça fait plus de 10 ans que j'ai arrêté. Mais mon numérique, je l'ai amené une fois pour les fêtes chez ma sœur. Pour Noël. Il est resté un an chez elle. Mais je ne cherchais pas à le récupérer. ENQ : Quand tu faisais de la photo, c'était une passion ? REP : Oui, une passion. Quand j'ai commencé à faire de la photo, c'était des scènes de rue. C'était du noir et du blanc. Je les développais […] Maintenant la photo, je ne veux plus entendre parler de ça. J'ai plus envie. Plus d'envie, j'ai plus rien (H, 2).

Certains participants n'ont juste *plus envie*, plus le goût de s'adonner à des activités qu'ils appréciaient pourtant :

Avant j'y allais souvent, je marchais beaucoup. J'allais aux champignons, mais j'y vais plus aux champignons. ENQ : Pourquoi ? REP : Parce que j'ai plus envie (H, 2).

Certains attribuent ce manque d'envie au vieillissement, qui s'accompagnerait d'une baisse de dynamisme et d'envie de bouger :

ENQ : Est-ce que tu passes beaucoup de temps chez toi ? REP : Bah en ce moment, je vais te dire, euh, bah dans le temps, quand j'avais ton âge, je bougeais beaucoup. A gauche, à droite, tout ça. Mais avec l'âge maintenant, je suis plutôt ce qu'on appelle gazonnier[116] *quoi. Je pourrais pas te dire que je suis au ras des pâquerettes mais presque (H, 2).*

D'autres évoquent leurs problèmes de santé mentale. Ce participant date le moment où il a arrêté nombre de ses loisirs du temps de son épisode dépressif, vers 50 ans :

Le sport, il n'y a plus de sport. Avant je faisais du foot, pendant une vingtaine d'années. J'ai commencé tout petit. Et après j'ai fait du vélo, du vélo de route. Après j'ai fait du VTT. Puis après plus rien du tout. […] Moralement, j'ai plus les mêmes

[115] Noms de villages situés à la montagne.

[116] Il est probable qu'il s'agisse d'un lapsus, le terme « gazonnier » ayant été utilisé à la place de « casanier ».

envies qu'avant. Oui, j'en fais moins oui. C'est pour ça que je viens un peu au GEM (H, 2).

Les participants peuvent aussi être soumis à l'apathie, c'est-à-dire avoir du mal à se mettre en mouvement et à entreprendre des tâches, en particulier lorsqu'ils sont seuls. Il est difficile de déterminer les causes exactes de cette apathie. Celles-ci sont multiples. Il peut s'agir des effets des médicaments, de la fatigue, de la déprime, de la dépression, des douleurs, de la solitude, etc. Concernant les loisirs, une majorité de participants ont mentionné des difficultés à sortir de chez eux pour faire une activité :

Je pourrais aller [marcher], me faire violence quoi. Mais ça ne durerait pas longtemps je crois. ENQ : Mais il faut que tu te fasses violence contre quoi ? REP : Contre moi-même. Mon caractère (H, 1).

Alors là, j'y vais pas beaucoup au spectacle. ENQ : Pourquoi ? REP : J'ai du mal à sortir, j'aime bien rester à la maison. C'est pour ça que les spectacles, je suis obligé de me forcer à y aller (H, 2).

Cela peut expliquer en partie le fait que les participants privilégient plutôt les loisirs domestiques. La télévision est souvent évoquée comme une manière de compenser le manque de sorties, car il leur est souvent plus facile de regarder une émission de divertissement plutôt que de sortir voir un spectacle :

Spectacle, culture, je fais tout ça chez moi. Je regarde chez moi. Parce que tout ce qui est à l'extérieur, c'est comme quand il y a eu le 21 juin [fête de la musique], j'ai préféré rester chez moi. Je regarde des dvd de concert ou je fais de la musique moi-même. Ou je regarde des films aussi (H, 1).

[Pour moi] la télé est plus la bonne amie au niveau spectacle, au niveau divertissement (F, 1).

1.4 Les retombées positives des activités

Si plusieurs participants ont expliqué avoir abandonné certaines de leurs activités favorites, pour d'autres, la présence d'une passion peut constituer un véritable moteur favorisant les pratiques de loisirs. Une participante est motivée à s'occuper de ses parterres de fleurs, car elle y prend beaucoup de plaisir, en particulier depuis qu'elle est veuve :

Je passe beaucoup de temps dans mes fleurs. Oui, beaucoup. Pas tous les jours, mais presque. Dès que je peux, je vais dans mes fleurs. Ah j'ai toujours aimé ça. Et je crois bien que c'est de pire en pire. Ah oui et maintenant que je suis toute seule, je crois que j'aime bien les fleurs. C'est un plaisir que j'ai, j'aime bien (F, 1).

Lorsque les participants expriment de la motivation à s'adonner à une activité en particulier, ils mettent surtout en avant les retombées positives de celles-ci sur leur santé et leur moral. Ainsi, plusieurs participants ont manifesté la volonté de faire une activité, en particulier sportive, pour prendre soin de leur santé, autant physique que mentale. Celle-ci souhaite commencer le yoga, pour ses vertus apaisantes : *je pense que ça me ferait du bien. Je serais peut-être plus sereine, plus calme* (F, 1). Celui-ci a décidé de reprendre le jogging :

Mais j'y vais tout doux, tout doux, tout doux. Et ça me fait dormir. Dormir plus profondément […] C'est très agréable. Les parcours de pleine nature, c'est bien. Et mes rhumatismes s'en vont. Mais il faut pas que j'aille à une allure trop forte […] Je trouve que je vieillis, je veux pas forcer sur la mécanique de trop (H, 2).

Il est intéressant de noter ce regain d'intérêt des participants pour la pratique sportive. Le vieillissement est plutôt associé à une réduction de l'activité physique. On peut se demander s'il s'agit ici d'une influence positive du GEM. Il semblerait qu'en fréquentant l'association, les adhérents retrouvent l'envie de prendre soin d'eux, ce qui peut passer par le sport. Cette remarque rejoint les résultats de l'étude de l'ANCREAI (2017), qui a également observé que les adhérents expliquaient faire plus attention à leur santé et à leur hygiène de vie depuis qu'ils fréquentaient leur GEM.

1.5 La confiance en soi, l'estime de soi

La plupart des participants affirment ne pas avoir une très grande estime d'eux-mêmes. C'est un sujet qui est revenu à la fois dans les entretiens et au cours des conversations informelles au GEM. Cela n'est pas sans conséquence sur l'accès aux loisirs, car plusieurs n'osent pas se lancer dans une activité parce qu'ils considèrent qu'ils ne seront pas à la hauteur, parce qu'ils pensent ne pas en être capables, ou bien que ce n'est pas pour eux.

Loisirs, oh là ! C'est bon quand tu travailles ça, t'as des loisirs (H, 1).

Lors d'une réunion au GEM de B, une salariée a posé la question suivante aux adhérents : *qui pense ne pas pouvoir faire de sport ?* La majorité ont levé la main. Beaucoup d'adhérents, y compris les participants, considèrent ainsi que certaines activités ne leur sont pas ou plus accessibles, parce qu'ils pensent ne pas avoir une forme suffisante par exemple. Les participants ont souvent prononcé la phrase *ça, c'est pas pour moi* à propos d'événements ou d'activités organisés dans la ville.

Certains participants cherchent néanmoins à sortir parfois de leur zone de confort, même si cela leur fait peur. L'une d'entre eux n'est pas allée à la piscine pendant près de 20 ans, au point qu'elle *ne sait pas si elle sait encore*. Elle s'est alors lancé le défi d'aller nager :

> *J'étais contente, la monitrice a été avec moi acheter un maillot de bain. Non mais c'est vrai ! Et des chaussures pour pas glisser. Parce que j'ai envie de faire un pas en avant, en plus, aller à la piscine. Je sais pas si ça va marcher, mais je vais essayer (F, 1).*

On verra un peu plus loin que la confiance en soi est très liée au cadre dans lequel l'activité est réalisée et au soutien présent, qui peuvent rassurer ou dissuader la personne.

2 Les facteurs organisationnels et environnementaux

Cette deuxième catégorie rassemble des facteurs qui concernent la manière dont les activités sont organisées et l'environnement dans lequel elles se déroulent.

2.1 Le coût financier

Dans les entretiens, la question du coût est revenue constamment dès lors qu'il était question de loisirs. De nombreux participants ont expliqué avoir dû renoncer à certaines activités à cause de leur prix. Plusieurs n'ont pas le budget pour aller au cinéma ou à la piscine par exemple. Celui-ci aimerait aller davantage à la piscine mais *comme [il] prend le forfait plein, c'est cher, c'est 8 euros*[117]. Il ajoute :

[117] Environ 12 CAD.

Pourquoi je vais pas à la médiathèque… J'attends ma carte d'invalidité. Et je vais y retourner. C'est-à-dire que ça me fait une réduction sur les prix très importante. Et moi la culture, entre parenthèses, je trouve que c'est sacré (H, 1).

D'autres ont dû abandonner certaines activités organisées, comme des cours, parce que cela leur coûtait trop cher. L'un des participants cinquantenaires n'a pas continué ses cours de dessin parce que *c'était pas donné*, selon ses termes. Mais il ne peut pas non plus dessiner chez lui car il n'a pas le matériel nécessaire, qui a aussi un coût. Une autre participante, également dans la cinquantaine, prend des cours de danse. Elle aurait aimé participer à un stage de danse d'une durée d'1h30 proposé par sa professeure, mais elle explique ne pas disposer des 25 euros[118] requis. Elle suit également un autre cours de danse, gratuit celui-ci, au centre social. Si cette autre participante a dû mettre fin à ses cours de sophrologie, elle continue à faire des séances seule, chez elle :

La sophrologie je le fais en individuel, chez moi, à mon rythme. Mais j'en ai fait il y a quelques années. Et puis bon bah je payais aussi pas mal et puis comme je t'ai dit hier, il faut que j'arrête de m'offrir des choses alors que j'ai pas des moyens énormes (F, 1).

Peu de participants ont les moyens financiers de partir en vacances. Pour celui-ci, il n'y a même pas à se poser la question :

Financièrement, je suis tellement à plat qu'il est même pas trop question que je prenne une toile de tente et que j'aille faire du camping, parce ça va me coûter la peau des fesses. Et puis je sais pas si j'ai envie de me retrouver avec tous ces baigneurs là sur les plages, je sais pas, j'ai vécu ça, ça fait partie de mon vécu. Je sais pas si j'ai envie, je préfère être pénard dans mon, dans un bouquin quoi. Enfin bon (H, 1).

Une autre participante a fait le choix de réduire le budget nourriture au profit d'un budget culturel, car d'une part les sorties constituent une véritable soupape pour elle face à l'isolement et d'autre part elle souhaite faire plaisir à son fils :

Et puis voilà, on se sacrifie aussi sur le budget, parce que comme moi je suis mal [chez moi], en isolement à la campagne, je priorisais le loisir, les sorties. Je me privais un petit peu sur le budget bouffe. Quand t'as un petit revenu… Mais c'était nécessaire pour moi de garder un budget culturel (F, 1).

La situation est devenue moins tendue depuis qu'elle peut bénéficier de l'aide alimentaire de la Croix Rouge, bien qu'elle vive assez mal le fait d'avoir à solliciter ces services.

2.2 La distance et les moyens de transport

La distance entre le domicile et les lieux où se déroulent les activités de loisirs est un facteur très important pour les participants, en particulier pour ceux qui n'ont pas de moyens de transport et/ou qui ont des limitations physiques. Plusieurs participants, qui n'ont pas de véhicule, ne peuvent se rendre là où ils le souhaitent. L'une d'entre eux, âgée de la cinquantaine, explique que ce qui l'ennuie dans le fait de ne plus pouvoir conduire, c'est qu'il faut toujours que quelqu'un l'emmène à ses activités. Quant à cette autre participante, qui

[118] Environ 37 CAD.

marche avec un déambulateur, elle apprécie que son cours de tarot soit aussi proche de chez elle :

> *C'est à 200 mètres d'ici à peu près. Parce que moi je privilégie les activités où je peux faire, où je peux aller. […] Je suis à 5 minutes à pied. Euh voilà, quel que soit le temps, dans la journée en plus. Donc c'est bien (F, 1).*

A l'inverse, elle hésite souvent à aller au cinéma, car il n'est pas facile pour elle de s'y rendre :

> *Aller au cinéma toute seule, il faut quand même 40 minutes de marche. Aller. Autant pour le retour. Euh, faut vraiment… Je l'ai fait. Je l'ai fait, des fois hein, un dimanche par exemple. Mais faut vraiment avoir envie de voir le film. Faut aller, faut revenir quoi (F, 1).*

Plusieurs participants doivent ainsi se déplacer à pied pour aller faire leurs activités, au GEM ou ailleurs. Or, comme le remarquent plusieurs d'entre eux, la distance n'est pas le seul problème. Pour se rendre au GEM par exemple, il faut en effet grimper une côte assez raide, ce qui demande un effort physique important :

> *Paradoxalement, autant j'aime le GEM, ça me devient pénible de monter la côte maintenant avec mes rhumatismes, pour aller là-bas. […] Mais je pars du principe que c'est bon pour le corps aussi de marcher, bon pour le corps et bon pour la tête. Et même si on souffre, ça vaut le coup de marcher (H, 2).*

> *ENQ : Ça te dérange qu'il y ait des côtes aussi comme ça, des montées ? REP : Ouais. Bah disons que ça peut m'arrêter quand j'ai pas vraiment envie, une petit côte ça peut m'empêcher d'aller au GEM. Quand je sais pas trop, est-ce qu'y vais, est-ce que j'y vais pas, bah le fait de monter, oui, ça peut m'arrêter. Mais bon, il faut faire un effort. Non, quand tu prends ton temps, ça va (H, 1).*

Même lorsque les participants ont un moyen de transport, le fait d'habiter à la campagne peut aussi les dissuader de sortir, comme l'explique cette participante :

> *Il faut vraiment qu'il y ait un truc [pour que je sorte]. Puis c'est souvent, il faut s'habiller, faut prendre la voiture... Quand on est... C'est vrai que si tu vis à B, tout de suite t'es à pied, tu vas à l'animation, c'est sympa quoi. On en parlait avec des dames qui travaillent aussi au cinéma et qui sont aussi extérieures à B. Bah dès qu'il y a un truc et qu'on est en maison, qu'il faut sortir la bagnole et tout, s'arranger... Pfff... [Rires]. C'est surtout... Parce que même moi, le jardin, chez moi je reste en pyjama... Je vais pas y aller en pyjama quoi. C'est un bon côté aussi de la campagne, c'est que des fois on a pas envie de s'arranger... Et voilà quoi... (F, 1).*

Cette même participante s'occupait auparavant du jardin partagé du centre social de B mais a fini par laisser tomber, notamment parce qu'elle devait à chaque fois se déplacer :

> *J'étais référente sur le jardin partagé, puis bon je me suis dit autant faire à la maison parce que si j'ai une fraise qui va bientôt rougir, venir exprès de [son village] chercher ma salade, j'ai dit bon… A un moment donné, j'avais fait un petit carré chez moi (F, 1).*

2.3 Les horaires et la durée des activités

Les horaires peuvent constituer un véritable problème pour de nombreux participants à plus d'un titre, quand bien même on peut avoir l'impression que ceux-ci disposent de

beaucoup de temps libre. Plusieurs participants ont évoqué le fait qu'ils ne pouvaient pas se rendre à des activités finissant trop tard. Celui-ci doit toujours s'arranger pour rentrer tôt, en particulier l'hiver, car il ne peut plus conduire la nuit. Cela l'empêche d'assister à des spectacles ou d'aller au cinéma le soir :

> *Je peux plus conduire la nuit, je peux plus faire ci, plus faire ça. Alors je suis un peu emmerdé avec tout ça, oh ouais ça m'emmerde. Pfff. Parce que je pourrais voir plus de choses quand même en spectacle, tout ça. J'irais à beaucoup plus de loisirs, de concerts, mais ça fout dedans quoi. Ça a un côté handicap. Ça m'ennuie mais c'est comme ça. (H, 2).*

Cette participante évoque les effets de la médication, qu'elle doit comme la plupart des participants prendre à heure fixe, mais qui entre souvent en conflit avec les horaires des spectacles auxquels elle aimerait pourtant assister :

> *Je vais pas beaucoup au spectacle. C'est souvent en soirée, c'est ça. Ça me dérange. Je m'endors avec les médicaments (F, 1).*

Les participants peuvent aussi être sensibles à la météo. L'une, soixantenaire, explique qu'elle a du mal à être assidue à son cours de yoga qui a lieu dans la soirée, car en plus de rentrer tard à la maison, elle doit conduire sous la pluie et dans le brouillard, du fait de la saison. Plusieurs fois, elle ne s'est pas rendue à son cours et envisage d'arrêter. Les participants qui se déplacent à pied sont aussi particulièrement dépendants des conditions météorologiques. C'est ce qu'explique cette autre participante qui se déplace avec un déambulateur :

> *J'aime bien sortir et le matin et l'après-midi, quand c'est possible. Mais l'hiver, je scrute la météo souvent. Mais dès que le temps le permet, qu'il pleut pas, hop, en route, moi je prends l'air. Enfin, il me faut pas de verglas ou de neige, pour éviter les glissades. Mais euh, ou trop de vent non plus, parce que la voiture [son déambulateur] va chavirer (F, 1).*

Elle n'est pas la seule à avoir des difficultés à marcher, comme nous avons pu le voir dans les facteurs individuels. Par ailleurs, tous les participants se déplaçant à pied sont soumis à la météo et doivent parfois annuler une activité parce qu'il pleut trop ou qu'il fait trop froid.

Deux participants ont mis en avant une autre question relative aux horaires, à savoir qu'ils ne supportent pas la foule, si bien qu'ils doivent être vigilants vis-à-vis du moment où ils décident de fréquenter tel ou tel lieu. Ainsi, celui-ci fait attention à l'heure à laquelle il se rend à la médiathèque :

> *Quand j'y suis passé samedi, il y avait du monde, c'était infernal. J'ai préféré laisser mes bouquins et je me suis dit, je vais revenir une autre fois. Le vendredi, ça ouvre à midi. Et là, il y a personne, il y a vraiment personne (H, 1).*

Une participante cinquantenaire, qui souhaite retourner à la piscine après 20 ans d'interruption, explique qu'elle n'a pas beaucoup de choix en termes d'horaires pour aller nager sereinement. Elle doit déjà tenir compte de ses horaires de travail, mais aussi des moments d'affluence à la piscine. Du fait qu'elle est très effrayée à l'idée de nager, elle ne peut se permettre d'y aller à un moment où il y a trop de monde. Elle prend peur lorsque les nageurs s'éclaboussent et s'agitent. Elle pourrait bénéficier de la plage horaire seniors (+ de 50 ans), qui est bien plus calme, mais celle-ci n'est programmée que le mercredi. Or cette participante travaille et n'est disponible que le weekend.

2.4 L'offre d'activités accessibles

Plusieurs participants ont mis en avant le fait que l'offre culturelle de leur petite ville était moins importante que celle des grandes villes. Celui-ci décrit cette offre culturelle comme *légère*, du fait qu'il trouve qu'il n'y a pas beaucoup de grands édifices culturels :

> *C'est vrai que je peux dire que sur un plan, à part le théâtre, mais sur un plan culturel, d'expositions, de... Bon bah c'est très léger... B, c'est très rural. Bon, c'est sûr qu'il y a pas le métro pour se déplacer et aller voir j'sais pas moi, le musée du quai Branly à Paris ou l'exposition au Louvre de tel peintre. Bon, c'est sûr que c'est un peu léger (H, 1).*

Cette autre participante a cessé d'aller à la médiathèque de son village. Elle aimerait qu'il y ait davantage de livres, comme c'est le cas dans les plus grandes villes :

> *Avant j'allais à la médiathèque mais maintenant j'y vais plus. Parce que les livres sont pas intéressants. Dans les grandes villes, il y a plus de choix mais… Oui. Bah j'étais habituée quand j'étais jeune (F, 1).*

Ce participant a toujours aimé se promener dans les rayons culturels des magasins, mais à B, il n'y a pas de grands magasins de ce type :

> *[A la Fnac[119]] je lis, je vais regarder les cd, les concerts, tout ça. Les séries aussi. Fnac, tu trouves beaucoup plus de choses qu'au Leclerc au niveau culturel. C'est beaucoup plus grand. Il y a plusieurs étages en plus. Je suis un peu loin de tout ça [à B] (H, 1).*

Une des participantes cinquantenaires a constaté une baisse de l'offre culturelle à B. Elle faisait beaucoup de bénévolat dans les festivals, mais regrette que plusieurs aient été annulés au fil des ans. Elle pointe aussi le fait qu'elle vit près de B depuis 10 ans et qu'elle s'est aussi peut-être lassée :

> *Bon ça y est, je pense que c'est parce que là ça va faire bientôt 10 ans que je suis là et je trouve que j'ai fait le tour […] Moi je suis arrivée à la période où ça allait quoi. Et là, ce qu'est un peu culturel ça... (F, 1).*

Plusieurs participants se sont également plaints du manque d'activités adaptées et accessibles, en particulier au handicap physique. Celle-ci, qui souffre d'une sclérose en plaques, aurait aimé faire du basket :

> *Ça me manque le sport que je faisais. Je faisais du basket quand j'étais jeune […] Je regrette qu'il y ait pas assez de sport, mais adapté. Il n'y a pas assez. Pour les handicapés. Mais il y a pas assez, je trouve qu'il n'y a pas assez (F, 1).*

Les lieux culturels ne sont pas non plus tout à fait accessibles, comme le raconte cette participante qui marche avec son déambulateur :

> *ENQ : Est-ce que tu irais au cinéma toute seule par exemple ? REP : Euh. Oui, si je sais... Si je compte, si j'ose demander de l'aide à quelqu'un pour pouvoir monter sur les gradins, sur différents niveaux quoi. Parce que je vais pas rester en bas. Je l'ai fait une fois, j'étais restée en bas. C'est vraiment désagréable au possible ! Quand t'es dans la salle 1, enfin une salle qu'est, qui monte bien, quand t'es en bas, t'es obligée de lever la tête... Non. Ça me va pas du tout quoi (F, 1).*

[119] En France, la Fnac est une chaîne de magasins spécialisée dans la distribution de produits culturels. Un équivalent au Québec pourrait être l'enseigne Renaud-Bray.

Mais l'accessibilité ne concerne pas uniquement les aménagements physiques. Une participante a soulevé la question du caractère parfois trop élitiste de certains spectacles, comme au théâtre par exemple :

> *Bah déjà, dans les lieux publics, je ne vais pas au théâtre. C'est trop compliqué pour moi. ENQ : Pourquoi ? REP : Bah je comprends pas les pièces. Parce que comme je t'ai dit, moi je suis née dans une famille pauvre, donc on n'a pas eu accès à plein de choses (F, 1).*

2.5 Le cadre institutionnel des activités

Les participants ont aussi mis en avant le cadre dans lequel les activités se déroulent, comme un facteur pouvant influencer leurs pratiques de loisirs. Certains pratiquent des activités en milieu institutionnel. A propos de ce cadre particulier, les avis sont divergents. Pour certains, le cadre resserré proposé en milieu institutionnel est rassurant, comme pour ce participant à propos d'une activité « marche » à laquelle il participe régulièrement avec l'hôpital psychiatrique :

> *J'aime bien. C'est pas spécialement la marche, enfin si, la marche j'aime bien, mais c'est que c'est encadré. Il y a des infirmières qui s'occupent de nous, s'il y a des problèmes, si on n'est pas bien, si… On se trouve entouré quoi (H, 2).*

L'une des participantes cinquantenaires apprécie également la présence des soignants lorsqu'ils font des sorties, car elle sait qu'ils ont connaissance de ses difficultés :

> *Les moniteurs sont au courant, parce que faut, souvent si tu as fait des séjours en tant que monitrice, bien il faut marquer ce qu'on pense de la personne. Ils ont marqué que j'avais des problèmes de marche (F, 1).*

A l'inverse, ce cadre peut être vécu comme trop formel, voire infantilisant. C'est ce que ce participant a ressenti lorsqu'il a voulu participer à une activité organisée par une association de patients et d'infirmiers de la psychiatrie :

> *J'y suis allé une seule fois. Ça ne me plaisait pas tellement. J'ai pas apprécié l'encadrement. Ils vouvoyaient les patients. C'était sur un repas. Alors, ça paraissait un peu déplacé. Enfin, pas déplacé mais forcé leur sourire, tout était forcé chez eux. J'ai pas tellement aimé, alors j'y suis pas retourné. Ça paraissait pas naturel leur comportement vis-à-vis des autres, des gens. […] C'est des soignants qui encadrent, mais des soignants.... Pffff. Non, je sais pas, bizarre, j'ai pas tellement apprécié leur attitude. Ah j'ai dit non, c'est pas la peine de continuer, j''arrête. Moi j'aime bien blaguer de temps en temps, j'aime bien l'humour noir. J'aime bien les trucs qui décapent. Et eux, ils étaient vraiment pincés un peu, coincés, je les trouvais coincés. Alors je suis pas revenu (H, 2).*

Cet autre participant reconnaît que les rapports avec les encadrants sont assez formels, ce qui peut rendre l'atmosphère moins conviviale :

> *Les relations qu'il y a avec les infirmières, c'est pas la même chose qu'au GEM. Au GEM, on se fait la bise et tout ça et on tutoie tout le monde. Tandis que là, il faut vouvoyer, faut... Chacun reste bien de son côté (H, 2).*

Une différence importante entre les activités dans les GEM et celles proposées en milieu institutionnel réside aussi dans la participation au processus décisionnel. Si dans les GEM, les activités sont systématiquement décidées collectivement par les adhérents, ce n'est

pas forcément le cas en milieu institutionnel. Sur ce point, les avis des participants divergent aussi. Certains apprécient de ne pas avoir à prendre de décisions dans ce cadre-là. L'un des participants soixantenaires s'investit énormément dans la vie démocratique du GEM. Mais lorsqu'il participe aux sorties organisées par l'hôpital psychiatrique, au restaurant par exemple, il apprécie également d'avoir cet espace où on s'occupe de lui, sans qu'il ait à décider de quoi que ce soit :

> *Je m'y sens drôlement bien. Pour moi c'est des vacances, je mets les pieds sous la table, je suis choyé, couvé et j'apprécie (H, 2).*

A l'inverse, cette participante a choisi de ne plus fréquenter ce type d'activités organisées en milieu institutionnel, car elle a l'impression d'être assistée, notamment lorsqu'il s'agit de sorties gratuites :

> *Bah moi je me disais, parce que moi je suis sensible à ça, parce que je me dis, il y a plein de gens qui financent ces trucs et à mon avis, s'ils avaient demandé deux euros par personne, ils auraient eu autant de monde. Bah l'association serait un peu plus riche. ENQ : Tu aurais préféré qu'on te demande de l'argent ? REP : bah moi s'ils m'avaient demandé deux euros, j'y serais allée. Même si je connais le lieu (F, 1).*

3 Les facteurs relationnels

Cette troisième catégorie rassemble des facteurs concernant les relations entre les personnes participant à l'activité, le type d'interactions sociales qui s'y déroulent et la place de la personne au sein du groupe.

3.1 La présence/absence des proches

Le fait d'être seul et d'avoir peu d'amis ou de proches avec qui sortir est un facteur contraignant très souvent mentionné par les participants. Le chapitre précédent a permis de constater que leurs réseaux relationnels étaient assez restreints et qu'ils peinaient à faire des rencontres et à développer des amitiés.

Nombreux sont les participants qui ne vont jamais au cinéma en dehors du GEM, parce qu'ils n'ont personne avec qui y aller. Les participants ont souvent mis en avant la présence d'une personne avec qui partager l'activité comme une condition pour s'y adonner. Ainsi, pour certains participants, les sorties dépendent de la disponibilité de leurs proches :

> *Les loisirs, euh, c'est essentiellement dans le GEM. J'ai pas de, trop de... Non, à part faire des marches avec ma sœur ou ma nièce quand elles sont disponibles (F, 2).*

Mais cette même participante précise ne pas être très à l'aise, car elle a peur de déranger :

> *Autant ma sœur se promène toute seule, autant moi… Bon, c'est vrai qu'elle a des chiens, alors elle fait des grandes marches avec ses chiens. Quand il fait beau, ça m'arrive d'aller avec elle. Mais si tu veux, elle a son mari, je veux pas non plus trop déranger quoi (F, 2).*

Ce participant ne fait de sorties qu'avec sa conjointe, qui d'ailleurs le pousse à sortir :

Avec [elle], c'est difficile [de rester à la maison]. Bah, elle est plus jeune que moi. Elle a 40, 41. Ou 43. ENQ : Elle te pousse à sortir ? REP : Bah ouais. Ça me plaît pas tout le temps mais faut bien faire des concessions. [Rires] (H, 2).

Certains participants ont aussi développé des habitudes de sorties avec un ami par exemple. Ainsi, l'une des participantes cinquantenaires se promène tous les dimanches avec une ancienne collègue de travail. Les proches peuvent favoriser l'accès des participants aux loisirs de multiples manières, en les encourageant par exemple. Parfois, c'est en accompagnant la personne quelque part, pour ne pas qu'elle soit seule, comme pour ce participant par exemple, qui a gagné trois places de cinéma mais n'a personne avec qui y aller : *mon frère m'a dit si tu trouves personne, j'y vais avec toi (H, 1).* Les participants ont parfois besoin d'être conduit à une activité parce qu'ils n'ont pas de moyen de locomotion. Cette participante sait qu'elle peut compter sur sa *copine* pour l'emmener à la piscine, de même que cette autre participante peut demander à son mari de la conduire quand elle a envie de faire une promenade. La présence d'un proche au moment même de l'activité est parfois présentée par les participants comme rassurante. C'est le cas d'une autre participante cinquantenaire par exemple, qui est heureuse que son amie l'accompagne dans la piscine et l'aide à outrepasser sa peur.

3.2 Suivre le rythme du groupe

Plusieurs participants ont mentionné la difficulté à suivre le rythme du groupe lorsqu'il s'agit d'activités dites tout public, comme un cours de danse ou de yoga. Cette difficulté renvoie les participants au fait qu'ils sont plus lents et ont besoin de plus de temps pour faire les choses, que ce soit à cause des limitations physiques ou cognitives ou encore de la fatigue. Cela peut engendrer un sentiment d'échec et l'impression de ne pas être à sa place, au point d'abandonner l'activité en question.

L'un des participants cinquantenaires s'était inscrit à un club de marche, mais n'a pas tellement apprécié l'expérience. Il s'est en effet senti en décalage avec le rythme du groupe :

Je m'étais inscrit à la marche aussi, mais c'était très dur. Ça avait lieu le mardi, il y avait deux groupes. Les plus forts en premier, les moins forts en deuxième. Je crois que je faisais partie de la deuxième partie et ça marchait pas mal déjà quand même (H, 1).

Une des participantes soixantenaires évoque une expérience similaire lors de cours de yoga. Elle a des difficultés à rester concentrée et souffre également de tremblements au niveau de son corps. Lors des séances de yoga, elle explique avoir eu le sentiment de ne pas progresser au même rythme que les autres membres du groupe, au point de ne pas se sentir à sa place, malgré les encouragements de sa professeure. Elle a alors décidé d'arrêter ce cours :

Je suis pas très à l'aise, parce que je trouve que j'ai du mal à me concentrer, que j'arrive pas à faire comme les autres, et ça, ça me gêne. Même si la prof est très gentille et m'a dit, même si tu n'y arrives pas, c'est pas grave, tu fais une pause et tu reprends après. Mais j'ai pas toujours l'impression d'être vraiment à ma place. J'ai refait un chèque pour quelques mois, mais c'est vrai que bon, quand il faisait froid, c'est vrai que j'avais envie de rentrer aussi parce que là c'est la pluie. Mais bon, en tout cas, je vais terminer le trimestre que j'ai payé là. Mais j'avais pris ça parce que je pensais que justement, ça allait me calmer, me… Oui me calmer, me canaliser un

peu. Je pensais aussi que par rapport à ma maladie, ça allait aussi m'apporter quelque chose. Au niveau du souffle, au niveau de la bougeotte. Mais j'arrive pas vraiment à me contrôler. Pourtant je pensais que j'allais vraiment y arriver (F, 2).

Les participants ont aussi mentionné le fait qu'ils n'étaient pas toujours en mesure d'être assidus. Il leur arrive de manquer des séances lorsqu'ils participent à une activité, parce qu'ils ne sont pas suffisamment en forme, parce qu'ils sont fatigués ce jour-là ou bien n'ont pas le moral. Néanmoins, cela n'est pas toujours compris et ce manque d'assiduité est parfois interprété comme de la fainéantise. L'un des participants soixantenaires s'était par exemple inscrit comme bénévole dans le cinéma de sa commune. Au début, le personnel ne comprenait pas la raison de ses absences répétées, qui étaient interprétées comme de la paresse :

Ils me considéraient comme un méchant ramier, comme je foutais rien du matin au soir. Et c'était très dur à vivre (H, 2).

3.3 Le rapport aux autres dans les groupes

L'attitude du groupe et la qualité des relations entre les membres constituent d'autres facteurs pouvant largement influencer les pratiques de loisirs. Se sentir bien dans un groupe, à sa place, est considéré comme très important par les participants et contribue largement à une expérience positive de l'activité en question.

J'aime bien les sorties qu'on va faire [avec le centre social]. On se retrouve avec des personnes de tous les âges. Des petits enfants, des grands, de toutes sortes de personnes, j'aime bien. Bah je m'arrange bien avec tout le monde alors. Comme ça, c'est pas compliqué. Mais j'aime bien les petites mamies (F, 1).

Je trouve qu'ici [au centre social] les gens sont plutôt polis, on se dit bonjour, on se tutoie la plupart du temps. C'est assez simple comme relations (F, 2).

Néanmoins, les participants n'ont pas toujours eu affaire à un groupe bienveillant. Dans le cadre d'activités de groupe en milieu ordinaire, plusieurs ont expliqué s'être senti mis de côté par les autres membres, qui n'avaient pas de difficultés ou de handicap particuliers :

ENQ : il y a des endroits que tu n'aimes pas du tout ? REP : Je sais pas. Par exemple à la danse l'année dernière, bah les gens me regardaient des pieds à la tête. Bah ça ne m'a pas empêché de persévérer (F, 1).

Cette même participante a arrêté ses cours de danse pendant une période. Elle explique avoir repris grâce à sa professeure qui n'a cessé de l'encourager. L'attitude des animateurs peut ainsi contribuer à la qualité de l'expérience de loisirs, en particulier dans les milieux qui n'ont pas l'habitude d'accueillir des personnes en situation de handicap. Celles-ci peuvent faire l'objet de préjugés, voire de rejet, du fait qu'elles ne sont pas en capacité de faire la même chose ou bien ont des besoins particuliers en termes d'accompagnement ou d'équipements.

Pour conclure cette section, on peut souligner la multiplicité des facteurs contraignant les pratiques de loisirs des participants. Ceux-ci ont relativement peu de loisirs en dehors du GEM ou des promenades et expriment de l'insatisfaction et de la frustration vis-à-vis de cette situation. On constate que la question de l'accès aux loisirs n'est pas le seul obstacle qu'ils rencontrent. L'expérience même de l'activité peut se révéler insatisfaisante et conduire à terme à son abandon. La qualité du contexte dans lequel prend corps l'activité, les interactions

sociales qui s'y déroulent, le sentiment d'être accueilli, de ne pas être jugé, etc. sont des facteurs primordiaux. L'analyse montre que les participants ne sont pas toujours en mesure d'user librement des espaces de loisirs présents dans la ville et ne s'y sentent pas à leur place. Ils restent alors plutôt cantonnés à des activités pratiquées chez eux, ce qui renforce le caractère « domo-centré » de leurs géographies quotidiennes et le maintien de « *landscapes of difference and exclusion* » (Curtis, 2004).

III Zoom sur une pratique importante et à préserver : la promenade

Si les participants ont peu accès aux espaces de loisirs en ville, il y a tout de même une pratique à laquelle tous s'adonnent et qui a été assez largement décrite lors des entretiens : la promenade. Cette pratique mérite d'être étudiée pour comprendre dans quelle mesure elle semble échapper aux divers facteurs contraignants mentionnés précédemment, mais aussi parce qu'elle a pour particularité d'inscrire les participants dans les espaces publics : parcs, sentiers de promenade, centre-ville, etc. C'est aussi une pratique intéressante à analyser du point de vue des participants, car elle engage un rapport particulier à la ville, en tant qu'espace physique et social. C'est ce qu'il s'agit d'étudier dans cette dernière section, à partir de l'exploitation des entretiens et des cartes mentales. Pour compléter cette analyse, quelques observations menées au GEM lors des marches organisées chaque semaine seront intégrées à cette section. Ces observations apportent en effet certains éléments qui, en l'occurrence, s'avèrent utiles pour mieux cerner la pratique de la promenade pour les participants.

1 Une pratique importante au sein des géographies quotidiennes

L'analyse des entretiens et des cartes mentales révèle que la promenade est une pratique assez courante au sein des géographies quotidiennes de l'ensemble des participants. Dans les entretiens, tous ont différencié cette activité des marches pratiquées dans le cadre des déplacements fonctionnels, comme se rendre au magasin par exemple. En évoquant leurs promenades, celles-ci ont toujours été présentées comme une activité réalisée pour elle-même, pour le plaisir de la marche, et non pour se rendre à une destination quelconque.

S'il s'agit d'une pratique commune à tous les participants, les promenades s'effectuent selon des modalités différentes et dans des cadres divers. Neuf modalités de promenade ont été identifiées selon le type d'accompagnateurs présents. Elles sont récapitulées dans le tableau ci-dessous :

Tableau 16 : Les types de promenade selon le nombre de participants concernés
Painter S., 2018 – Source : enquête 2016-2017

Type de promenade	Nombre de participants concernés
MARCHE EN SOLITAIRE :	**7**
En solo	5
Avec leur chien	2
MARCHE A PLUSIEURS :	**12**
Avec le GEM (activité marche)	11
En famille	4
Lors d'une activité thérapeutique	2
Avec un ami	1
Avec un club de loisirs	1
Avec l'aide-à-domicile	1
Avec d'autres adhérents (en informel)	1

Dans ce tableau, on constate qu'un participant sur deux se promène seul ou avec son chien. Douze participants pratiquent la promenade à plusieurs, dans différents cadres (famille, activité thérapeutique, club de loisirs, etc.).

Cinq participants n'ont évoqué qu'une seule modalité de promenade :

- Deux participants : marche avec le GEM
- Une participante : marche en solo
- Une participante : marche avec son chien
- Un participant : marche en famille (conjointe)

Quatre participants ont évoqué deux modalités de promenade :

- Un participant : marche lors d'une activité thérapeutique et avec le GEM
- Deux participants : marche en solo et avec le GEM
- Un participant : marche en famille et avec le GEM

Cinq participantes ont évoqué trois modalités de promenade. Notons que la plupart des femmes de l'échantillon se trouvent dans cette dernière catégorie et que parmi elles se trouvent les trois personnes souffrant d'une maladie neurologique affectant leur capacité à se mouvoir :

- Une participante : marche avec une amie, en famille et avec le GEM
- Une participante : marche avec le chien, avec un club de loisirs et avec le GEM
- Une participante : marche avec d'autres adhérents, en famille et avec le GEM
- Une participante : marche en solo, avec l'aide-à-domicile et avec le GEM
- Une participante : marche en solo, lors d'une activité thérapeutique et avec le GEM

Les promenades, quel que soit le mode d'accompagnement, s'effectuent plutôt dans des lieux associés à la nature tels que des parcs, des sentiers au bord de l'eau ou en forêt. Douze participants pratiquent la marche quasi-exclusivement dans ce genre de lieux. Six participants ont indiqué se promener aussi parfois en ville, notamment dans les quartiers centraux de B ou dans le bourg de leur village.

On peut constater l'importance de la pratique de la promenade pour les participants du fait qu'elle a fréquemment été dessinée dans les cartes mentales. Sur 13 participants ayant

réalisé une carte, 8 ont représenté des lieux de promenade. Notons que parmi les 5 participants n'ayant pas dessiné d'éléments liés aux promenades, 4 n'ont évoqué qu'une seule modalité de promenade.

Les promenades correspondent aussi à des moments particuliers, consacrés uniquement à cette pratique. Dit autrement, les participants prennent le temps de marcher, de manière régulière. Pour cela, plusieurs d'entre eux précisent qu'il leur faut une durée minimale en deçà de laquelle ils n'ont pas l'impression de pleinement profiter de leur marche :

> *Moi, il me faut à peu près 1h30 de marche par jour. En temps normal. Sauf des jours de pluie comme hier, j'étais un peu frustrée (F, 1).*
>
> *[Je me balade avec mon chien] aux alentours de chez moi. Une demi-heure de temps. A peu près. Tous les jours. Dès que je peux, je fais. C'est un moment que j'aime bien. Puis lui il aime aussi, comme ça, ça va bien ensemble, ça va dans le même sens (F, 1).*

2 Une pratique d'ancrage qui favorise le mieux-être

Conformément à l'approche ayant été présentée dans le chapitre 2, l'analyse a porté sur les significations accordées par les participants à leurs pratiques. Dans leurs discours, l'analyse montre que la promenade apparait comme une pratique d'ancrage qui favorise leur mieux-être, leur santé à la fois physique et mentale.

2.1 Pratiquer une activité physique accessible

Le terme de promenade provient de l'ancien français *pourmener* qui signifie « mener, faire aller en différents lieux ». Il s'agit d'une activité de mise en mouvement du corps, puisqu'elle consiste par définition à se déplacer. Elle est ainsi une forme d'activité physique. Quelques participants considèrent qu'il s'agit d'un sport, précisant qu'il s'agit du seul sport qu'ils peuvent pratiquer.

> *Le sport, à part la marche, j'en fais pas (F, 2).*
>
> *Le sport bah c'est la marche moi que je fais. La marche. A part ça je fais pas autre chose (F, 1).*
>
> *Bah le sport pour moi, c'est limité. Enfin, je euh, j'ai compris que pour moi l'important c'était la marche, parce que ça me fait du bien physiquement. Et puis à la fois mentalement aussi (F, 1).*

La promenade est considérée comme une activité physique accessible pour les participants, du fait qu'elle ne coûte pas d'argent, ne requiert pas de matériel particulier, peut être pratiquée seul et dont l'intensité peut être adaptée au rythme de chacun. C'est la raison pour laquelle ils privilégient cette activité, dès lors qu'ils souhaitent pratiquer une activité physique. Certains considèrent néanmoins qu'elle n'est pas un « vrai » sport, mais plutôt une activité par défaut, faute d'avoir les capacités physiques suffisantes pour faire du sport. Cela peut ainsi renvoyer la personne à ses limitations corporelles, comme c'est le cas pour ce participant :

> *Je fais pas du tout de sport. ENQ : Mais la marche, c'est un peu un sport ? REP : Bah oui, la marche... C'est la balade quoi. On peut pas appeler ça de la*

marche. C'est de la balade. Avant j'adorais, hein. J'ai fait de la montagne, beaucoup de choses en marche. Mais plus maintenant que veux-tu. Je ne peux plus rien faire. Je ne peux pas faire grand-chose en tout cas maintenant (H, 2).

Si tous les participants ne la considèrent pas comme un sport à proprement parler, la plupart avancent quand même l'argument selon lequel la promenade est bénéfique pour leur santé. Pour certains, cet argument est une motivation pour aller marcher, comme pour cette participante, qui met en application le conseil selon lequel il est bon de marcher au moins 30 minutes par jour :

Quand je marche normalement je marche une demi-heure de temps. On dit qu'il faut marcher une demi-heure de temps par jour alors c'est ce que je fais (F, 1).

D'autres pratiquent la marche sur les conseils de professionnels de santé, cette participante atteinte de sclérose en plaques, qui marche *surtout sur les conseils de sa kiné*.

Dans la promenade, les participants recherchent aussi des sensations propres aux activités physiques, tel que l'effort par exemple :

J'aime bien quand on fait des bonnes marches moi, j'aime pas trop quand c'est trop court (H, 2).

Je m'arrête un peu, mais pas trop. Et je ne reste pas très longtemps arrêté parce que je considère que la mécanique, elle refroidit. Et il y a besoin qu'elle soit tout le temps entraînée pour avoir un bon rythme (H, 2)

Les participants sont à la recherche de la « bonne fatigue » qui survient après l'effort, permettant aux muscles de se décontracter et de soulager d'éventuelles douleurs. Là aussi l'argument en faveur de la santé est mis en avant :

[Je dors mal] mais j'ai remarqué que quand je sors, quand je vais faire des, comment... oh bah mince alors. Oui, des sorties le mercredi, la marche [avec le GEM], bah le soir je vais être un peu plus fatigué, je vais mieux dormir [...] Et puis j'essaie pour mon dos. J'essaie de me redresser. En marchant. Madame [D, intervenante SAVS] me disait que je m'étais redressé un petit peu, que j'étais moins voûté. J'ai le dos rond. (H, 1).

La marche, c'est un sport, ça me détend, ça... Je suis décontractée, je pense à plus à rien du tout. Ah ouais, moi j'aime bien marcher. C'est mon dada ! (F, 1).

2.2 Ressentir la nature

Outre le caractère physique de cette activité, on constate également que la nature est très présente dans les discours portant sur les promenades. L'importance de cette nature est perceptible à travers la longue énumération d'éléments qui s'y rapportent lorsque les participants décrivent cette pratique. Ces éléments apparaissent comme des points de repère essentiels, mais aussi comme des attributs des lieux pratiqués :

Quand je marche, je vais à peu près à euh... 20 minutes de chez moi où il y a un étang. Enfin, avant l'étang, il y a des animaux, des moutons et des lamas. Donc euh je vais par-là, je fais le tour de l'étang (F, 1).

Là où je vais assez souvent, ça s'appelle l'étang du [C]. C'est là que je vais me balader avec mon chien. Je fais une balade dans les bois et puis après... Il y a un petit peu de route pour y aller bien sûr. Mais après je vais dans les bois, il y a un étang. Et

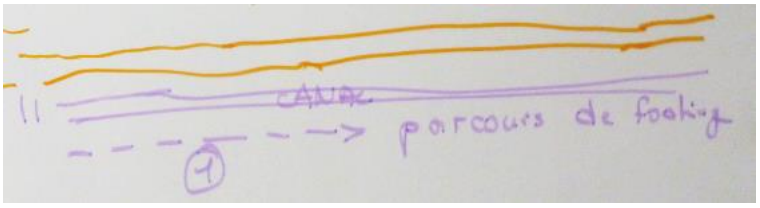
puis après je reviens, je fais tout un tour et je reviens après. C'est un endroit agréable. Très agréable et au calme (F, 1).

Comme je fais un peu de marche, ça fait de la promenade. Dans les sentiers, les petits chemins de terre là j'aime bien. […] Sinon, c'est encore au bord de l'eau. Il y a un château, près de chez moi. Et en dessous, il y a 3 étangs successifs (H, 2).

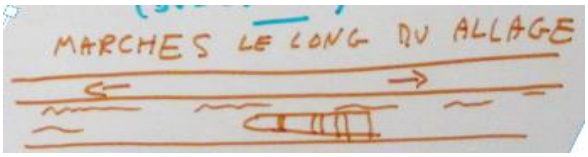
On retrouve aussi l'importance de la nature dans les cartes mentales, où on peut repérer divers éléments dessinés qui la représentent. Parmi ces éléments, on peut citer le fleuve, qui a été dessiné par 4 participants qui apprécient le sentier arboré qui le longe et qui a été aménagé pour la balade à pied ou à vélo. Les adhérents du GEM vont d'ailleurs s'y promener de temps en temps lors des sorties du mercredi.

Figure 31 : La représentation de la promenade au bord de l'eau dans les cartes mentales
Painter S., 2018 – Source : enquête 2016-2017

Je voudrais aussi parler des paysages environnants de la ville. Parce que là moi je vais très, très souvent. […] C'est une balade qui fait une heure. Une demi-heure pour aller, jusqu'à un pont. Et une demi-heure pour revenir. C'est assez dommage parce qu'il y a pas la foule. Alors je me demande, mais qu'est-ce qu'ils font les gens le dimanche matin ! Bon ils ont du ménage à faire, peut-être du repassage ! Rires (F, 1)



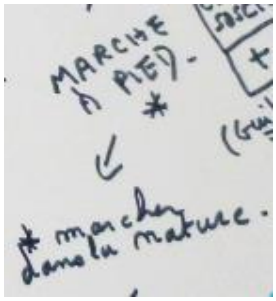
Sous chez moi, il y a un parcours de footing. Il y a le canal ici. [Au milieu dessine deux traits horizontaux violet et écrit « CANAL »]. Qui part de l'autre côté. Après il y a un pont là. […] Tout ça le long des cours d'eau, parce c'est plus adapté à la course que le macadam. Puis, le fait de se retrouver dans la nature, j'aime bien aussi (H, 2).



J'aime bien me promener mais pas tout seul. Avec quelqu'un, j'aime mieux. Le long du halage. Tu me parlais de dessiner ! Voilà, le chemin de halage. Et puis la rivière. Avec les bateaux là. Une barque là (H, 1).

Les participants ont aussi représenté la nature sous forme de texte, comme c'est le cas dans la carte de ce participant :

Figure 32 : La représentation de la nature sous forme de texte dans les cartes mentales
Painter S., 2018 – Source : enquête 2016-2017



*Je vais mettre marcher dans la nature surtout [Ecrit « * marcher dans la nature »]. J'aurais dû écrire en vert. Hm… ENQ : la nature est importante pour toi ? REP : oui. Oh oui. Mes parents, ils voulaient pas que je fasse de travail manuel. Comme j'aime bien la nature, ils pensaient et je sais pas, à ce moment-là, j'ai pas voulu, faire le métier de garde-forestier. Ça doit être sympa ça à faire. Mais je sais pas si j'ai assez d'autorité moi par contre ! Ça m'étonnerait ! (H, 1)*

En évoquant leurs promenades dans la nature, les participants ont décrit des processus qui relèvent de l'ordre des sens et de la perception. La marche engage en effet le corps dans l'espace, elle est une expérience sensible (Sansot, 1996 ; Thomas, 2007). C'est pourquoi il est pertinent de s'intéresser à cette dimension sensible de la marche, en étudiant cette pratique telle qu'elle est vécue et perçue à l'échelle du corps de la personne qui marche.

Cette dimension sensible de la marche a pu être identifiée dans les entretiens, en particulier du fait que les participants ont à plusieurs reprises décrit la manière dont leurs sens – notamment la vue et l'ouïe – étaient sollicités lors de cette expérience.

> *J'ai besoin de prendre l'air, regarder les bourgeons qui grandissent dans les arbres, les oiseaux qui chantent, tu vois. L'autre jour, j'avais pris des lunettes exprès pour voir les bourgeons qu'étaient tout naissants dans les arbres. C'est chouette. C'est de l'émerveillement et c'est gratuit. Il suffit d'ouvrir les yeux. Donc j'avais besoin d'avoir mes yeux qui brillent avec ce genre de choses (F, 1).*

Les participants évoquent ainsi une expérience particulière de l'espace lorsqu'ils se promènent, marquée par la contemplation de la nature. Ce spectacle provoque chez eux des émotions positives associées au bien-être, à la plénitude et à la sérénité, et qui contribuent à l'appropriation des espaces parcourus lors des promenades.

Les lieux de promenade dans la nature ont ainsi un statut particulier dans les discours de la plupart des participants. Ils sont décrits comme des lieux à part, comme des sas de décompression où l'on peut souffler et se ressourcer au contact de la nature. Ces espaces, pouvant être qualifiés d'espaces-ressources, correspondent à des morceaux de ville que les participants se sont appropriés, avec lesquels ils ont tissé une relation particulière du fait des expériences qu'ils en font. Lorsqu'ils sont interrogés sur les endroits qu'ils connaissent le mieux, la plupart des participants répondent d'ailleurs qu'il s'agit des lieux où ils se promènent. Il est probable que leur réponse résulte du lien émotionnel qui les unit à ces lieux. De nombreux participants ont en fait répondu à la question en mentionnant les lieux qu'ils préféraient :

> *ENQ : Quels sont les endroits que tu connais le mieux ? REP : Ah, il y a un coin que j'aime bien et que je te montrerai quand t'auras un vélo, c'est d'aller au pont du Grand B, à 5 km d'ici. C'est magnifique. Et tu continues un peu plus, t'as les, t'as le*

parcours sous les feuillages et tout quand il fait une période ensoleillée, c'est super chouette aussi. C'est très, c'est très champêtre. Très bien. C'est mon coin préféré.

ENQ : Quels sont les autres endroits que tu connais le mieux ? REP : Bah il y a les étangs. Les étangs de B. Avec le château de B. […] Je vais m'y promener. J'y allais quand j'étais gamin. Et je continue à aller m'y promener. Des fois quand on a des amis à la maison, on va aussi s'y promener. Mais j'y vais avec le GEM aussi quand on fait des marches le mercredi. J'y vais le mercredi quand c'est par chez moi (H, 2).

2.3 Evacuer les tensions, se vider la tête

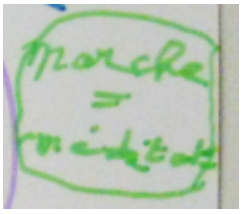
Les participants ont aussi largement souligné les bienfaits de la marche sur leur santé mentale, ce qui vient confirmer l'idée que les lieux de promenade peuvent être des espaces-ressources pour eux. Plusieurs études suggèrent que la marche en milieu rural tout comme en milieu urbain peut permettre à des personnes en fragilité psychique de se ressourcer, cette pratique ayant des effets positifs sur leur bien-être émotionnel (Julien et al, 2015 ; Robertson et al, 2012 ; Roe et Aspinall, 2011).

La promenade a été présentée par la plupart des participants comme un moyen d'évacuer les tensions et les angoisses.

[Quand ça va pas, ma réaction va être] de marcher dans la rue ou d'aller en campagne marcher. Et là ça va mieux après. Ou de passer un morceau de musique, mais ça c'est moins, moins parlant. ENQ : Pourquoi ? REP : Parce que pour rectifier la chose, pour aller mieux après, j'ai besoin de marcher, de prendre l'air (H, 2).

Figure 33 : L'expression du lien entre la marche et la méditation dans la carte mentale d'une participante dans la cinquantaine

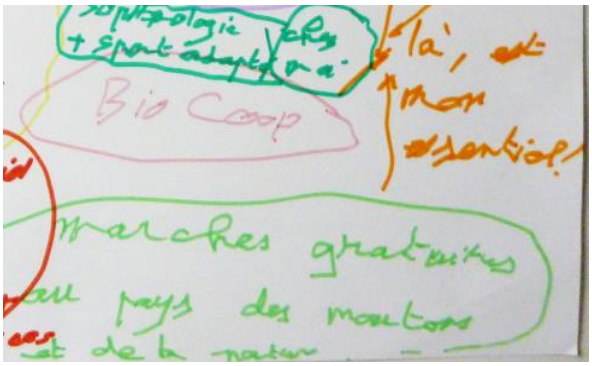
Painter S., 2018 – Source : enquête 2016-2017



ENQ : en quoi les marches t'aident à méditer ? REP : Le côté relax, côté euh... Quand je fais des marches gratuites, j'appelle ça, tu prends le soleil et ça ne te coûte rien quoi. Tu regardes les oiseaux, ça ne coûte rien. Tu regardes des bourgeons, des feuilles... Côté admiratif de la nature et merci quoi, la gratitude. Le côté gratitude (F, 1).

Plusieurs participants érigent même cette activité au rang de besoin, comme une pratique très importante et nécessaire au quotidien pour aller bien. Cette participante a par exemple indiqué sur sa carte mentale que la marche avait un caractère *essentiel* pour elle :

Figure 34 : La représentation du caractère essentiel de la pratique de la marche dans la carte mentale d'une participante dans la cinquantaine
Painter S., 2018 – Source : enquête 2016-2017



Une activité qui est importante, c'est de marcher un peu. Prendre l'air. Respirer. C'est d'évacuer les peurs, les tensions et respirer le bien-être. Et donc pour ça il faut que je marche. Pffff. Il faut prendre l'air (F, 1).
[La phrase « Marches gratuites au pays des moutons et de la nature » est reliée par une flèche orange à la phrase : « là est mon essentiel ! »] (F, 1).

La promenade constitue un moyen auquel les participants peuvent recourir pour faire passer un malaise ou des angoisses. On peut ainsi associer cette pratique à une forme de bricolage, puisqu'il s'agit d'utiliser l'espace de manière à rendre le quotidien plus satisfaisant et favoriser un certain équilibre. La promenade revêt même une dimension thérapeutique, puisque les participants en retirent des effets bénéfiques en matière de santé physique et mentale. Cette dimension thérapeutique favorable au mieux-être est liée à l'activité même – marcher – qui favorise l'acte de penser. Mais elle est aussi le fait du cadre dans lequel cette pratique est réalisée. La présence de la nature, dont l'importance a été décrite précédemment, contribue en effet largement au caractère ressourçant et thérapeutique de l'expérience vécue par les participants lorsqu'ils se baladent.

La promenade est une activité que les participants peuvent pratiquer à leur rythme et qu'ils peuvent adapter à leurs limitations physiques. Elle permet de ressentir son corps et de se sentir mieux, physiquement et mentalement. Tous ces éléments concourent à un processus d'ancrage par le corps des participants, à travers la pratique de la promenade. Les participants retrouvent ainsi quelques prises sur certains espaces de la ville, en se promenant dans des lieux qui leur sont chers, qu'ils apprécient et dont ils retirent un mieux-être.

3 La promenade, une pratique sociale

Jusque-là, la promenade a plutôt été analysée sous l'angle de l'expérience personnelle, montrant que l'importance accordée par les participants à cette pratique tient notamment aux bienfaits et au mieux-être qu'ils en retirent. A cela, il faut ajouter que cette pratique revêt également une dimension collective, c'est-à-dire qu'elle n'est pas uniquement individuelle. Lorsqu'elle est pratiquée à plusieurs, la promenade a aussi été décrite par les participants comme une pratique sociale, marquée par la rencontre avec l'autre.

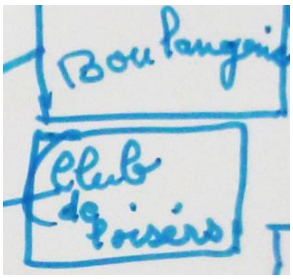
Nous avons vu que 12 participants pratiquaient la promenade à plusieurs. Les sept participants ne se promenant jamais seul ont indiqué que cette pratique perdait de son intérêt lorsqu'elle n'était pas réalisée avec d'autres personnes.

> *Bah tu vois marcher... Mais à la campagne, marcher tout seul... Bon, la nature, tout ça, bon c'est beau, d'accord mais... Si c'est beau, mais à condition d'être à plusieurs. Tout seul, je m'ennuie assez vite (H, 2).*

[La marche avec le GEM] ça me fait voir d'autres lieux, d'autres personnes. Parce que moi j'aime pas faire la marche toute seule. Ça me permet d'avoir une activité déjà (F, 2).

La promenade est une pratique qui se prête à la conversation. Elle est l'occasion de partager un moment ensemble, dans un cadre agréable. C'est ce plaisir qu'exprime cette participante, qui pratique la marche au sein d'un club de loisirs pour personnes retraitées :

Figure 35 : La représentation du club de marche dans la carte mentale d'une participante dans la cinquantaine
Painter S., 2018 – Source : enquête 2016-2017



Oh bah oui, le club… Oh là là. J'ai complètement oublié. C'est important parce que j'aime bien voir mes petites mamies et mes petits papis. Alors, club de loisir [Dessine un carré bleu « Club de loisirs »]. Voilà. On fait une petite marche (F, 1).

Lors des promenades, notamment avec le GEM, de petits groupes se forment autour de conversations où s'échangent conseils, histoires de vie, blagues et débats. Les participants ont le sentiment de partager une activité agréable et se le répètent entre eux, en échangeant des phrases comme « *ah ça fait du bien de marcher, hein ?* », à la fois pendant et après l'activité. Pour ceux qui ont envie de se promener sans forcément discuter, mais juste d'être présents parmi d'autres personnes, cela est aussi possible. Même sans échanges verbaux, la promenade à plusieurs peut conserver son caractère social. Elle est une manière d'être ensemble que certains participants peu loquaces mais n'aimant pas la solitude peuvent apprécier.

Figure 36 : La promenade, une pratique qui permet d'être au contact des autres
Source : GEM de B, 2016

Qu'elle soit pratiquée seule ou à plusieurs, la promenade est une activité potentiellement génératrice de rencontres. En parcourant des lieux de promenade fréquentés, on est amené à croiser d'autres promeneurs avec qui on échange un regard, un sourire ou un

bonjour. Si ces interactions sont souvent brèves, elles n'en sont pas moins importantes. Ces petits échanges inopinés communiquent de la bonne humeur, comme j'ai pu l'observer lors des marches du mercredi auxquelles j'ai participé avec le GEM. Elles sont aussi une marque de reconnaissance au sein de l'espace public. En se saluant mutuellement, nous reconnaissons que nous sommes tous deux présents au sein de cet espace que nous partageons, en l'occurrence un sentier de promenade.

> *Ah oui, les promenades avec mon chien. Alors comment je pourrais le faire, je sais pas ! J'en ai fait une ce matin. C'est important pour moi. [Dessine une sorte de boucle en bleu] Bah on prend la porte et puis je m'en vais dans le village. Après je redescends. Je fais un tour et puis je reviens chez moi. Je vais dans le village à côté de chez moi et puis après je reviens. Ça me prend une demi-heure. Je l'ai fait ce matin pendant une demi-heure. Ça me fait du bien. Ça fait du bien de prendre l'air, de respirer, tout ça. Ça fait beaucoup de bien. Mon chien est assez raisonnable, il ne tire pas trop. ENQ : Tu rencontres du monde sur le chemin ? REP : Oui, ça m'arrive. Hier j'ai rencontré un voisin. Bon, on a fait causette un peu. J'aime bien discuter alors ! Une vraie pipelette. Mais j'aime bien le lien social (F, 1).*

D'apparence certes banale, on peut comprendre l'importance de ces interactions ordinaires pour les participants, dès lors que l'on a conscience de l'isolement qu'ils vivent au quotidien (cf. chapitre précédent). Rappelons que l'inclusion passe par la reconnaissance de l'autre comme membre de la société (cf. chapitre 2). C'est un processus de ce type, bien que bref, qui se déroule sur les lieux de promenade. En inscrivant les participants dans des interactions sociales ordinaires, la promenade constitue une opportunité de prendre part à la vie sociale qui se déroule dans ces espaces de la ville, favorisant le sentiment de faire partie de la société.

4 Une pratique qui n'est pas exempte de contraintes

La promenade est une pratique qualifiée d'importante par les participants, pour au moins deux raisons, comme on l'a vu précédemment. D'une part, la promenade est une pratique qui favorise leur mieux-être sur les plans physique et mental. D'autre part, lorsqu'elle est pratiquée à plusieurs, la promenade peut devenir une activité sociale, permettant aux participants de profiter d'instants partagés avec d'autres. Pour autant, cette pratique n'est pas exempte de contraintes. Plusieurs facteurs contraignants identifiés dans la deuxième section du chapitre se retrouvent dans la pratique de la promenade.

4.1 Limitations physiques et manque d'accessibilité des lieux de promenade

Parmi ces facteurs contraignants, on retrouve les limitations physiques, qui peuvent rendre la marche désagréable, voire impossible dans certains cas. Rappelons que les frictions avec l'environnement bâti peuvent avoir des impacts sur les pratiques de la ville des personnes vieillissantes et réduire leur liberté géographique (Billette et Lavoie, 2010 ; Wiebe, 2018). Plusieurs participants ont comparé leurs capacités actuelles avec celles dont ils bénéficiaient par le passé. Ils doivent alors faire le deuil de pratiques passées :

> *J'ai 57 balais. Je suis accidenté. Donc la marche pour moi, c'est déjà beau que je puisse me mettre debout. Au risque de me mettre debout. De marcher là dans la*

pièce. Hein. De dire bonjour à Jacques et à Philippe. Euh. J'ai pas mal galéré dans la marche. Enfin, j'ai fait des choses, j'ai marché parce que je faisais les sentiers des côtes bretonnes à une époque. Maintenant, bah, je ferais bien le chemin de Saint-Jacques de Compostelle, mais avec mes guiboles, ça va pas le faire (H, 1).

Quand je marche de trop, j'ai mal aux jambes, j'ai mal aux pattes […] Bah pour aller me promener avec ma hanche, je peux plus faire des grandes distances (H, 2).

Pour les participants bénéficiant d'une aide à la marche (canne, déambulateur), la promenade peut aussi être synonyme de dangers. Ils doivent alors faire preuve de vigilance vis-à-vis du terrain, car le risque de chute est présent :

[Le soir] je vais faire une petite marche, je vais marcher. Dans mon jardin et puis autrement sur la route. Mais là je suis pas sûre là. J'ai peur de tomber. Je vais pas loin. A l'église, jusqu'à l'église et après je vais jusqu'à.... Pas de côte, hein je monte pas de côte. J'ai essayé une fois et j'ai manqué de tomber. Alors là ça m'a freiné. Mais j'aime bien aller dans les petites routes. Des fois je fais un petit tour au cimetière des fois. Mais là c'est dur. Je prends pas de risques quoi (F, 1).

La marche n'est donc pas toujours une activité accessible. Certains participants, dont la mobilité est plus limitée, sont dans l'obligation de sélectionner les marches auxquelles ils vont pouvoir participer avec le GEM par exemple, en fonction des caractéristiques du lieu de promenade. Celles-ci définissent le degré d'accessibilité du lieu. Y a-t-il des bancs pour faire des pauses ? Le terrain est-il accidenté ? Y a-t-il des côtes à monter ou bien des marches ? Est-ce du bitume ou bien des gravillons au sol ? La forme de l'itinéraire a aussi son importance, comme l'explique ce participant, qui bien que n'aimant pas particulièrement les chemins de halage, reconnaît que c'est une manière pour lui de continuer à participer aux marches, au moins partiellement :

Alors j'aime plus tellement marcher le mercredi parce que je fais un kilomètre à tout casser et je dois m'arrêter. Pour ensuite en refaire un et revenir après. C'est le maximum que je peux faire. Je viendrai peut-être moins à la marche. Tout dépendra du style de marche. Quand c'est un halage, j'aime pas trop le halage mais c'est pratique pour moi parce que je peux m'arrêter et revenir en prenant les clefs du Trafic[120] *pendant que vous êtes devant quoi. Même une marche, n'importe quelle marche, je peux faire ça (H, 2).*

4.2 N'avoir personne pour partager sa promenade

Les limitations physiques et l'inadaptation des lieux de promenade peuvent réduire la pratique des espaces. Mais d'autres facteurs entrent en jeu, comme la question de l'isolement et le fait de n'avoir personne avec qui partager sa promenade. Rappelons que les participants ont assez peu d'amis ou de proches avec qui faire des sorties. Pour certains, la marche du mercredi avec le GEM constitue leur seule opportunité pour aller se promener.

Certes, un participant sur deux marche seul. Mais cela ne signifie pas que la solitude ne se fait pas sentir, comme l'explique cette participante :

[120] Le véhicule utilisé par le GEM lors des déplacements.

Je marche quand même relativement souvent. Et la plupart des fois, c'est seule. ENQ : Et c'est une bonne ou mauvaise chose ? REP : Ah bah pour moi c'est une mauvaise chose. Parce que bah j'aimerais bien que pendant une marche d'une heure, chacun se raconte la vie, parle de l'actualité, du dernier film qu'ils ont été voir... ENQ : Donc tu aimes marcher, mais pas seule ? REP : Bah euh, je le fais, ça ne me dérange pas, mais j'aimerais mixer quoi. Tantôt toute seule, tantôt avec d'autres personnes (F, 1).

Lors d'un entretien, l'un des participants a décrit et représenté sur sa carte mentale la parade qu'il souhaitait tester pour lutter contre le sentiment de solitude qui parfois l'empêche d'aller marcher.

Figure 37 : Ecouter de la musique en marchant, une tentative pour éviter la solitude de la promenade
Painter S., 2018 – Source : enquête 2016-2017

ENQ : Pourquoi tu voulais un baladeur ? REP : Justement c'est pour... Parce que... Pour aller marcher. Mais marcher comme ça tout seul, moi ça me... Tandis qu'avec le baladeur, je le mettrai dans un petit sac là, un sac-à-dos. J'ai un petit casque. J'ai acheté un casque. J'aime bien moi les musiques des années 70. ENQ : Et ton idée c'est d'aller marcher avec le baladeur ? REP : Oui. Là je pourrai marcher. Ah non, autrement moi, marcher comme ça... Bah tout seul quoi. Bon… (H, 1)

4.3 Une pratique à soutenir pour favoriser l'inclusion dans la ville

La promenade est une pratique qui agit positivement sur la santé et le bien-être des participants. En outre, elle leur permet de maintenir une présence dans la ville, de partager des espaces communs, de faire des rencontres. A ce titre, elle est une pratique qu'il peut être pertinent de soutenir pour favoriser l'inclusion des personnes en fragilité psychique vieillissantes dans la ville. Le GEM y contribue déjà, en offrant la possibilité de marcher à plusieurs. Mais à mesure que les participants font face aux limitations physiques, certains lieux de promenade deviennent de moins en moins accessibles. Or, un environnement physique contraignant peut contribuer à limiter les interactions sociales de la personne, accentuant ainsi son isolement. Il y a donc un enjeu à penser ces lieux pour qu'ils puissent être parcourus quel que soit le degré de mobilité des piétons, à aménager des endroits où ils puissent faire des pauses, etc. Il existe des indicateurs visant à mesurer la « marchabilité » (*walkability*) d'une ville, c'est-à-dire la manière dont l'aménagement de ses espaces encourage et permet la marche à pied pour les usagers. Parmi les principes relatifs à la *walkability* figurent notamment le confort, la sécurité, la connexion entre les lieux, l'esthétisme, etc. (Ramirez et al, 2006 ; Le Goff et Séchet, 2011).

Lorsque les pratiques de promenade sont contraintes, du fait de l'inadéquation du lieu ou bien de l'isolement social, les participants ne peuvent maintenir leur présence dans ces espaces de la ville. Cela leur retire également la possibilité d'utiliser ces espaces pour faire face aux angoisses et d'avoir accès aux interactions sociales qui s'y déroulent. Comme le soulignent Marier et al (2017), le vieillissement est vécu de manière plus positive lorsque la personne peut facilement se déplacer.

Conclusion du chapitre 6

Ce chapitre avait pour objectif d'analyser les espaces de vie et les pratiques des participants sous l'angle des loisirs. Nous avons pu constater que ceux-ci avaient relativement peu de loisirs en dehors du GEM et que les activités qu'ils pratiquaient étaient plutôt cantonnées à l'espace du domicile, du fait d'une exclusion des espaces publics, engendrant de l'insatisfaction et de la frustration vis-à-vis de cette situation.

Rappelons que le vécu quotidien des participants s'inscrit dans des espaces plus ou moins inclusifs, qui dessinent des géographies particulières. Les examiner sous l'angle des loisirs révèle que les participants ne peuvent pratiquer la ville comme ils le voudraient. Du fait des nombreuses contraintes décrites dans ce chapitre, ils ne sont pas en mesure d'user librement des espaces de loisirs, dont ils sont souvent écartés, leurs éventuels besoins et/ou difficultés n'étant pas ou peu prises en considération. Les participants ne se sentant pas à leur place dans ces espaces, cela conduit à renforcer le caractère « domo-centré » de leurs géographies quotidiennes, c'est-à-dire à passer davantage de temps chez eux, faute de pouvoir sortir.

L'identification d'une multiplicité de facteurs entravant les pratiques de loisirs, en particulier en groupe, montre qu'il est indispensable d'adopter une définition large de l'accessibilité (c'est-à-dire non réduite à des questions d'accessibilité physique et/ou financière) pour comprendre les contraintes relatives à l'appropriation des espaces. Les facteurs dits sociaux sont notamment ressortis comme particulièrement importants dans les discours des participants. Par exemple, la manière dont ils se sentent lors des activités, leur acceptation par le groupe, la qualité du contexte au sein duquel ces activités se déroulent ou encore les modalités d'animation sont autant de variables à considérer, pour leur garantir une expérience de loisir dite inclusive.

La dernière partie du chapitre s'est concentrée sur une pratique de loisir qui s'est distinguée dans les entretiens, car partagée par l'ensemble de participants, à savoir la promenade. L'étude de la pratique de la promenade a permis de poser la question de l'accessibilité des espaces et donc des possibilités de vivre avec et parmi les autres dans la ville. Nous avons vu que bénéficier dans la ville de lieux de promenade permettait aux participants d'avoir quelques prises sur la ville. Ces lieux constituent des espaces-ressources à préserver et à multiplier. Ils jouent en effet un rôle important dans l'équilibre quotidien des participants et leur permettent d'être présents dans l'espace public. Si les participants ne sont plus en mesure d'accéder à ces espaces, d'y pratiquer des activités et de se les approprier, le risque est que cela ait un retentissement négatif sur le fragile équilibre qu'ils s'évertuent à construire au quotidien, renforçant alors le manque de prises au sein de leurs espaces de vie.

Chapitre 7 – « Chez moi, je me sens bien sans me sentir bien » - l'appropriation du chez soi

Ce chapitre est consacré à l'analyse du rapport des participants à leur logement, qui constitue le troisième thème ayant été largement abordé par les participants dans les entretiens. Le logement est un point nodal de leurs géographies quotidiennes, où ils passent de nombreuses heures. Le titre du chapitre « *chez moi, je me sens bien sans me sentir bien* » est issu d'un entretien ; il est une illustration du rapport ambivalent que les participants entretiennent avec leur logement, qu'ils décrivent tantôt comme un lieu de mal-être et d'isolement, tantôt comme un cocon protecteur. Nous avons vu dans le chapitre 4 que deux groupes se distinguaient au regard de la situation résidentielle : d'une part des participants locataires de petits logements, vivant majoritairement à B, d'autre part des participants propriétaires d'une maison à la campagne. Ce chapitre permettra de voir si cette distinction induit des rapports différents au logement.

Le logement apparaît comme un support essentiel de l'inclusion dans la ville pour plusieurs raisons. Il est indispensable aux êtres humains car il remplit une fonction vitale qu'est celle de leur fournir un abri. Déterminant majeur de la santé, le logement est aussi très souvent une condition pour faire valoir certains droits élémentaires, que ce soit en matière de santé, d'éducation, de culture, de loisirs, de travail, etc. Mais il renvoie également à un besoin tout aussi fondamental qu'est celui de l'ancrage, de la recherche de ce « point ici » (Moles et Rohmer, 1998). Lorsqu'il peut être approprié et donc habité, le logement joue un rôle dans la constitution de l'identité car il en est le « support spatialisé » (Bernard, 2005). Lorsqu'une personne ne parvient pas à faire de son logement un véritable chez soi, cela peut fortement la déstabiliser et lui faire perdre la confiance et l'estime de soi indispensables pour s'épanouir (Furtos, 2001 ; Furtos et al, 2012). Appliqué aux personnes en fragilité psychique vieillissantes qui, en plus des limitations physiques, peuvent avoir tendance à se dévaloriser et à avoir de la difficulté à entreprendre des choses, vivre dans un logement qui puisse être une véritable « plate-forme de stabilité nécessaire pour recouvrer confiance et dignité » (Bernard, 2009 :2) apparait d'autant plus essentiel.

Il existe une abondante littérature sur la question de l'habiter (Membrado et Rouyer, 2013 ; Paquot et al, 2007), en géographie (Frelat-Kahn et Lazzarotti, 2012 ; Stock, 2012), en psychologie (Moles et Rohmer, 1998 ; Serfaty-Garzon, 2003, 2010), en sociologie du vieillissement (Mallon, 2004), en gérontologie sociale (Rowles, 1978, 1983) et dans bien d'autres disciplines encore. De ce foisonnement de réflexions et de positionnements théoriques, nous retiendrons tout particulièrement l'idée que la notion d'habiter est intimement liée au fait de pouvoir s'approprier l'espace de son logement. Rappelons que l'appropriation passe entre autres par le fait d'avoir une maîtrise sur son espace de vie (Ripoll et Veschambre, 2006).

Pour Serfaty-Garzon, « l'habitant se signifie, articule sa propre syntaxe spatiale à travers l'arrangement, les espacements des choses, leur entretien et leur modification, en somme à travers un bricolage souvent modeste de sa maison qui donne à celle-ci sa tonalité affective propre » (2003 :29). Partant de l'idée qu'habiter son logement, c'est pouvoir avoir

des prises dessus, l'objectif de ce chapitre consiste à analyser la manière dont les participants parviennent ou non à s'approprier leur domicile.

Pour cela, le chapitre est organisé en trois sections. La première section traite de la difficulté pour les participants à conserver des prises sur l'espace physique de leur logement, en particulier au regard de son entretien et des problèmes posés par l'inadéquation de sa surface. La deuxième section consiste en une analyse des expériences d'isolement et de mal-être vécues par les participants lorsqu'ils sont chez eux. Ces expériences ont été relatées principalement lors des entretiens semi-directifs. La troisième section porte sur la manière dont les participants cherchent à s'approprier leur logement et à le transformer en un espace-ressource, malgré toutes les contraintes rencontrées.

I Un manque de prises sur le logement déjà présent, qui s'accroit en vieillissant

Les personnes âgées sont souvent très attachées à leur chez-soi (Nowik et Thalineau, 2014) car vieillir chez soi implique bien plus que le simple maintien de la personne dans un lieu. C'est une notion qui comporte des aspects symboliques, sociaux et physiques, et dont la signification dépend des possibilités d'habitation (Guberman et Olazabal, 2010). En effet, vieillir à domicile présente des limites lorsque le logement ou le milieu de vie ne permettent pas à la personne de vieillir dignement. Pour certaines personnes, vieillir dans son logement peut être aussi une situation subie, contrainte par le fait qu'elles n'ont pas les moyens de payer un loyer plus élevé ou de faire les réparations/adaptations nécessaires, qu'elles se retrouvent dans un quartier sans services ou transports collectifs suffisants par exemple (Marier et al, 2017). Cette première section s'intéresse à un thème récurrent dans les entretiens, à savoir le manque de prises sur leur logement.

La grande majorité des participants ont exprimé une forme d'attachement vis-à-vis de leur logement. Mais tous ont aussi largement fait mention d'un manque de contrôle sur leur espace domestique, qui les empêche de s'approprier pleinement leur domicile. Aux dires des participants, ce manque de contrôle est présent depuis longtemps, mais il semble s'intensifier à mesure qu'ils vieillissent.

1 Des logements qui ne correspondent pas aux attentes des participants

Afin d'analyser en quoi l'espace du logement échappe à la maîtrise des participants, cette section débute par l'examen des caractéristiques des domiciles et de la manière dont celles-ci sont perçues comme assez peu adaptées pour la plupart des participants, qu'ils vivent en appartement ou en maison.

1.1 Des appartements perçus comme trop petits…

Huit participants vivent dans des appartements, situés majoritairement à B et dont ils sont tous locataires, sauf un. Lors des entretiens, mais aussi au cours de conversations informelles au GEM, la plupart d'entre eux ont évoqué des difficultés à s'approprier leur

logement dont la surface est souvent limitée. Ce participant a du mal à parler de « logement » pour décrire son domicile, tellement celui-ci est petit :

> *Oui, un appart... Hmmm. Chambre plutôt. Ça ressemble à une chambre d'hôtel en fait. On pourrait dire ça comme ça. C'est même pas un studio. […] A là là c'est vraiment mal foutu, c'est dans les combles. C'est plein de recoins (H, 1).*

Cette participante reconnaît qu'elle n'a pas les moyens d'accéder à quelque chose de mieux que le logement qu'elle occupe actuellement :

> *J'ai longtemps cherché un appartement avec un balcon, tout ça... C'est du luxe hein. Il y en a pas beaucoup (F, 1).*

A la petitesse des logements s'ajoute le caractère souvent sommaire de l'ameublement intérieur. C'est ce que ce participant exprime lorsqu'il commente le siège sur lequel il est assis lors de l'entrevue :

> *Il est confortable le fauteuil dans lequel on est assis. Il m'en faudrait un comme ça. Parce que j'ai deux sièges, mais c'est des sièges en plastique. Oh c'est d'une dureté. Je vis un peu quand même à la hussarde quoi (H, 1).*

Il précise ensuite que les quelques meubles qu'il possède proviennent d'associations caritatives. Cet autre participant décrit l'intérieur de son appartement :

> *Oh c'est très simple hein. Moi j'ai plus d'argent pour me meubler maintenant. Je suis équipé à la base. […] Je me suis débarrassé du superflu. Les petits meubles d'ornement, ça sert, j'en ai eu aussi. Mais... C'est plus pour moi maintenant. Non, mais je dois pas avoir beaucoup de sous pour en acheter, c'est surtout ça (H, 2).*

Pour autant, ces participants relativisent aussi leur situation. S'ils savent que leur logement est petit, ils ont aussi la certitude que leur situation pourrait être pire. Celui-ci, qui a vécu à la rue, met en avant le fait qu'étant seul, il n'a pas vraiment besoin de plus :

> *Au niveau des surfaces, c'est T1 et T1bis. Moi j'y trouve ma place parce que je suis seul et puis je peux me laver, j'ai quand même le coin douche, c'est important (H, 1).*

Il sait que s'il vit dans un appartement réservé pour des personnes *qu'ont pas les moyens financiers d'accéder à un logement plus conséquent*, il se dit : *écoutez, je suis comme dirait l'autre, je suis pas à la rue quoi*.

Cet autre participant préfère blaguer quand il parle de son 17m² :

> *Ah oui, oui, j'ai plus qu'une place pour le lit. Tout est... Tout est pris. Il y a plus de place. Je plaisante là-dessus moi, c'est ma coquille escargot. Je rentre pas à reculons quand même mais presque ! [Rires] (H, 1).*

Certains participants ont recours à des arguments pratiques. Ce participant qui vit avec sa conjointe en HLM, invoque des raisons économiques :

> *Ça sert à rien d'avoir un grand logement si c'est pour payer plus cher. C'est pas la peine. On n'est que deux. On n'a pas d'enfants (H, 2).*

1.2 … Et des maisons qui semblent trop grandes

S'il n'est pas facile de s'approprier un logement dont la surface est minime, cela ne signifie pas que les six autres participants qui vivent dans une maison située dans les villages proches de B ne rencontrent aucune difficulté. Mais celles-ci sont d'un autre ordre. Quatre participants vivant seuls dans leur maison ont insisté sur le fait que leur logement devenait

trop grand pour eux, qu'ils se sentaient *seuls dans leur grande maison*, à mesure qu'ils vieillissaient. Ces participants possèdent plusieurs chambres inoccupées, qui font même parfois office de débarras. Ce sont des maisons dont ils ont hérité mais qui ne leur correspondent plus, du fait de leur entretien et de la solitude. Ce participant n'a plus la motivation pour réaménager son chez-soi :

> *Avant j'avais tout fait dans la maison. C'est moi qui faisais les papiers, tapisseries, peintures et tout. Et là j'ai fait faire parce que j'avais pas le courage. Et puis on change en prenant de l'âge. On n'a plus les mêmes motivations. Je t'assure (H, 2).*

Il partage désormais son temps entre son lit et son ordinateur. Ce rétrécissement de l'espace pratiqué dans sa maison est lié selon lui au vieillissement :

> *C'est limité mon truc hein. Et puis quand t'es jeune, tu bouges plus. C'est l'âge qui fait ça (H, 2).*

Cette autre participante aussi se sent seule dans sa maison. Elle parle lors de l'entretien de l'appartement dans lequel sa petite-fille vient d'emménager :

> *Elle m'a fait visiter son appartement. Puis je lui ai dit bah tu vois, si je trouve un appartement comme ça pour moi, ça me suffirait. Parce qu'elle a deux chambres, une très grande pièce en bas, tout équipé. Et j'ai pas besoin de plus, ça me suffirait (F, 2).*

Idem pour ce participant qui envisageait au début de l'enquête de quitter sa maison et l'a finalement vendue plusieurs mois plus tard :

> *ENQ : Ça ne te gênerait pas de passer d'une maison à un appart ? REP : bah maintenant avec mes problèmes physiques, je me dis que ça irait mieux qu'à une époque. (H, 2).*

Ces participants sont propriétaires de leur maison. Néanmoins, ils bénéficient pour la plupart de ressources financières limitées, similaires à celles des personnes vivant en appartement. Si cette participante possède une maison, elle n'a pas pour autant les moyens financiers de faire des travaux pour l'améliorer :

> *Voilà ouais, j'ai eu un coup de cœur pour le jardin, mais pas pour la maison. Donc euh... Même en l'améliorant, surtout que moi j'ai pas, financièrement, j'ai pas trop les moyens... Donc je rafraichis mais pfff, je vois bien que c'est pas ça quoi, puisqu'il faudrait les moyens pour pouvoir que ce soit comme je voudrais, et ça je peux pas le faire. Il y a des possibilités sur cette maison. Ne serait-ce aménager le sous-sol et tout ça, mais ça a un coût (F, 1).*

Deux participants, qui sont les doyens de l'échantillon, ont pour projet de déménager et ont mis leur maison en vente. Quatre autres participants disent explicitement qu'ils devront déménager plus tard. Parmi les raisons évoquées, le fait de vieillir, en particulier seul et à la campagne, figure parmi les premiers arguments avancés. L'une d'entre eux explique :

> *ENQ : Tu dois avoir plein de souvenirs alors dans cette maison ? REP : Oui. Mais c'est pas pour ça que je vais pas partir parce que j'ai trop de travail et je peux pas l'entretenir toute seule. C'est pour ça que je l'ai mise en vente (F, 2).*

Le contraste est important entre les participants dont le logement est trop petit et ceux dont la maison est trop grande. Néanmoins, tous témoignent d'un certain malaise, de

difficultés à pleinement s'approprier leur logement, comme s'ils ne se trouvaient pas vraiment en accord avec l'espace domestique dont ils disposent.

1.3 Un risque de chutes déjà présent mais qui s'accroit en vieillissant

Les participants ont presque tous des limitations physiques plus ou moins importantes, mais qui risquent de s'accentuer à mesure qu'ils vieillissent. Certains sont déjà tombés dans leur logement. Ces chutes peuvent être liées à des problèmes de santé physique présents depuis longtemps, comme cette participante, qui raconte :

> *Je suis tombée moi dans ma cuisine, je suis tombée sur le dos, je me suis retrouvée aux urgences et après j'ai été pris trois mois en rééducation à l'hôpital de B et puis... Et de là je suis ressortie avec rollateur quoi. Parce que j'étais en kiné, en rééducation (F, 1).*

Cette même participante porte désormais une alarme autour du cou pour appeler les secours si cela se reproduit, car elle vit seule dans son logement. Pour d'autres, le risque de chute s'accroît en vieillissant. L'un des participants dans la soixantaine a passé lui aussi plusieurs semaines à l'hôpital après être tombé dans ses escaliers, suivies d'une période de rééducation de quelques mois. Il est à noter qu'en vieillissant, les personnes se remettent plus difficilement de ce genre d'accident, d'autant plus lorsqu'elles ont déjà des problèmes de santé physique. D'autres participants plus jeunes appréhendent leur vieillissement, comme celle-ci, qui sait bien que sa maison ne sera pas adaptée :

> *C'est vrai que cette histoire de marches, il y a un paquet de marches... [...] Et j'ai pas fait attention. […] Pour l'instant ça va, mais c'est vrai que j'envisage plus tard de pas rester, parce qu'il y a quand même un paquet de marches. Donc pour l'instant c'est pas un problème, mais dans le futur, je me vois pas être dans cette maison quoi (F, 1).*

Parmi les participants vivant en appartement, en majorité à B, plusieurs se sont aussi plaint des étages à monter pour arriver chez eux. Seule une participante vit dans un immeuble avec un ascenseur, mais celui-ci tombe parfois en panne. Elle n'a pas envie de quitter son chez-soi pour autant :

> *On m'a dit que ce serait mieux d'habiter à plain-pied, carrément un rez-de-chaussée, comme ça il y aura pas de problème d'ascenseur et tout mais pour l'instant, ça me plaît bien comme ça (F, 1).*

Les participants ont pour la plupart expliqué qu'ils accueillaient très peu de personnes chez eux. Le risque de chutes est alors d'autant plus problématique lorsque les personnes vivent seules en milieu rural, où les voisins sont trop loin pour entendre les appels à l'aide et que leurs réseaux relationnels sont limités, comme nous avons pu le voir dans le chapitre 5.

2 Des difficultés à entretenir son logement

Bien qu'aucun ne soit à ma connaissance en situation d'incurie dans l'habitat, beaucoup de participants expliquent lors des entretiens avoir du mal à réaliser leurs tâches domestiques, notamment à faire le ménage. Sur ce point, les difficultés liées aux fragilités psychiques se mélangent à celles qui arrivent avec le vieillissement.

2.1 Une difficulté à se mettre en mouvement, surtout quand on vit seul et qu'on vieillit

Les difficultés à réaliser les tâches domestiques ne sont pas toujours comprises, y compris par la personne elle-même, car elles ne sont pas toujours liées à des limitations physiques. Une participante soixantenaire explique qu'elle a beaucoup de mal à distinguer ce qu'elle ne peut pas faire de ce qu'elle n'a pas envie de faire. La faute serait imputable à l'apathie, c'est-à-dire l'absence d'énergie et de motivation, qui parfois gouverne les actes des participants.

Onze participants ont explicitement évoqué dans les entretiens des difficultés dans l'entretien ménager de leur logement. Parmi eux, ce sont plutôt des hommes qui disent se sentir plus rapidement envahis par les tâches ménagères. L'un reconnaît avoir tendance à *délaisser son logement* et qu'il doit *être vigilant là-dessus (H, 2).* Cet autre participant se dit *oh là là, va falloir que je fasse du ménage chez moi ! Ah ouais, non mais je suis obligé de le faire à un moment... Mais ma curatrice me dit peut-être qu'il vous faut une aide-ménagère. Je sais pas* (H, 1). Cet autre encore sait qu'il doit *faire un petit effort de rangement* car il se décrit comme *quelqu'un d'assez brouillon (H, 1).* Dans les entretiens, les participantes donnent l'impression d'avoir un peu plus de contrôle sur le ménage, ce qu'on peut peut-être attribuer aux effets de l'éducation genrée que ces femmes ont reçue. Celle-ci a l'habitude de laver son sol chaque matin, même s'il reste sale car *c'est un lino de mauvaise qualité (F, 1),* qu'elle n'arrive pas à récupérer. Celle-là fait le ménage dès son lever, car elle aime que *l'espace soit propre (F, 1).* Pour cette autre participante, le lundi est consacré au ménage : *je fais en haut, je fais en bas, je fais tout mon ménage* (F, 1). Les participantes n'échappent pas pour autant à l'apathie, mais celle-ci semble se manifester plutôt dans d'autres domaines, comme les loisirs ou les sorties.

Beaucoup de participants ont expliqué qu'il leur était plus difficile d'entreprendre des tâches en étant seul :

> *Seule, on s'oblige moins quoi, forcément. A deux, on est plus motivé. Il y a quelqu'un qui va te dire bah alors, t'as pas fait ça etc. (F, 1).*

La présence du conjoint marque une différence importante entre les participants car celui-ci peut aider la personne à sortir de son immobilisme et structurer davantage le quotidien. Depuis sa dépression il y a 10 ans, ce participant explique avoir besoin d'être encouragé :

> *Ma femme s'occupe quand même pas mal de moi. Ça m'aide. Elle me fait faire des choses que j'ai pas trop envie. Par exemple, si elle voit que le jardin n'est pas bien entretenu, elle me dit vas dans le jardin (H, 2).*

Pour un autre participant, c'est au niveau de l'alimentation qu'il a vu une différence dans l'organisation de son quotidien, entre lorsqu'il vivait en couple où il cuisinait *vraiment des petits plats super et tout* et aujourd'hui, où il est *déréglé au niveau des horaires, [il] mange que quand [il a] faim*. Il précise :

> *Des fois il m'arrive de pas manger pendant deux jours. Et après, c'est là je sens la faim. Alors hop, je dis hop, je vais acheter... Mais j'ai des carences alimentaires. J'ai des carences alimentaires (H, 1).*

Ces exemples mettent en lumière le rôle des conjoints, qui peuvent apporter par leur présence et leur soutien le regain de motivation nécessaire à l'exécution des tâches domestiques et à l'organisation de la journée. Mais la majorité des participants vieillissent seuls. Un récent rapport de l'ANCREAI (2016) souligne ainsi l'importance à ce que les personnes en fragilité psychique puissent bénéficier d'une aide à domicile qui consiste en une stimulation pour réaliser les tâches ménagères, car c'est souvent un problème qu'elles rencontrent. S'inspirant de la culture du « faire avec » plutôt que de « faire à la place », c'est d'abord la « mise en mouvement » des bénéficiaires que les interventions des aides à domicile cherchent à favoriser (Peintre et al, 2017).

Les services d'accompagnement permettent aussi de poser un cadre : entretenir son logement pour soi mais aussi pour l'intervenant. L'exemple de ce participant, qui vit en maison relais, montre comment le regard de l'intervenant sur le logement l'incite à se mettre en action :

> *On a des contrôles d'hygiène tous les trois mois, pour voir si notre appartement est nickel et tout. Bon, je suis un peu bordélique, il y a des feuilles partout sur la table, il y a des livres ouverts. Faut que je fasse un petit effort de rangement là. Mais bon, un petit coup de collier, ça me prend l'après-midi et puis je range (H, 1).*

L'une des participants cinquantenaires sait qu'un logement bien entretenu renvoie un bon signal aux intervenants. Elle répète plusieurs fois lors de l'entrevue la remarque positive de son intervenante, qui a noté que son appartement était *bien entretenu*.

Les participants sont aussi confrontés au fil de l'avancée en âge à des difficultés physiques qui rendent l'entretien du logement plus pénible et fatiguant, voire impossible pour certaines tâches. C'est particulièrement le cas pour les participants qui vivent seuls dans une maison avec jardin, qui requiert trop de travail :

> *Le jardin n'est pas très grand, mais suffisamment tu vois pour que je n'arrive plus à le faire. C'est pas très grand, mais c'est trop pour moi maintenant, aussi bien pour la maison. C'est fatiguant d'entretenir, aussi bien l'intérieur que l'extérieur (F, 2).*

Les limitations physiques s'accompagnent aussi d'un manque de motivation et de dynamisme, ce qui se traduit par l'abandon d'activités, comme l'explique ce participant :

> *Fût un temps où je mettais des fleurs devant la maison. Et j'ai arrêté. Plus le courage de le faire non plus. Je faisais des fleurs en pots, tout ça, c'était joli. Et j'ai arrêté. J'ai plus l'envie. Et c'est contraignant. Puis comme je suis moyen au niveau santé et puis niveau pêche, je suis assez bancal, si je puis dire ainsi, et ben... Pffff. Non, l'envie n'est plus là (H, 2).*

2.2 Des aides limitées voire inexistantes à la réalisation des tâches domestiques

Peu de participants ont accès à des services d'aide à domicile. Seules deux participantes bénéficient d'un service de ce type, non pas cependant au titre du handicap psychique, mais parce qu'elles ont un handicap physique important reconnu depuis plusieurs années.

Quelques participants bénéficient de l'aide de leur famille pour l'entretien du logement. Ce participant dans la soixantaine partage les charges ménagères avec son épouse,

tout comme cette autre participante cinquantenaire, qui peut compter sur son mari pour l'aider dans ses tâches. Une autre participante dans la soixantaine peut compter sur sa sœur, qui *heureusement a l'habitude de venir une fois par semaine pour l'aider*. Pour d'autres, l'aide des proches est plus occasionnelle, comme pour ce participant dans la soixantaine, dont la sœur passe parfois pour *faire le ménage à fond […] Mais c'est pas souvent, elle passe une fois, une fois tous les deux mois, un truc comme ça*. Néanmoins les aidants vieillissent aussi et arrive un moment où ils ne sont plus en capacité d'assumer ce rôle. Cette participante cinquantenaire s'inquiète de l'épuisement de ses parents :

> *Ce qui m'embête, c'est que j'ai un jardin et puis c'est mes parents qui le font et ils vieillissent. […] Ça commence à être dur. Ils commencent à me dire débrouille toi toute seule, on sera pas toujours là. […] Maman va avoir 84 au mois d'octobre, Papa 82 au mois de juillet. Alors c'est normal. Ils sont fatigués. Maman, dès qu'elle s'assoit, elle dort (F, 1).*

Ce participant est préoccupé par le fait que l'agriculteur qui l'aide à entretenir son terrain vieillit lui aussi :

> *Maintenant avec mes problèmes physiques, je me dis que… J'ai du terrain, je sais pas quoi en faire. Le bord, il faut faire faucher ça par un agriculteur, qui dans 4 ans part en retraite. Par qui je ferai faire ça ? C'est que des grandes fermes maintenant qui remplacent les petits. Je me demande comment ça va être entretenu tout ça. Et puis la haie à tailler... (H, 2)*

Cette participante a également conscience qu'elle ne peut compter uniquement sur l'aide de sa sœur :

> *Comme j'ai du mal à faire chez moi maintenant, ma sœur vient m'aider mais j'ai quand même fait une demande d'aide-ménagère (F, 2).*

Quelques participants peuvent compter sur leurs intervenants en cas de difficultés occasionnelles. La curatrice d'un des participants cinquantenaires est venue dans son logement avec un expert pour l'aider à régler un problème d'isolation. Le SAVS a aidé une participante cinquantenaire lorsqu'elle a dû faire face à un dégât des eaux. Deux autres participants soulignent aussi l'aide de leur curatrice concernant les factures. Le premier a *beaucoup de mal avec tout ce qui est papiers, factures etc*. (H, 1). C'est donc sa curatrice qui reçoit les factures d'électricité. C'est aussi le cas du second, qui préfère cette situation : *en fait ça m'arrange parce que j'aurais pas le moral de recevoir toutes mes factures dans la boite aux lettres* (H, 1). Mais si ces professionnels favorisent le maintien dans le logement, ils ne remplacent pas l'intervention de services d'aide à domicile. Les participants doivent aussi faire face à de petits problèmes techniques du quotidien qu'ils ne peuvent résoudre eux-mêmes mais pour lesquels ils ne reçoivent pas d'aide pour autant. Cette participante raconte :

> *En ce moment, par exemple, j'ai le téléphone fixe qui ne fonctionne pas depuis quelques jours. Je sais pas trop pourquoi ni comment m'y prendre. Techniquement, je suis pas... C'est coton. Alors bah je laisse tomber (F, 1).*

Une ampoule cassée qu'on ne remplace pas, une mise à jour sur l'ordinateur qu'on ne parvient pas à faire et qui empêche de l'utiliser sont d'autres exemples de petits problèmes du quotidien que les participants doivent parfois laisser en suspens, faute d'aide.

Il est à noter qu'en France, les personnes en fragilité psychique ont des difficultés à obtenir des aides pour l'entretien du domicile, même quand elles bénéficient d'une

reconnaissance de handicap par la MDPH[121]. Un récent rapport (Debrach et al, 2016) a pointé leurs difficultés à accéder à la PCH[122], une aide financière versée par les départements, personnalisée et modulable selon les besoins, permettant le remboursement de dépenses liées au handicap. Quand bien même cette prestation, issue de la loi du 11 février 2005, est ouverte à toute personne, quelle que soit la nature de son handicap, les modalités d'évaluation des situations ne permettent pas une véritable prise en compte des répercussions du handicap psychique sur la vie quotidienne des personnes (Peintre et al, 2017). Une lecture rapide des situations des participants peut effectivement laisser croire qu'ils sont en capacité, du moins physique, d'effectuer leurs tâches quotidiennes. Il semblerait que c'est en vieillissant que les personnes ont plus facilement accès à une aide à domicile, lorsque les difficultés physiques sont plus marquées.

L'obstacle financier réduit également l'accès aux services d'aide à domicile, qui dépend des prestations que les personnes peuvent obtenir, mais aussi des restes à charge[123] qui sont différents selon les services (Peintre, 2017). Ce participant aimerait une aide à domicile, mais :

> *La curatrice n'y tient pas, vu les cordons de la bourse. Alors des fois c'est le bordel à la maison (H, 2).*

Cet autre participant ne se fait pas non plus d'illusions :

> *On m'a déjà proposé ça. J'ai dit non, j'en veux pas. C'est peut-être pas cher d'accord, mais déjà que suis pas beaucoup payé ! L'aide-ménagère, même si j'en prends une, elle va pas faire le ménage gratuitement comme ça (H, 2).*

Plusieurs participants sont aussi réticents à l'idée qu'une personne extérieure entre chez eux, même s'ils reconnaissent avoir besoin d'aide pour l'entretien. Celui-ci explique lors de l'entretien qu'il aurait du mal à faire confiance :

> *On m'a proposé une aide-ménagère, mais j'ai pas trop envie. J'ai des affaires auxquelles je tiens. Enfin, c'est pas que je fais pas confiance mais... Je sais pas... J'ai des personnes qui sont rentrées chez moi qui auraient jamais dû rentrer et il y a des choses qui ont disparu (H, 1).*

Ce participant a déjà du mal à accepter que le SAVS entre chez lui, du fait de la petitesse de son logement :

> *Ils viendront pas chez moi t'façon. Non, je préfère pas. Non. C'est trop petit (H, 1).*

Pour plusieurs participants, bénéficier d'une aide à domicile reviendrait aussi à devoir reconnaître une incapacité. Or, ils préfèrent insister sur ce qu'ils sont capables de faire. Celui-ci insiste sur le fait qu'il est encore autonome :

> *Quand même, je peux encore faire mon ménage. Je suis encore debout, malgré tout (H, 1).*

Même pour les deux participantes bénéficiant d'une aide à domicile, conserver sa part

[121] MDPH : Maison Départementale de l'Autonomie, organisme en France chargé entre autres de l'évaluation des situations de handicap.

[122] PCH : Prestation de Compensation du Handicap.

[123] En France, les personnes en perte d'autonomie et/ou en situation de handicap peuvent obtenir des aides financières permettant d'avoir recours à un service d'aide-à-domicile, mais celles-ci ne couvrent pas toujours l'intégralité des frais et une participation financière plus ou moins importante peut être demandée, notamment en fonction de ses ressources.

d'autonomie est essentiel. Quand celle-ci décrit les tâches de son intervenante à domicile, elle insiste plutôt sur ce qu'elle peut encore faire :

> *ENQ : L'aide vient aussi pour t'aider dans la maison ? REP : Pour faire mon ménage un petit peu. Mais je fais à manger encore, pour l'instant (F, 1).*

Cette autre participante a du mal à manier les ustensiles de cuisine trop lourds, elle risque de se brûler. Mais plutôt que son aide à domicile cuisine pour elle, elle préfère réduire la complexité des plats pour cuisiner elle-même :

> *S'il y a des choses que j'ai envie de cuire par exemple, [l'aide] va jouer avec l'eau chaude et tout ça, puisque moi, c'est à éviter quoi. Mais j'essaye d'être autonome. Avec des choses pas très compliquées quoi, je fais assez simple. Je vais pas faire des frites par exemple, c'est hors de question. Mais, dès que je peux être autonome, je le suis (F, 1).*

En plus des difficultés à entretenir leur domicile décrites dans cette première section, les participants font aussi l'expérience d'angoisses et de mal-être qui accentuent le manque de prises sur le logement et compromettent davantage la possibilité d'en faire un chez soi.

II Expériences d'isolement et de mal-être dans le logement

Dans cette deuxième section, il s'agit de s'intéresser plus en détail au vécu des participants dans leur logement. Outre le manque de prises sur l'espace physique du logement, les participants ont aussi fait état d'expériences d'isolement et de mal-être vécues lorsqu'ils sont chez eux. Lors des entretiens, tous les participants ont mentionné ce type d'expériences négatives, quelle que soit leur situation résidentielle.

1 Le logement, un lieu marqué par l'absence de l'autre

Nous avons déjà étudié l'insatisfaction des participants vis-à-vis de leur vie sociale et les impacts de leur isolement sur leurs pratiques dans les chapitres précédents. Mais aux dires des participants, c'est dans leur logement qu'ils semblent faire l'expérience la plus vive de l'isolement et de la solitude, qu'ils soient propriétaires d'une maison avec jardin ou locataires d'un minuscule studio. Nous avons vu dans le chapitre 5 que les participants avaient un réseau relationnel limité. Les études suggèrent que les risques de dépression et de souffrance psychologique seraient plus prononcés chez les personnes en fragilité psychique vieillissantes, du fait qu'elles sont souvent plus isolées, avec un réseau relationnel qui se réduit avec l'âge (disparition des proches) et des difficultés croissantes à se déplacer et donc à sortir de chez elles (Cumming et Cassie, 2008).

Le logement est un lieu où ils passent beaucoup de temps, non pas par choix, mais parce qu'ils ont peu d'opportunités de sortir de chez eux. Ce temps passé dans le logement est majoritairement solitaire. Comme c'est souvent le cas pour les adhérents des GEM (ANCREAI, 2017), une majorité de participants sont célibataires (n10). Seuls trois vivent en couple et une participante est veuve depuis plusieurs années. Les participants se sont peu exprimés lors des entretiens sur leur célibat, mais quelques-uns se sont davantage confiés dans des conversations plus informelles. Ceux-ci mettaient en avant le fait qu'en plus d'avoir de la difficulté à rencontrer de possibles partenaires, ils manquaient aussi beaucoup de confiance en eux, ce qui les empêchait de s'engager dans des rapports de séduction. Cinq participants ont

évoqué avoir vécu en couple pendant plusieurs années, dont 4 ont eu des enfants, puis se sont séparés de leur conjoint. Ces personnes sont donc seules lorsqu'elles sont chez elles.

Quelques participants accueillent de temps en temps des amis, mais cela reste assez rare. Lorsqu'ils ont un invité, il s'agit généralement de la même personne, qui vient prendre un café puis s'en va.

Il n'y a quasiment personne qui rentre chez moi (F, 1).

Seuls quatre participants reçoivent régulièrement la visite de leur famille, principalement leurs enfants et petits-enfants. Parmi eux, deux sont en couple et l'une est veuve. Les participants célibataires reçoivent moins de visites de leur famille, pour certains pas du tout :

> *Ma mère, elle est assez âgée, elle ne vient plus maintenant. Mais du côté de ma sœur et de mon beau-frère, ils ne viennent pas non plus. Ouaip', c'est pas un motif de... Je me dis, ils viennent pas, ils viennent pas. Ça les regarde (H, 2).*

Cette participante a bien une pièce lui permettant de recevoir ses enfants, mais celle-ci n'était jamais occupée :

> *J'ai deux chambres. Parce qu'il y en a une pour moi et une pour les enfants, au cas où je les accueillais si tu veux. Mais en fait, la vie a fait que... Ils viennent pas souvent. Et cette deuxième chambre, finalement, je me suis dit, je vais en faire une pièce pour moi (F, 1).*

En plus d'avoir des cercles de sociabilité limités, les participants vivant dans des appartements ont aussi presque tous pointé la petitesse de leur domicile comme point négatif important, les empêchant d'accueillir des gens :

> *Même si je reçois pas beaucoup de gens, j'aimerais bien que ma pièce de vie soit plus grande (F, 1).*

Pour ce participant, accueillir des personnes, y compris ses enfants, est presque impossible, étant donné la taille de son logement :

> *C'est assez difficile. Enfin, pas de faire rentrer pour une heure ou deux heures. Mais pour accueillir, faire dormir la personne, à côté de soi, comme mes enfants, ils vont pas pouvoir dormir. Mon fils me dit oh j'amène un matelas. Bon d'accord, occasionnellement, mais je pense que ça peut pas le faire, c'est quand même une pièce unique quoi. J'ai un lit et puis c'est un petit lit quoi (H, 1).*

Cet autre participant est soulagé que sa mère, vivant en maison de retraite, ait conservé pour l'instant un appartement à B :

> *Quand il y a du monde qui vient c'est bien parce que moi je peux pas héberger vraiment chez moi. Puis l'hôtel je sais pas la note mais... (H, 1).*

Plusieurs participants ont vécu des situations où des personnes ont largement profité de leur hospitalité, les rendant ainsi particulièrement méfiants à l'idée d'ouvrir leur porte à d'autres. Ce participant raconte :

> *ENQ : Il y a des gens qui viennent parfois chez toi ? REP : Rarement. Rarement parce que j'ai été échaudé. J'en connais un qui s'était lié d'amitié avec moi à l'hôpital à B. Mais qui est du style gros nounours, 140 kg, assez dur mais tendre à la fois. Mais alors il n'arrive pas à dormir tout seul chez lui. Alors il voulait venir chez moi, s'inviter chez moi, manger chez moi, dormir chez moi, tout ça parce qu'il*

n'arrivait pas à s'assumer chez lui ! Alors j'ai besoin de fermer à clef, tu comprends ? Mais il n'est pas... Il n'est pas désagréable, mais alors il faut le connaître quoi (H,2).

Plusieurs participants ont aussi rapporté des cas où ils suspectent des personnes qui sont rentrées chez eux de les avoir volés :

Une fois, ils étaient deux jeunes là. Des loustics. Enfin elle surtout. Lui je le connaissais pas. Elle ah oui ! Je voyais qu'elle me faisait... Parce que moi, je sais pas, j'ai confiance. Je ferme pas ma porte quand je prends ma douche. Et puis je reviens dans mon portefeuille. Parce que je laisse mon portefeuille des fois sur ma table. Je regarde dedans et il manquait de l'argent. Alors je sais pas si elle s'est permis de rentrer pour me faucher du fric mais... Bah là j'ai... J'ai pas osé demander. Mais elle souriait un petit peu... Ah mon avis, je crois que là je me suis fait voler là (H, 1).

Je me suis fait voler des trucs. Dernièrement c'était le portable. Mais je faisais rentrer n'importe qui chez moi aussi, c'est de ma faute aussi. Je m'étais acheté un petit 4 pistes pour pouvoir enregistrer différents instruments. Je voulais aller enregistrer des bruits de la nature pour voir. Et le truc, il est parti dans la poche de quelqu'un. Quand je prenais mes médicaments, j'avais fait monter des gens que je connaissais pas chez moi. Le matin, je me réveille. Ils étaient partis. Ma basse, disparue. Ma guitare, disparue. Deux petits ordinateurs. Disparus aussi (H, 1).

Ces participants reconnaissent avoir été dans des situations où leur logement se retrouvait squatté par des gens peu fréquentables qu'ils n'arrivaient pas à déloger. C'est que ce que raconte par exemple cet autre participant :

J'étais limite... J'ai eu des retards de loyer... J'aurai pu être poursuivi d'ailleurs, en justice. Et puis j'ai hébergé des SDF aussi, j'ai eu des problèmes avec ça. J'avais pas énormément d'amis et je me suis... Cette connerie. Non mais l'expression il vaut mieux être seul que mal accompagné, c'est vrai. C'est vrai. Non mais là, pfff... (H, 1).

Au moins cinq participants ont évoqué ce genre de mauvaises expériences dans le logement, ce qui fait écho à l'idée que de nombreuses personnes en fragilité psychique sont victimes d'actes malveillants ou d'abus de confiance. Les participants concernés ont aujourd'hui un peu de recul vis-à-vis de ces situations, qui généralement se sont déroulées il y a plusieurs années. Mais ces mauvaises expériences les ont amenés à se méfier des personnes qui les entourent. Ce climat de méfiance envenime le rapport au chez-soi, puisqu'il amène certains participants à ne plus vouloir faire entrer leurs rares connaissances et à s'enfermer encore plus dans leur logement.

Pour la plupart des participants, le logement peut être qualifié de lieu « sans partage » (Campéon, 2011), dans le sens où le chez soi est avant tout marqué par l'absence de l'autre. Lorsqu'il y a du passage, lorsque des gens vont et viennent, le logement est alors enrichi d'une présence, celle de l'autre qu'on accueille chez soi. Cette présence peut être passée ou à venir, prendre la forme de souvenirs joyeux d'un repas entre amis ou de l'attente d'un proche qui doit passer prendre un café. Or, pour la plupart des participants, il n'y a souvent que peu de souvenirs ou d'attentes, d'autant plus que leur situation d'isolement dure depuis plusieurs années. Le logement devient alors un lieu où les participants font une expérience assez vive de l'isolement.

Lorsque les participants parlent de leur expérience de l'isolement dans le logement, ils évoquent souvent l'image de la claustration, décrivant leur domicile comme un lieu de réclusion, à l'instar de celle-ci :

> *Je me sens un petit peu cloitrée. Je te le dis franchement. Mais bon je me sens chez moi quand même, je suis chez moi. Mais je me sens seule quand même, c'est sûr (F, 1).*

Ils ont souvent le sentiment d'être écartés du monde, avec peu de contacts avec l'extérieur. Certaines configurations d'habitat peuvent amplifier le sentiment d'isolement, notamment pour les participants qui habitent à la campagne. Celle-ci vit dans un hameau très peu fréquenté. Elle décrit le silence qui, chez elle, la ramène à son isolement :

> *Je suis tellement isolée là où je suis que j'entends rien ou presque rien. […] Je me sentirais plus vivante au bord de la mer. Enfin au bord de la mer, c'est pas pour la mer, parce que je me baigne peu. C'est plus le fait de voir du monde, entendre du bruit, simplement des bruits euh, enfin courants quoi (F, 2).*

2 Temps morts et angoisses solitaires dans le logement

Les sollicitations extérieures sont rares, si bien que les participants sont amenés à passer de longues heures seuls chez eux. De prime abord, on pourrait se dire qu'ils bénéficient de beaucoup de temps libre, du fait qu'ils ne sont pas contraints par des horaires imposés (notamment du fait qu'ils ne travaillent pas). Or, pour les participants, il ne s'agit pas de temps libres, mais de temps morts, de temps vides et creux qu'ils doivent subir. L'un décrit son quotidien comme *mort*. Cette participante trouve que *c'est vide* quand elle est chez elle, une autre appréhende les *trous* et une autre encore a peur des *blancs*.

Ces moments d'ennui sont redoutés par les participants, parce qu'ils donnent lieu aux ruminations, vagues à l'âme et autres angoisses qui les empêchent de profiter de l'instant présent :

> *C'est dur l'après-midi, parce que je suis toute seule et il y a des idées qui se préparent dans la tête. J'aime pas rester toute seule. Ça fait des angoisses d'être toute seule (F, 1).*

Dans ces moments, les participants s'enferment dans le passé ou bien s'inquiètent du futur, mais ils ne sont pas dans le présent. Pour plusieurs d'entre eux, qui ont dépassé la cinquantaine et qui ne se sentent ni jeunes, ni vieux, ces longues heures de solitude font ressortir les regrets du passé, comme pour ce participant qui fait souvent le bilan de sa vie lorsqu'il est allongé sur son lit à ne rien faire :

> *Quand j'analyse maintenant, j'ai le temps, je peux prendre du recul, je me dis ouais, mais bon, t'aurais pu prendre cette piste-là. T'aurais pu faire ça. T'aurais pu faire ça si t'avais su, si, si, si. Parce que j'ai eu des opportunités dans ma vie d'avoir un boulot correct. Et puis non, j'ai voulu jouer les aventuriers. […] Je ressasse quand même beaucoup, beaucoup trop mon passé (H, 1).*

Cette participante explique que le fait de ressasser des idées noires l'empêche de profiter du présent et que c'est une tendance contre laquelle elle doit lutter :

> *J'ai tendance à avoir le mental... A ruminer davantage quoi. C'est de ça dont je voulais parler au niveau de l'ennui. Que si on s'ennuie un petit peu des fois, bon, on a*

vite fait de remettre soit la télé. Euh, de... Il faut faire quelque chose quoi. Sinon on a tendance, moi j'aurais tendance à me tourmenter davantage, à me poser des questions. De faire travailler le mental plus, plus, plus. Et c'est pas forcément sain. Plutôt que de vivre le moment, c'est de vivre le moment présent et puis voilà quoi (F, 1).

Pour cette autre participante, c'est l'incertitude de son avenir lorsqu'elle vieillira qui l'inquiète :

Je suis con parce que je pense toujours à... Je pense à la… C'est ce qui me donne peut-être des angoisses, je pense à la situation future. Et ça c'est chiant. Ça fout des angoisses. C'est chiant de ne pas vivre le moment présent (F, 1).

Lorsque les participants ne parviennent pas à lutter contre ces épisodes d'angoisse et d'ennui, ils sont comme immobilisés et n'ont plus qu'à attendre que ça passe :

Quand ça va vraiment pas, quand j'ai mal au dos en plus, je m'accorde... Enfin, je m'accorde... Je prends ça comme ça vient hein... Je m'allonge sans défaire les draps bien sûr, sur le lit, et je rêvasse et je m'allonge, le temps passe (H, 2).

Quand ce participant soixantenaire ne va pas bien, *ça peut [lui] arriver de rester comme ça à rien faire, à attendre* (H, 2). Cet autre participant cinquantenaire aussi s'allonge sur son lit. Ce n'est qu'après plusieurs heures qu'il se dit *bon allez, tu te bouges, tu vas faire des courses* (H, 1). D'autres disent *tourner en rond* lorsqu'ils traversent des moments d'angoisse chez eux.

Résister à ces moments d'angoisses et d'ennui est d'autant plus difficile qu'il n'est pas toujours facile de les voir venir :

Il y a des moments où je me sens très bien. Mais il y a des moments où c'est plus trop ça (H, 1).

C'est aussi ce que ressentent ces participants : *des fois je suis pas bien, des fois je suis bien, ça dépend* (F, 1) ; *c'est vrai il y a des hauts et des bas* (F, 1) ; *[il y a] des jours plus durs que d'autres* (H, 2), ou encore : *c'est en dents de scie* (F, 1).

Dans les entretiens, les participants ont souvent exprimé un rapport au temps qui passe dans le logement comme étant souvent gouverné par l'impression d'être prisonnier d'un temps creux et vide, qui leur fait perdre prise sur le présent. Beaucoup préfèrent ainsi couper court à leurs journées en allant se coucher tôt, car les soirées leur paraissent longues :

Bah euh le soir… Pffff, c'est pas terrible (F, 1).

J'arrive chez moi le soir, bon bah pfff, je sais que bon… Bah je mange et puis je regarde la télé et puis voilà, ça y est, c'est fini, la journée est finie (F, 1).

3 L'équilibre précaire des rythmes quotidiens

En plus des épisodes d'angoisse et d'ennui, le manque de prises sur le temps qui s'écoule dans le logement se manifeste aussi dans le rapport des participants aux rythmes quotidiens, à la manière dont les journées se déroulent et sont structurées.

3.1 Ne pas avoir d'horaires de travail structurant la journée

De nombreux participants ont le sentiment que leur rythme de vie est en décalage avec la société. La raison la plus fréquemment évoquée tient au fait qu'ils ne travaillent pas pour la plupart. Le fait de ne pas travailler nourrit un sentiment d'exclusion, voire de culpabilisation,

car le fait d'être actif permet de se sentir utile et d'avoir une certaine valeur au sein de la société.

> *Il y a toujours une culpabilisation quoi. Au fait d'être sur la voix de traverse quoi. C'est-à-dire tu, tu, t'es pas dans les rails de la société active quoi […] Je suis quand même écarté du monde, du monde de la, de la production. Du monde de l'entreprise (H, 1).*

Cette participante est nostalgique du temps où elle pouvait travailler :

> *Il y a quelque chose qui me manque, c'est le travail. Un travail, l'ambiance et tout ça. Ça me manque de pas travailler (F, 1).*

Pour cette autre participante, qui fait encore quelques ménages occasionnels chez des particuliers, il est important de pouvoir exercer une activité, même si ce n'est que quelques heures :

> *Oui, c'est très important. Oui et puis ça me permet de voir autre chose. Et puis ça me permet de me rendre utile aussi en même temps. C'est très important (F, 1).*

En plus de donner une raison de se lever le matin et de sortir de chez soi, le travail occupe les journées et structure le quotidien en fixant des horaires. Les participants ne travaillant pas ou ayant l'âge de la retraite sont amenés à passer plus de temps chez eux, ce qui n'est pas toujours facile, comme en témoigne ce participant :

> *Ouais, ouais. Mes journées, c'est un peu l'ennui. Beaucoup l'ennui quand même. C'est depuis que je ne travaille plus (H, 2).*

Or, ce manque d'activités en dehors du logement laisse la porte ouverte aux angoisses évoquées plus haut. Une participante soixantenaire décrit lors de l'entretien ce moment où elle voit chaque matin ses voisins partir travailler, si bien qu'elle se retrouve seule dans son village. Pour cet autre participant, le matin est aussi un moment de la journée où il se sent en décalage avec les personnes actives :

> *Je prends mon café. Bon je mange pas le petit déj' avec le jus d'orange et puis les toasts et les oeufs. Enfin bon, le bon truc du mec qui va bosser, qu'a la forme, qu'a un objectif, qu'est chef de banque, de ceci ou de cela. Bah moi non (H, 1).*

Un autre participant, qui travaille à temps partiel dans un ESAT, appréhende le moment de sa retraite, qu'il prendra dans deux ans :

> *Bien souvent, quand tu tombes en retraite comme ça, qu'il y a plus de boulot par derrière, il y a plus rien, c'est très dur. Ah moins qu'il y a quelque chose pour occuper quoi (H, 2).*

Il a ainsi décidé qu'il viendrait davantage au GEM, pour justement ne pas rester chez lui à ne rien faire et *que ça tourne au vinaigre,* pour reprendre ses mots. La retraite a été un moment difficile pour cette autre participante qui ne connaissait pas encore le GEM. Sur la fin, elle travaillait depuis son domicile. La solitude a commencé à se faire sentir lorsqu'elle a cessé son activité :

> *J'ai travaillé chez moi, j'ai pas senti la solitude. Mais quand je me suis arrêté là, c'était plus dur. […] Tant que j'étais en activité, ça allait. Mais maintenant que je suis seule et à la retraite, bien je me trouve un peu isolée (F, 2).*

C'est à ce moment qu'elle a *pris l'habitude de consommer toute seule* de l'alcool chez elle.

Pour les deux participantes réalisant des ménages occasionnels, leurs horaires de travail ne sont pas fixes et elles peuvent alterner des périodes d'activités et de chômage plus ou moins longues. L'été est une période particulièrement creuse, d'autant plus que le GEM ferme plusieurs semaines en juillet/août. L'une d'entre elle sait qu'elle risque de s'ennuyer, car elle passe une partie de son temps à attendre qu'on lui propose de nouveaux contrats :

> *Quand la prestation est finie, j'attends qu'on me rappelle. Mais il n'y a plus de travail pour l'instant. Parce que je ne suis pas demandée. Tout simplement. Donc bah je sais pas ce que ça va donner. L'été j'ai toujours hâte que mon téléphone sonne et là il sonne pas. C'est embêtant. Et qu'est-ce que je vais faire de mes journées… (F, 1).*

L'autre de ces deux participantes insiste lors de l'entretien sur le fait qu'elle doit être très vigilante vis-à-vis de ses contrats, car si elle dépasse un certain nombre d'heures, elle peut perdre son AAH. Ce type d'emploi précaire ne contribue pas à lui donner davantage de stabilité sur le plan des horaires. Au contraire, c'est même une source de stress supplémentaire.

3.2 Des rythmes de sommeil et d'alimentation perturbés

C'est dur dur de se lever ! Les adhérents s'amusaient à répéter cette réplique issue de la pièce portant sur les petites choses du quotidien qu'ils avaient écrite lors d'un atelier théâtre au GEM. S'ils s'étaient autant approprié cette phrase, c'est parce qu'elle fait écho à une réalité à laquelle ils sont confrontés : le fragile équilibre de leurs rythmes quotidiens. L'autre domaine dans lequel les participants manquent d'horaires structurants concerne les rythmes de sommeil et d'alimentation.

Lors des entretiens mais aussi de conversations informelles, la plupart des participants ont évoqué leurs difficultés à se lever le matin. Il leur faut aller doucement, car celui-ci se réveille *péniblement*, celle-ci a *du mal à se dérouiller la 1ière heure*, celle-là *émerge difficilement*. Bien des participants ont besoin d'adopter un rythme matinal tranquille, pour bien démarrer la journée :

> *Le matin au petit déjeuner, où là je prends mon temps parce que comme je suis rouillée (F, 2).*
>
> *Ça prend une heure quasiment le petit déjeuner. Carrément ! Si, si, pain yaourt. Mes antidouleurs. Avec une clope. Le café (H, 2).*

Il est important qu'ils n'aillent pas trop vite, car s'ils se sentent bousculés, cela peut avoir des répercussions sur le reste de la journée, comme l'explique ce participant :

> *Si je commence à pousser dès le matin, à partir sur les chapeaux de roues comme ça, tu peux être sûre que j'en ai pour toute la journée après. Là c'est réglé comme du papier à musique (H, 2).*

Il travaille à 8h, mais il préfère se lever 2h avant pour avoir le temps de déjeuner tranquillement :

> *Il y en a qui disent que je me lève trop tôt. Mais moi j'aime bien prendre mon temps, prendre le café le matin. Tranquille et tout ça. Sinon... Ça me permet d'émerger un peu (H, 2).*

C'est d'ailleurs pour cela que la plupart des activités du GEM se déroulent l'après-midi, pour permettre à chacun d'y participer.

Il arrive néanmoins que des réunions soient organisées le matin au GEM, ce qui peut être une source de stress pour les participants, si cela est trop fréquent, comme en témoigne la note d'observation suivante :

Note d'observation du 24 janvier 2017 (GEM, lors du temps info)
L'une des participantes, soixantenaire, doit assister à deux réunions, mercredi matin et jeudi matin. Elle dit que ça fait beaucoup pour elle deux matinées de suite. Au cours de la conversation, elle croit comprendre qu'elle doit aussi aller à une autre réunion prévue vendredi matin. Elle s'exclame, très nerveuse : *mais ça va me faire trois matinées de suite, c'est pas possible ! Je peux pas !* La salariée du GEM la rassure en lui disant qu'elle n'a pas bien compris, qu'elle aura juste un petit effort à faire mercredi et jeudi.

La plupart des participants ont des problèmes de sommeil. Certains n'arrivent pas à s'endormir ou ont un sommeil agité. D'autres se réveillent, comme celui-ci, cinquantenaire, qui se lève toutes les deux heures pour fumer, ou cet autre participant soixantenaire qui souffre d'insomnies régulières. Cela n'est pas sans conséquence sur la journée qui suit. Une participante dans la cinquantaine explique dans l'entretien qu'elle se réveille souvent vers 5h du matin. Ne parvenant pas à se rendormir, elle se lève puis se recouche quelques heures après. Il lui faut ensuite du temps pour *émerger*, si bien qu'elle commence à être en forme autour de 16h. Cette autre participante cinquantenaire explique qu'elle ne participera aux activités du GEM que si elle est *opérationnelle*, c'est-à-dire si elle a bien dormi. Un autre, âgé de la cinquantaine, aimerait pouvoir venir aussi, mais il est souvent fatigué l'après-midi, au point de ne rien pouvoir faire. Cette situation aurait pu lui poser problème pour rendre visite à sa mère en maison de retraite, car seules les après-midis sont réservées aux visites. Ayant expliqué sa situation à des infirmiers compréhensifs, ceux-ci ont accepté qu'il vienne en fin de matinée plutôt que l'après-midi.

Même si certains prennent des somnifères, des effets secondaires se font sentir le lendemain, comme l'explique cette participante qui aimerait bien s'en passer :

> *Je prends des somnifères pour dormir par contre, parce que je manque de sommeil. Mais du coup le lendemain, je vais pas être bien. C'est con, parce que j'aimerais bien m'en passer, parce que c'est quand même psychique et ça joue sur la mémoire, sur tout ça. Mais quand j'ai pas suffisamment dormi, je suis pas bien non plus. Les médicaments comme ça, ça doit jouer sur ton sommeil. Le sommeil n'est pas le même. Je fais pas mal de cauchemars et tout ça et je pense que c'est cette putain de substance là qui fait ça. Mais en même temps quand j'ai pas mon heure de sommeil... C'est pas facile... (F, 1).*

L'un des participants dans la soixantaine explique que s'il a des problèmes de sommeil, il sait qu'il ne peut pas non plus se lever trop tard, car sinon il ne réussira pas à manger le midi. Les repas font aussi l'objet de perturbations. Certains participants reconnaissent être complètement décalés dans leurs horaires, en particulier lorsqu'ils vivent seuls, sans personne pour les inciter à cuisiner et à se mettre à table. Plusieurs participants souffrent ainsi de carences à cause d'une alimentation insuffisante ou mauvaise. Celle-ci n'a souvent pas le courage de cuisiner, mais elle a trouvé une solution pour garder quand même une alimentation correcte, elle achète des plats préparés chez un traiteur :

Maintenant je ne fais même plus à manger, je vais directement chez mon traiteur qui fait des plats cuisinés. Je sais que c'est bien. Et moi je n'arriverai pas... Enfin bien, mieux que les boîtes si tu veux. Donc là j'en prends pour le midi, le soir aussi. Bon l'hiver je prends quelques fois des soupes en briques là (F, 2).

Les participants ont aussi expliqué avoir besoin de se reposer davantage en vieillissant, et que leur rythme de vie semblait ralentir de plus en plus. Celui-ci explique :

A 61 ans, on n'a pas la même vie qu'à 30 ans. Pour être en forme ici [au GEM], je dois davantage dormir, me reposer. Être bien chez moi, pour revenir en forme après (H, 2).

Plus de temps consacré à se reposer signifie plus de temps passé au domicile. Mais ces siestes ne sont pas toujours réparatrices, comme l'explique ce participant :

J'aimerais pouvoir mieux me reposer. Je suis toujours sous tension. Je fais une sieste quelque fois. J'aime pas ça parce qu'après le soir, c'est pareil. C'est un cercle. Un cercle vicieux. Pfff. Tu dors, tu fais une sieste l'après-midi, bah le soir, tu dors pas (H, 1).

Concernant les participants en emploi, ceux-ci ont témoigné des difficultés rencontrées, notamment leur fatigabilité, surtout à mesure qu'ils vieillissent. Par exemple, l'un des participants explique que s'il travaille le matin, il ne vient pas au GEM l'après-midi car il a besoin de se reposer. Comme une autre participante travaillant également en ESAT, il ne peut venir que le vendredi ou le samedi, lors de ses journées de repos. Cette autre participante encore, qui a des problèmes de dos, est fatiguée par ses ménages, mais elle n'a guère le choix :

Je me sens fatiguée quand même. Parce que bon bah le fait qu'avant je ne travaillais plus et reprendre une activité là, j'en ai fait pas mal quand même, alors je me sens fatiguée. Le fait de reprendre du travail... Je travaillais plus depuis 2003. […] Avec mes problèmes de dos moi, je sais que c'est fatiguant. C'est dur. C'est dur mais bon en même temps j'ai pas le choix. Ça me fait ça aussi pour finir mon mois. C'est vrai, ça me fait ça ensuite pour finir mon mois, parce que je gagne pas des tas et des tas (F, 1).

3.3 Des rythmes quotidiens qui peuvent éclater en morceaux

Le fragile équilibre que les participants s'efforcent malgré tout de trouver dans leurs rythmes quotidiens peut être balayé parfois très facilement. Pour plusieurs participants, un tracas qui pourrait sembler anodin, une petite contrariété comme on en connaît tous, pourra prendre des proportions très importantes et perturber le reste de la journée. Certains ont du mal à mettre de côté le tracas en question pour le régler plus tard. L'une des participantes soixantenaires, par exemple, n'a pu se rendre à une réunion du GEM, préférant rester chez elle car sa télévision ne marchait plus. Son esprit était trop occupé par ce problème si bien qu'elle ne pouvait être concentrée à autre chose. Le moindre souci peut être une source d'angoisse, comme pour ce participant, que le changement rend très nerveux :

J'ai des angoisses. Mais pour rien hein. Pour quelque chose auquel je pense pas. J'angoisse comme ça, je sais pas. Quand il y a quelque chose de nouveau, ça m'angoisse, ça m'angoisse (H, 1).

Les participants peuvent aussi être très affectés par les paroles d'autrui. L'un d'entre eux, soixantenaire, n'a pu venir au GEM pendant 3 jours, du fait qu'un adhérent lui avait fait une remarque désobligeante sur son âge.

Il faut bien comprendre que ces angoisses et contrariétés prennent une place si grande que les personnes ont beaucoup de mal à s'en « dépêtrer », ce qui les empêche de se concentrer sur le moment présent et de faire des activités à l'extérieur. Mais si les tracas quotidiens peuvent déséquilibrer les rythmes quotidiens, il arrive aussi que les participants traversent des périodes plus sombres, où ils ne vont pas bien. Dans ces cas-là, la plupart explique s'enfermer dans leur logement, coupant les contacts avec l'extérieur. Malheureusement, ces phases de repli peuvent prendre des tournures parfois dramatiques et conduire dans certains cas à une hospitalisation.

Même si, comme on le verra plus loin, le GEM aide les participants à moins s'isoler et à sortir de chez eux, ils ne sont pas à l'abri de ces phases de retrait. Cette année, celle-ci traverse par exemple une période où elle a moins le moral et a besoin de se replier chez elle :

> *Mais il y a des fois où c'est pas qu'on n'a pas d'amis, c'est qu'on se coupe des amis, on a besoin de voilà... Selon comment qu'on est... On n'a pas spécialement envie. Là en ce moment, c'est ma période où je vais rejeter les invitations... C'est moi qui vais faire en sorte de pas répondre. Voilà, de... Par rapport au téléphone... De pas chercher. On va être invité et on se trouve pas forcément mieux en étant ailleurs. Donc. Ouais, ouais, ouais, c'est... Je crois que c'est, voilà. Mais comme beaucoup de gens hein, c'est tout, il y en a beaucoup comme ça (F, 1).*

Il est à noter que cette période coïncidait avec une baisse de revenus et une grande fatigue évoquées à plusieurs reprises par cette participante lors de nos discussions informelles au GEM.

Cette autre participante évoque plusieurs périodes de retrait similaires qu'elle a vécues ces dernières années :

> *Il y a une période où j'aimais bien rester même des fois des journées entières chez moi, je m'ennuyais pas. […] J'avais pas envie d'aller rencontrer forcément les gens […] C'était une période où voilà, que j'avais commencé à arrêter mes médicaments. Ouais, bah ouais. Je me rendais pas compte, mais je me croyais invulnérable, quand vraiment, tu sais forte, pas possible quoi (F, 1).*

Elle explique qu'elle est sortie de cette phase de retrait en se rendant compte peu à peu qu'elle s'était faussement persuadée qu'elle n'avait pas besoin des autres. Elle a ainsi cessé de s'enfermer chez elle pour venir davantage au GEM :

> *Je passais plus de temps chez moi. Moins besoin de... Je me disais, le GEM, ça se trouve, je vais plus en avoir besoin ou envie... Euh, raté ! Là j'en ai à la fois besoin et envie. Je veux dire, j'ai envie. J'ai envie de venir. Oui. Oui. […] Là je ressens un besoin d'aller vers les autres et je sais pas, d'aller vers ou avec, d'être avec quoi. Si bien que demain, je vais par exemple venir jouer aux boules (F, 1).*

Pour les participants qui prennent des médicaments comme des psychotropes ou des stabilisateurs d'humeur, l'arrêt brutal du traitement peut faire voler en éclats leur équilibre. Ce genre de situation est arrivé à plusieurs reprises lors de mes séjours au GEM. Cette participante revient sur cette période en racontant comment elle s'est renfermée chez elle, persuadée de n'avoir besoin de personne, s'est débarrassée de toutes ses affaires, de son salon,

de sa télévision, puis s'est mise à acheter de la nourriture très chère, au point que son compte en banque *en prenne un coup*. Elle a fini par reprendre le chemin des médicaments, dont l'arrêt provoque la perte d'un équilibre difficile à retrouver :

> *Cette fois j'ai les médicaments, il faut que je continue, faut pas que j'arrête. Ça a des répercussions après, faut le temps de remettre la machine en route et tout quoi. Parce que quand on est dans une phase de… De maniaquerie, sans s'en rendre compte, enfin, sans que je me rendais compte forcément, j'en étais consciente, sans en être consciente, alors après il faut... Il faut du temps pour revenir à un être normal si tu veux quoi* (F, 1).

La modification du traitement peut aussi donner lieu à un rééquilibrage plus ou moins compliqué. Une participante soixantenaire, qui a changé de médicaments récemment, a eu besoin de plusieurs semaines pour s'y habituer, le traitement affectant son sommeil et provoquant des endormissements au cours de la journée.

III Retrouver prise et faire de son logement un chez-soi malgré tout

Se sentir chez soi est intimement lié à une certaine forme de contrôle et d'emprise sur un espace que l'on fait sien. Pour Serfaty-Gazon, « l'appropriation de la maison est l'inscription d'une dynamique de prise de possession d'un espace dans un objectif d'harmonie avec soi. Le but de l'appropriation est de rendre un espace propre à soi et de le transformer ainsi en un lieu défini et distinct des autres lieux du monde. L'espace approprié est le lieu de l'habitation, le chez-soi » (2010 :39).

Au regard des nombreuses contraintes à l'appropriation rencontrées par les participants dans leur logement, on peut se demander s'ils se sentent *chez eux*. Mais en étudiant les expériences négatives d'isolement, d'ennui et d'angoisse vécues dans le domicile par les participants, nous n'avons en fait qualifié qu'une facette du rapport qu'ils entretiennent avec leur logement.

L'appropriation répond à un besoin fondamental de l'être humain (Moles et Rohmer, 1998). Lorsqu'un individu est confronté à un espace qu'il peine à s'approprier, généralement il ne demeure pas passif. Il cherche à mettre en place des mécanismes d'ajustement, de transformation, de correction en vue de transformer cet espace et de le faire sien, même dans des contextes qui ne relèvent pas *a priori* de l'espace domestique, comme la rue par exemple (Zeneidi, 2002). Précisons néanmoins que ces mécanismes d'ajustement et de transformation ne fonctionnent pas toujours (Furtos et al, 2012).

1 Le logement décrit comme un chez soi

Dans les entretiens, les participants ont décrit leur logement comme remplissant les fonctions d'un véritable chez soi. Le logement n'a pas que pour fonction de loger, les études montrent qu'il comble bien d'autres besoins essentiels. Dans ses travaux consacrés aux liens entre les aînés et leur lieu de vie, Rowles (1978, 1983) a élaboré le concept d'*insideness* pour décrire trois aspects de l'attachement au lieu. L'attachement physique (*physical insideness)* renvoie au sentiment de familiarité et de maîtrise que la personne développe sur son environnement physique. L'attachement social (*social insideness*) comprend les interactions

quotidiennes, mais aussi le bien-être procuré par la sensation de connaître les autres qui nous entourent et qu'eux-mêmes nous reconnaissent. L'attachement autobiographique (*autobiographical insideness*) désigne les souvenirs associés au lieu de vie que la personne a accumulés au cours du temps. Les travaux de Rowles ont ouvert la voie à un ensemble d'études, menées en Europe et en Amérique du Nord, portant sur les liens entre vieillissement et espace, développant notamment des concepts tels que l'attachement au lieu (*attachment to place*) ou le vieillir chez soi et dans sa communauté (*aging in place)* (Andrews et al, 2007 ; Caradec et al, 2017 ; Clément et al, 1996 ; Membrado et Rouyer, 2013, Phillipson, 2007 ; etc.). Ces études ont montré comment, lorsqu'un lieu de vie est approprié et fait l'objet d'un sentiment d'appartenance, il peut devenir un véritable point d'ancrage et un cocon protecteur qui contribue à maintenir l'identité de la personne et procure un sentiment de sécurité et de bien-être, surtout lorsqu'à mesure que l'on vieillit, un sentiment d'étrangeté ou de décalage avec le monde peut naître et s'accroître (Caradec, 2009).

Trois fonctions du chez soi ont pu être identifiées à partir des discours des participants, à savoir que le logement peut, dans une certaine mesure, apparaître comme une bulle protectrice (1), comme un espace thérapeutique (2) et comme le pivot central des espaces de vie (3). Il est intéressant de noter que ces trois fonctions ont été représentées dans les cartes mentales.

1.1 Le logement comme bulle protectrice

Le logement peut être un lieu d'angoisse, comme on a pu le voir précédemment. Mais les participants ont aussi décrit leur domicile comme un lieu de retraite, un refuge qui leur offre une protection vis-à-vis de l'extérieur, de ses contraintes et des angoisses qui peuvent y naître. C'est un lieu qui leur permet de se couper du dehors, à l'image d'une bulle protectrice :

> *Je reste des fois [chez moi], je conserve ma structure quoi, j'essaie de pas être confronté au danger, à la violence […] Parce qu'en fait des fois je me sens pas bien, je peux même être au centre social et ne pas me sentir bien. C'est pour ça que je m'en vais parce qu'à un moment donné, je dis au revoir quoi. Mais je suis un petit peu… C'est pas l'éloge de la fuite mais… C'est pour m'isoler. Pour m'isoler (H, 1).*
>
> *C'est vrai que la fragilité, j'en avais parlé au GEM, c'est quelque chose qui peut te créer des spasmes, voilà. Et que du coup, c'est… De rester chez toi, c'est ta petite bulle. La fragilité, c'est en fin de compte les contrariétés hein. C'est les angoisses. Si t'es une personne déjà fragile ou angoissée de nature, bah voilà, le fait de rester plus dans ta bulle ou chez toi, du coup tu te mets des protections (F, 1).*

En s'enfermant chez eux, en se retirant du monde, les participants visent ici le repos et le ressourcement. Cette forme de retraite diffère ainsi de l'expérience d'isolement qu'ont également relatée les participants et qui a été analysée dans la deuxième section de ce chapitre. Cette retraite est plutôt décrite dans les entretiens comme un mécanisme de défense et non comme une claustration subie.

Lorsque les participants évoquent la fonction protectrice de leur logement, deux éléments complémentaires sont particulièrement présents dans les discours : d'une part, l'idée de possession, et d'autre part l'idée de partition entre un dedans et dehors.

L'idée de possession – et donc de maîtrise - est présente dans les discours des participants à travers le vocabulaire utilisé, notamment l'usage des adjectifs possessifs comme on peut le constater dans l'extrait ci-dessous :

> *ENQ : Peux-tu me parler des endroits où tu te sens vraiment bien ? REP : Bah c'est ma piaule. Ma piaule dans laquelle je suis. Avec ma cuisine, ma douche. Et puis mes bouquins (H, 1).*

Les participants ont également décrit leur logement comme marquant une séparation entre un dedans – chez eux – et un dehors. A propos de cette idée de partition spatiale, Rohmer et Moles rappellent que « la notion de paroi est inhérente à l'idée d'appropriation de l'espace. L'homme ne conquiert l'espace qu'en le divisant, en l'organisant et en le ramenant à lui-même, en matérialisant ses subdivisions. Ce sont les parois qui concrétisent les plus proches des « coquilles de l'homme », celles dont il a l'expérience la plus immédiate, celles qui lui servent à ne pas se sentir perdu dans une étendue illimitée » (1998 :62).

La délimitation entre le dedans et le dehors s'exprime par exemple par le fait que chez eux, les participants ne sont pas soumis aux contraintes de l'extérieur mais peuvent se fixer leurs propres règles :

> *Le mieux, c'est chez moi. Parce que chez moi, je fais ce que je veux. Même si je m'interdis de fumer partout. Je fume devant la cheminée par exemple. Mais chez moi au moins, il y a pas de contraintes particulières (F, 2).*

Chez eux, les participants peuvent se soustraire du regard des autres, se mettre à l'aise, puisque le logement est aussi un lieu de protection de l'intimité :

> *J'ai fermé la porte et je mange en pyjama, enfin je suis tranquille. Je regarde Plus Belle La Vie[124], même si c'est pas au goût de tout le monde, c'est pas grave, ça me plaît en ce moment (F, 1).*

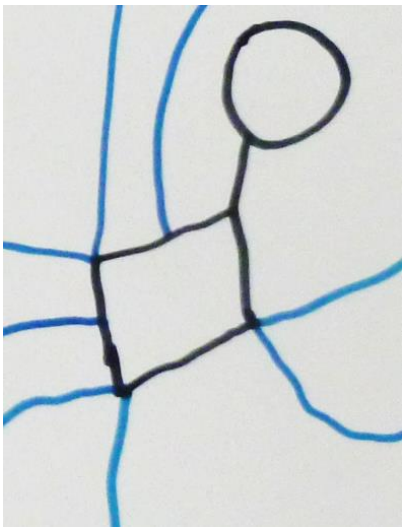
Pour certains participants dont la mobilité est réduite, le logement est aussi synonyme de davantage de confort qu'à l'extérieur. C'est le cas de celle-ci, qui a besoin d'un déambulateur pour marcher et pour qui certaines actions sont difficiles à réaliser lorsqu'elle est dehors, comme aller aux toilettes :

> *Depuis un moment, on est souvent chez moi. Parce que j'aime bien aussi, j'avoue que j'ai... J'aime bien être aussi chez moi. Enfin, je peux m'asseoir, boire, ou aller aux toilettes, ou je sais pas... Oui, je...On est bien (F, 1).*

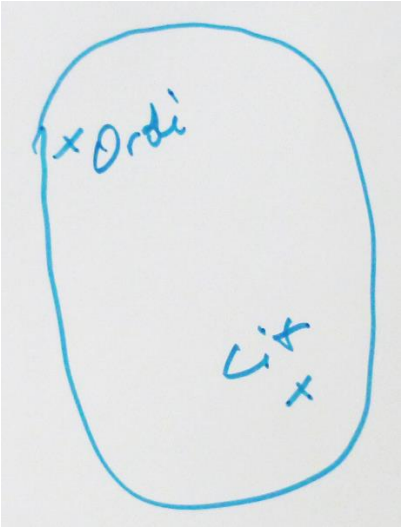
L'idée d'une partition entre un dedans et un dehors se décline aussi à l'intérieur du logement. Les participants ont décrit des micro-espaces au sein même du domicile, sous la forme de « petits coins » où ils se sentent bien : près de la cheminée, dans le jardin, sur l'ordinateur, dans le lit, dans son fauteuil préféré, etc. Il s'agit là d'un mécanisme fondamental du processus d'appropriation, consistant à circonscrire dans l'espace des « sous-espaces » sur lesquels on peut exercer une certaine emprise. Comme l'écrivent Rohmer et Moles, « la clôture, la cloison, la partition restent l'outil fondamental de l'appropriation de l'espace » (1998 :70). Ces micro-espaces ont été plusieurs fois représentés dans les cartes mentales :

[124] Feuilleton télévisuel français portant sur le quotidien des habitants d'un quartier fictif de Marseille.

Figure 38 : La représentation de micro-espaces appropriés dans le logement
Painter S., 2018 – Source : enquête 2016-2017



Là c'est chez moi [dessine un carré noir]. Chez moi j'ai un truc qui est en dehors de la maison. Un truc en paille. C'est un abri. [Dessine un rond noir accroché au carré]. On peut se mettre dessous à l'abri quand il pleut. C'est important. Quand je sors de la maison, je vais sous la paillotte. On a le salon de jardin dessous. […] ENQ : Est-ce qu'il y a des endroits où tu te sens très bien ? REP : La paillotte (H, 2).



ENQ : Quels sont les lieux que tu apprécies particulièrement ? REP : Chez moi, devant l'ordi. C'est une source d'information incroyable. Il y a des moments où on sature, mais c'est rare quand même. […] Ça c'est chez moi, en bas. [Ecrit « en bas » au-dessus de l'ovale]. Et en haut, c'est là où est l'ordi. Et moi je suis là [dessine une croix bleue dans l'ovale] (H, 2).

La construction de ces micro-espaces fait naître chez les participants un sentiment de contrôle qui peut en partie contrebalancer leur manque de prises sur leur logement. Bénéficier d'un espace à soi, sur lequel on peut exercer une forme de maîtrise, contribue à l'émergence du sentiment d'être *chez soi*.

1.2 Le logement comme espace thérapeutique

Malgré les angoisses qu'ils peuvent y vivre, le logement peut aussi contribuer sous certains aspects au bien-être des participants. En cela, il peut être qualifié d'espace thérapeutique. Tous les participants ont évoqué des moments passés dans leur logement où ils se sentaient bien, voire mieux.

> *Être chez moi, ça représente un pôle régénérateur (H, 2).*
>
> *ENQ : Quels sont les endroits où tu te sens le mieux ? REP : Chez moi. [Pointe avec son doigt son logement sur la carte mentale] (H, 2).*
>
> *ENQ : Quels sont les endroits où tu te sens le mieux ? REP : Chez moi. Oui, quand même (H, 1).*
>
> *Je suis bien dans ma maison. Je suis bien, je me plais bien (F, 1).*

Outre le fait de bénéficier d'un espace à soi, en particulier ces micro-espaces à investir, huit participants ont insisté sur une caractéristique contribuant à leurs yeux à leur

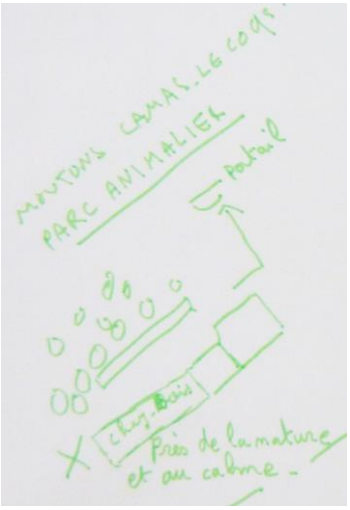
mieux-être lorsqu'ils sont chez eux : la proximité de la nature. Rappelons que l'étude se situe dans le contexte d'une petite ville et des villages alentour, où la densification urbaine est moindre, laissant de la place aux espaces verts.

Les participants ont souligné la dimension esthétique de la nature et ses liens avec la sensation de bien-être lorsqu'ils sont chez eux. Si la fonction protectrice du logement était marquée par la délimitation entre un dedans et un dehors, ici la nature pénètre à l'intérieur du chez soi, de manière visuelle et sonore :

> *Moi la vitre où j'ai accès de ma chambre, j'ai quatre arbres devant moi. Dont un marronnier magnifique. Un sapin et puis deux chênes. […] C'est très silencieux, on entend le chant des oiseaux toute la journée, et moi j'aime, j'apprécie le silence. (H, 1)*
>
> *Je suis au 3ème sans rideaux, je veux voir clair ! Pas de rideaux non. Nulle part. Pas dans les chambres, nul part. Oh je suis au 3e, il n'y a pas de vis-à-vis en plus. Moi mon vis-à-vis, ce sont des arbres. De grands arbres. A part les oiseaux qui peuvent regarder... Et puis c'est vert, c'est beau quoi. J'aime bien. Sauf en hiver, c'est dénudé, mais ça a son charme aussi. Moi j'aime bien. Je m'y sens bien. Je vais chez moi de bon cœur, je suis heureuse d'être chez moi (F, 1).*
>
> *Le café au petit déjeuner, c'est des moments de bonheur. Je regarde tout autour de moi, mes fleurs et tout ça, et puis on voit la nature et les petits oiseaux. Ah c'est bien ça. Les petits oiseaux qui chantent. Ah c'est des petits moments de bonheur ça aussi. Voir la nature, entendre la nature (F, 1).*

La nature a aussi été décrite comme une ceinture de protection autour du logement, donnant au chez soi un caractère protecteur, la sensation d'une enveloppe apaisante qui filtre les nuisances extérieures. Cette idée a été retranscrite dans les cartes mentales de certains participants :

Figure 39 : La représentation de la nature comme ceinture de protection autour du chez soi
Painter S., 2018 – Source : enquête 2016-2017



Je vais partir de chez moi. [Dessine un rectangle vert et écrit « chez bois »] Je marque chez moi. Et tu sais pourquoi je fais en vert ? Parce que j'habite à côté de la nature. J'ai marqué chez bois ! [Rires] Et ça me fait penser que là il y a de la verdure. [Dessine des arbres sous forme de ronds verts]. Là il y a des garages, mais je n'ai pas de garage. Voilà, chez moi je suis bien. Parce que c'est au calme. [Ecrit « près de la nature et au calme » en vert] (H, 1).

Les participants ont aussi mis en avant les vertus apaisantes de cette nature, dont le calme leur prodigue bien-être et sérénité. Ce baume s'avère particulièrement important pour les participants, qui sont sujets aux angoisses :

C'est très calme, parce qu'il y a pas de voitures à passer sous les fenêtres. Ça c'est un détail très, très important parce que moi, je pense que j'ai besoin de ça. Et ça calme l'esprit, ça calme, parce que je me suis retrouvé dans des situations où les voitures elles passaient sous ma fenêtre. Quand je suis sorti de l'hôpital psychiatrique et je supportais pas (H, 1).

Où je suis c'est très, très calme. Comme à l'origine je suis un gars de la ville, je suis pas un gars de la campagne, je suis pas né en campagne, je suis un gars de la ville. Moi je recherche beaucoup le calme. Parce qu'autrement... [Il se claque la tête]. J'en prends plein la tête et puis ça m'arrange pas. C'est pour ça que quand je suis arrivé à [X, village proche de B], j'avais demandé, au départ, ils voulaient me faire habiter dans le bourg. J'ai dit non, je veux pas aller habiter dans le bourg, avec les voitures, les camions. Les branleurs qui trainent par-là, qui font la fiesta le soir. J'ai dit non. Je veux pas. Et je voulais, ce que je voulais moi, c'est un logement qui soit pas trop retiré du bourg. J'ai trouvé ce que je voulais, c'est impeccable. Je suis très content. C'est calme, il y a pas de bruit, rien (H, 2).

Les chercheurs travaillant sur les paysages thérapeutiques se sont penchés sur l'influence positive de la nature sur le bien-être des individus (Curtis, 2004, 2010). Dans son étude portant sur le rôle de certains lieux vis-à-vis du rétablissement de personnes vivant avec des problèmes de santé mentale, Duff (2012) avait aussi identifié l'importance de la nature pour les enquêtés. Ceux-ci expliquaient que le contact avec la nature les aidait à se sentir mieux, à se calmer et à gérer leurs angoisses.

1.3 Le logement comme pivot central des espaces de vie

Une autre marque d'appropriation des participants vis-à-vis de leur logement réside dans la récurrence de l'idée de centralité qui lui est associée dans les entrevues et les cartes mentales. Le logement est souvent décrit comme un point pivot autour duquel s'organise leur espace de vie. Il s'agit du point de départ mais aussi d'arrivée des déplacements, le lieu vers lequel ils reviennent toujours :

C'est chez moi que je me sens le mieux. C'est chez moi. Je peux toujours aller voir ailleurs, je reviens toujours. J'ai toujours envie de revenir chez moi (H, 2).

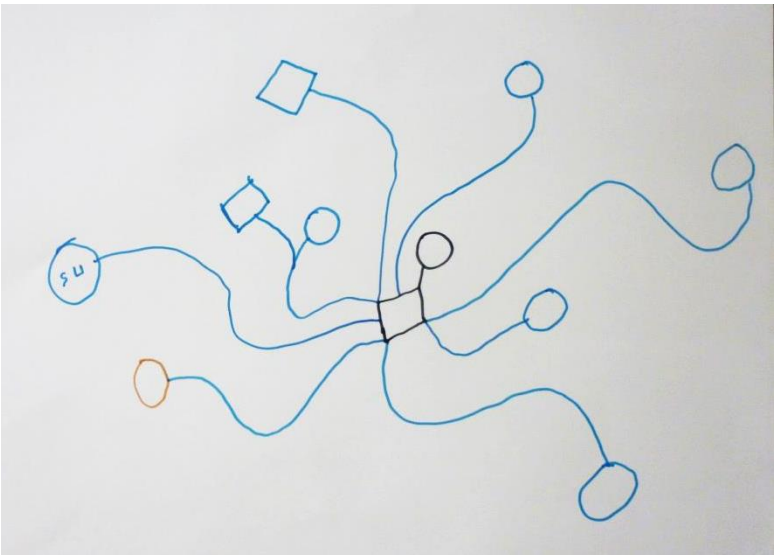
Alors je vais commencer par dessiner mon appartement, centre du monde. Donc il y a [le fleuve] ici. Le pont. L'avenue. Et mon appartement est là, au 2e. Chez moi (H, 2).

Cette idée a été particulièrement perceptible dans les cartes mentales, avec plusieurs participants qui ont cherché à représenter la notion de centralité associée au logement, par son positionnement sur la feuille ou bien des formes particulières pour représenter ce lieu :

Figure 40 : La représentation de la centralité du logement au sein de l'espace de vie dans les cartes mentales

Painter S., 2018 – Source : enquête 2016-2017

Alors on va mettre du vert parce que le vert c'est la couleur de l'espoir. Alors pour mon logement je vais pas faire des ronds mais je vais faire un genre d'étoile. [Dessine une étoile en vert au milieu]. Bon, c'est pas tout à fait une étoile… [Rires]. Et à l'intérieur, je vais faire un soleil. L'étoile, c'est parce que je vais partir de l'étoile pour aller vers les autres lieux que je fréquente. Et le soleil, c'est parce que j'ai envie de soleil dans ma vie (F, 1)



Le logement, c'est le centre (H, 2). [Le logement est représenté par le carré noir au milieu de la carte]

Derrière l'idée de centralité réside un besoin anthropologique essentiel, celui de l'arrimage de soi en un lieu. C'est ce que Rohmer et Moles ont appelé le Point Ici : « c'est quand ce moi s'inscrit dans un lieu géographique qu'il y a enracinement, c'est ce que nous appellerons 'création du Point ici' » (1998 :68). En plus d'être un point pivot autour duquel

s'organisent les espaces de vie, le logement constitue plus globalement un point central de l'existence des participants. Il est un lieu d'ancrage de l'identité.

Cette idée d'un lieu d'ancrage est particulièrement perceptible dans une carte mentale. Dans la carte de cette participante dans la cinquantaine, les limites de son logement épousent celles de son corps, ce qui renvoie à la définition du chez soi comme lieu de fixation du moi au sein d'un espace approprié :

Figure 41 : La représentation de l'ancrage de soi dans le logement sur la carte d'une participante dans la cinquantaine
Painter S., 2018 – Source : enquête 2016-2017

Je sais pas comment le dessiner… Hmmm. [Silence]. Bah d'abord, le logement pour moi, c'est mon… Je fais en sorte d'être chez moi, d'avoir du bien-être dans chaque pièce où je vis. J'ai besoin d'être rangée. Il a besoin d'être euh… Je sais pas comment le mettre… [Trace une enveloppe jaune autour de sa silhouette et écrit « Logement » qu'elle repasse ensuite en noir]. Tout a été réfléchi quelque part. Je marque, c'est prétentieux, mais tant pis. [Rajoute « bien pensé et décoré à mon goût » en noir]. Il y a aussi des plantes. J'essaie d'en mettre à différents endroits pour qu'il y en ait. Equilibré quoi. Bien pensé et équilibré. Pour moi. Les autres… Pour moi quoi, équilibré pour moi quoi. Maintenant, celui qui vient, ça lui plaît pas, tant pis hein. Moi je vis là et ça me convient quoi (F, 1)

La présence dans les discours des participants de ces trois fonctions du chez soi (protection, mieux-être, pivot des espaces de vie) atteste d'une forme d'appropriation et d'un attachement vis-à-vis de leur logement. Ce lieu apparaît comme un point d'ancrage essentiel malgré les expériences négatives que les participants peuvent y vivre. Nous avons étudié quelques facteurs contribuant à l'émergence de ce sentiment, comme le fait de disposer d'un espace à soi, délimité du monde extérieur, ou bien la présence apaisante de la nature. Mais l'analyse des entretiens montre que les participants jouent aussi un rôle actif dans le processus d'appropriation, en cherchant à transformer et pratiquer le logement de manière à s'y sentir bien.

2 Faire en sorte de se sentir bien chez soi

A l'instar de cette participante dans la cinquantaine dont le logement a été *bien pensé et décoré à [son] goût*, les participants bricolent tous l'espace de leur logement afin de s'y sentir bien. Comme nous l'avons vu dans le chapitre 2, le bricolage est une notion qui se rapproche de celle de *coping* (Lazarus et Folkman, 1984). En psychologie, le *coping* désigne la réponse d'un individu à une situation stressante. Si dans cette thèse, il s'agit d'étudier les

mécanismes d'ajustement et de défense mis en place par les individus pour faire face à leurs difficultés, je préfère ici utiliser le terme de bricolage à celui de *coping*. Le but n'est pas d'étudier comment un individu réagit face à un facteur de stress. Il s'agit plutôt de saisir la manière dont celui-ci bricole avec et dans l'espace, en mobilisant les moyens du bord, pour retrouver prise sur son espace de vie.

Trois grands types de bricolages ont été identifiés dans les entretiens. La première catégorie concerne la transformation physique de l'espace, à travers l'aménagement de l'intérieur du logement. Les deux autres catégories incluent une dimension temporelle, à travers d'une part le fait d'occuper le temps passé chez soi par des activités, d'autre part la structuration du quotidien par des rituels et des habitudes de vie. Tous ces bricolages sont autant de manières d'investir le logement pour en faire un chez soi.

2.1 Aménager l'intérieur de son logement

Cette première catégorie rassemble les bricolages consistant à modifier l'espace physique du logement afin que celui-ci corresponde davantage aux besoins, aux envies et aux aspirations des participants. Le fait d'aménager l'intérieur de son logement nourrit le sentiment de maîtrise. L'espace est ainsi mobilisé comme une ressource pour se sentir mieux chez soi. Les participants ont décrit trois sortes de bricolages relevant de cette catégorie.

Transformer le logement pour assurer plus de confort

Pendant les entretiens, au moment de décrire leur logement, la plupart des participants ont insisté sur les transformations qu'ils avaient effectuées sur leur logement pour le rendre plus confortable et plus agréable à vivre. Ces travaux ont contribué à créer une forme d'attachement au logement. Les participants ont exprimé un lien entre ces transformations et le fait de se sentir chez eux. Dit autrement, on se sent *chez soi* parce qu'on s'est investi dans ce logement.

> *ENQ : Tu te sens chez toi à [X] ? REP : Oui. Oui, oui. Parce que la maison, je l'ai améliorée à mon goût, à ma façon, avec mes moyens. Quand j'ai divorcé, je l'ai aménagé à ma façon quoi, j'ai essayé de lui apporter des améliorations parce que bon... J'ai changé, enfin j'ai fait refaire le carrelage. J'ai fait les plâtres. J'ai fait faire des enduis extérieurs pour avoir les pierres apparentes. J'ai refait ma cuisine et une salle de bain. Et il y a deux ans, oui, j'ai refait des velux (F, 2).*
>
> *Les points négatifs [chez moi], je les ai transformés pas mal, à savoir qu'au départ, il y avait pas le sanitaire. C'était une baignoire, donc pour moi ça va pas. Et puis j'ai voulu demander au propriétaire de faire des travaux. Ça trainait en longueur donc j'ai pris ça sous ma responsabilité. Et j'avais de l'argent un peu, parce qu'on avait vendu notre maison lors de la séparation, donc j'ai dit bah l'argent c'est pour être utilisé, point. […] Ah oui, être bien dans son logement ! Donc pour moi j'ai pas hésité à refaire la cuisine. Parce que la table de travail, c'était tout écaillé. Enfin, je me voyais pas vivre 24h sur 24 devant un truc comme ça quoi. Alors j'ai refait, j'ai acheté, c'est pareil. A mes frais, j'ai tout refait, la faïence, je l'ai fait en couleur, les meubles aussi. Bon, de façon que ce soit plus gai. Bien sûr, c'est pas le top, c'est pas une maison neuve, c'est pas une création neuve, mais bon... (F, 1).*

Tous les participants n'ont pas disposé au cours de leur vie de moyens suffisants ou des savoir-faire pour mener ce type de travaux. Néanmoins, ceux-là ont tout de même évoqué certaines transformations lors des entretiens, avec la même idée d'un lien d'attachement avec le logement. Parmi ces transformations, on trouve le fait de refaire la peinture ou de se meubler par exemple :

> *J'ai un beau logement, j'ai des beaux meubles, même si c'est pas d'une grande valeur, mais j'ai des beaux meubles quand même. Je me sens bien sans me sentir bien. Je sais pas comment dire. Oui, parce que le logement est bien, les meubles sont bien. Je suis bien installée (F, 1).*

Toujours est-il que les participants doivent aussi composer avec le manque de moyens, la fatigue, la difficulté à se motiver, qui font qu'il devient de moins en moins évident pour certains de transformer leur logement en vue de s'assurer plus de confort, à mesure qu'ils vieillissent.

Aménager un intérieur qui nous plaît et nous ressemble

Le chez soi correspond au lieu de l'intime, que Staszack appelle « le territoire fondamental de l'individu » (2001 :346). Pour Mallon, « renouer avec son chez soi, c'est renouer avec soi. Le chez soi est un lieu où se déploie l'identité, par un investissement affectif et symbolique dans les objets, les décors, les paysages, organisés subjectivement en une configuration unique » (2004 :21). Cette projection de soi dans le logement passe ainsi par la décoration, le choix des couleurs, de la disposition du mobilier, des objets, de ce qu'on accroche au mur, etc. Ainsi, les participants s'approprient leur logement en le personnalisant, par exemple en aménageant des « petits coins » de manière à s'y sentir bien :

> *Pour mon Noël 2016, euh, je sais pas si tu connais, c'est un magasin sympa de B. Ils vendent des trucs un peu anciens. Mon cadeau de Noël, c'est là que je l'ai acheté. Je cherchais une petite table de salon. C'était pas dans l'intention nécessairement de m'en faire une table de salon, c'est-à-dire devant ma banquette. En fait je l'ai placé juste à côté de mon fauteuil préféré. Que j'utilise quand je regarde un peu la télé. Et je me mets là pour lire (F, 1).*

En décrivant leur logement, la plupart des participants ont parlé des objets dont ils s'entouraient chez eux, du fait qu'ils sont importants, correspondent à une de leur passion ou revêtent une valeur sentimentale. Les études montrent en effet que les objets familiers ont une importance dans la constitution du chez-soi (Mallon, 2004).

> *Je suis très intéressé par les bandes dessinées. J'en ai plein chez moi. Un peu de tous les genres. J'essaie quand même, j'y fais attention quand même qu'elles soient bien classées quand même. Par contre les disques, c'est pas ça. Je suis toujours resté fidèle aux vinyles. Et c'est complètement mélangé. Mais les bd, ça il faut que ce soit classé (H, 1).*

Le logement est un espace qui entretient un lien fort avec l'identité, il est le support de la construction de soi. Trois participantes ont aussi expliqué vouloir créer une ambiance propice au bien-être lorsqu'elles sont chez elles. Pour cela, elles utilisent des grigris destinés à contrecarrer les ondes négatives, accrochent des mandalas sur les murs, s'entourent de pierres aux vertus thérapeutiques ou protectrices :

J'ai mes trucs. J'ai une grosse pierre devant l'ordinateur pour protéger des ondes négatives. Même à l'entrée de chez moi aussi, voilà. Mes petits trucs quoi (F, 1).

Remplir l'espace d'une présence

Sept participants ont expliqué chercher à créer le sentiment d'une présence dans leur logement, afin de se sentir moins seul. Pour cela, certains allument la radio ou la télévision, sans pour autant s'intéresser au contenu des émissions, ni même vraiment les écouter ou les regarder. Le but est de combler l'espace sonore et de faire oublier pour un temps la solitude.

Il y a des programmes à la télé. Déjà le matin, je mets ma radio plutôt. J'aime pas rester devant la télé trop non plus. Sauf que si tu veux, ça me fait... Le matin ça me fait une compagnie la radio. Et le soir ça me fait une autre compagnie (F, 2).

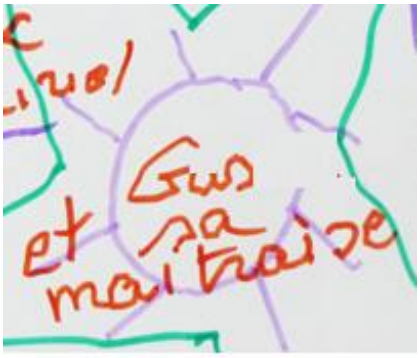
ENQ : Le soir, quand tu rentres chez toi, tu disais que c'était vide. REP : Ah oui. Je mets la télé, pour avoir de la compagnie quoi, pour que ça parle (F, 1).

Une autre manière d'avoir de la compagnie en étant chez soi consiste à s'occuper d'un animal. Cinq participants ont parlé de leur chien ou de leur chat lors des entretiens. L'animal leur permet de se sentir moins seul, mais aussi de recevoir de l'affection :

[Chez moi] je m'y sens tranquille, je m'y sens bien. Et puis je suis content, bah maintenant elle a 2 ans 1/2, elle va avoir 3 ans au mois de septembre, mais on m'a donné une petite chatte. Elle est câlin, elle est très câlin. […] Ce que je préfère, où je me sens vraiment bien… Chez moi. Avec ma petite chatte (H, 1).

La présence d'un animal contribue au bien-être dans le logement mais aussi à réduire le stress. Elle permet un certain équilibre au quotidien, comme l'explique cette participante, qui a indiqué sur sa carte mentale le nom de son chat à l'intérieur de son logement :

Figure 42 : La représentation de l'importance que revêt la présence de l'animal dans le logement
Painter S., 2018 – Source : enquête 2016-2017



Et si je mettais Gus[125] à l'intérieur ? [Ecrit « Gus et sa maitraise » en rouge dans le soleil violet]. Il est important. Oui, il est pas martyrisé ! [Rires]. Et sa maîtresse ! Parce que quand on vit seule… […] Moi je suis bipolaire depuis 25 ans. Et j'avais lu le livre de Servan-Schreiber qui s'appelle Guérir le stress, l'anxiété et… Il y en avait 3. Et j'ai lu livre et il parle des animaux domestiques qui sont, qui font du bien. Et donc au départ il parlait des omégas 3, qui sont aussi favorables pour nous, mais après ça coûte 30 euros[126] par mois, oh là là. Et donc après il parle des animaux. Bon, ça m'a pas guéri hein ! [Rires] (F, 1).

La présence d'un animal est aussi source de dynamisme, car il apporte de la vie dans le logement, brisant ainsi l'ennui :

[125] Prénom fictif
[126] Environ 45 CAD.

Oui, il y a du mouvement, oui, oui il y a du mouvement ! Ne serait-ce qu'avec [mon chien] ! [Rires] (F, 1).

Je vais mettre [ma maison] là. Je vais mettre [mon fils] dessus. Et mes animaux. [Ecrit le nom de son fils et de ses chiens en bleu dans le logement]. Alors il y a [la grande]. Et [le petit], c'est le tout nouveau dernier. C'est un petit chien qu'on a récupéré, un petit chihuahua. [Rires] Il met du dynamisme. Non, mais maintenant je ne pourrais plus avoir de gros chien. A tenir. L'arthrose, la colonne et tout, c'est plus possible (F, 1).

2.2 Meubler le temps passé chez soi pour s'occuper la tête

Cette deuxième catégorie comporte un aspect temporel car elle rassemble les bricolages consistant à occuper le temps passé dans le logement, afin d'éviter ou de lutter contre les temps morts et les angoisses décrites dans la première section du chapitre.

L'analyse des entrevues montre que les participants bricolent pour passer moins de temps à ne rien faire chez eux. Cette participante cinquantenaire est toujours à l'affût de quelque chose à faire, elle a *besoin d'être occupée quasiment chaque demi-journée*. Cette autre participante, aussi cinquantenaire, se rassure en anticipant son emploi du temps, pour ne pas avoir de trous dans sa semaine :

Je dirais que ma semaine est bien quand l'emploi du temps est déjà bien chargé. Parce que c'est vrai que j'aime bien quand je sais à l'avance ce que je vais avoir. Pas avoir de blancs sur mon planning, des journées où il y a rien d'inscrit quoi. J'essaye de remplir mon planning. D'essayer d'avoir un emploi du temps normal et pas... Sinon, j'appréhende quoi. J'essaye de me mettre des choses (F, 1).

Il n'est ainsi pas rare que chez eux, les participants « s'occupent pour s'occuper ». Ce participant dans la soixantaine est *content dans un sens de devoir tondre [sa] pelouse, parce que ça [l']occupe*. Avoir internet est réconfortant cet autre participant, aussi dans la soixantaine : *heureusement qu'il y a internet. Bah oui, autrement je serais mal sans internet. Ah bah ça meuble !* Une autre participante dans la cinquantaine s'est aperçue que depuis le décès de son mari, elle s'est mise à jardiner davantage, afin de rester occupée et de ne pas sombrer dans la solitude.

Cela ne signifie pas que les participants ne retirent pas de plaisir des activités qu'ils peuvent faire chez eux, mais elles constituent souvent un réconfort face aux angoisses liées à l'ennui et à la solitude :

Oh là, ça fait un vide là [quand il n'y a pas le GEM]. Oui. Alors là je m'occupe de mes fleurs des fois. […] Je vais voir mes fleurs et c'est le petit réconfort. Pas besoin de médicaments ! Il y a un petit réconfort, voilà mes fleurs. C'est tout (F, 1).

S'occuper permet de ne pas ruminer des idées noires. Un participant cinquantenaire explique que *pour éviter de penser à autre chose, [il] bouquine ou regarde la télé*. Quand cette autre participante cinquantenaire a des angoisses, elle reconnaît qu'il *faut s'occuper un petit peu. Mais c'est pas évident, c'est pas évident*. S'adonner à des activités est aussi un moyen pour les participants de s'occuper l'esprit, de combler le vide des heures solitaires décrit dans la première section du chapitre, pour ne pas se laisser envahir par les idées noires. Plusieurs participants expliquent ressentir un besoin impérieux de bouger :

Je suis toujours en mouvement ! Quand j'ai le temps, je privilégie bouger, faire plein de trucs. Je n'arrête pas quoi. Il faut que j'en fasse ! (F, 1)

Je suis toujours occupée ! Je ne m'ennuie jamais, jamais, jamais. Soit je fais les carreaux, après les fleurs, après le chien [Rires] (F, 1).

Moi c'est non-stop parce que je suis une personne qui peut pas rester inactive quoi (F, 1).

L'objectif sous-jacent est surtout de ne plus avoir à penser, comme l'explique cette participante :

Je m'occupe. Ah bah oui, c'est pour ça que je suis toujours active. Parce que c'est pour m'éviter de penser quoi. Ça devient même pfff... C'est épuisant, parce que bah j'ai des palpitations, de plus en plus là, et je me dis fais gaffe parce que... Ouais... J'ai du mal à m'allonger. Ce qui fait que voilà, le lendemain c'est voilà. Je vais être moins efficace, parce que je vais trop donner (F, 1).

Les participants cherchent parfois tellement à s'occuper l'esprit que cela nuit à leur santé. Les activités deviennent alors tellement envahissantes qu'elles ont un effet contraire, qui se retourne contre eux. L'un des participants cinquantenaires est musicien amateur. Il se souvient s'être cloîtré chez lui, passant ses nuits à jouer, au point d'en tomber malade et de ne plus être en capacité de sortir. Il prend désormais soin à sortir régulièrement, *histoire de s'aérer, même s'[il] est bien chez [lui]* précise-t-il. Après s'être aménagé un bureau pour travailler une activité qu'elle apprécie, la numérologie, cette autre participante s'est mise à douter, craignant de s'enfermer dans son activité :

Une pièce pour moi pour travailler. Bah ouais mais maintenant qu'elle est faite, j'ai plus envie. Parce que si je fais ça, je vais peut-être aller moins au GEM... Est-ce que c'est bien ça qu'il faut que je fasse ? Est-ce que je vais pas m'isoler là-dedans ? Un micmac là-dedans, je te dis pas ! Des fois je sais plus qui je suis (F, 1).

Cet autre participant explique lors de l'entretien devoir aussi faire preuve de vigilance lorsqu'il écoute la radio, craignant parfois de perdre pied :

Là il y avait émission là sur Raymond Aron, c'était vachement intéressant. Mais bon, je coupe un petit peu parce que ça m'emmène sur des territoires très loin quoi. Alors ça fait un peu, excusez-moi de dire ça mais bon je suis schizophrène (H, 1).

Bien que cela reste difficile, les participants décryptent les situations qu'ils vivent et sont aux aguets pour déceler ce qui peut leur faire perdre l'équilibre. Face à ces signaux d'alarme, ils veillent alors à infléchir leurs pratiques. Cela ne fonctionne pas toujours, bien entendu, et les participants ne peuvent compter uniquement sur ces bricolages. Mais toujours est-il que cela leur permet de faire plus facilement face au quotidien et de s'approprier leur logement, notamment en retrouvant quelques prises sur le temps qui s'écoule lorsqu'ils sont chez eux. Ce constat s'accorde avec les résultats d'études menées auprès de patients psychiatriques vieillissants, montrant qu'avec l'âge, ceux-ci sont mieux à même de composer avec leurs difficultés et de gérer leur stress, du fait qu'ils se connaissent mieux et qu'ils ont davantage d'expérience (Meesters et al, 2010). Mais être sans cesse attentif à soi-même s'avère épuisant et parfois déconcertant, comme l'explique cette participante :

Des fois, on ne sait pas où est la limite entre le bonheur et la compensation. Sur le coup c'est un plaisir, mais ça peut être aussi un besoin, enfin un manque à

l'intérieur quoi. On ne sait pas trop de quoi des fois... Et on compense par trop de ceci, trop de cela […] J'ai pris conscience à quel point je me suis créé des besoins. J'appelle ça créer des besoins, c'est ça. J'ai tendance à être dans l'ennui, alors je me crée des besoins, pour combler le vide. Et c'est pas pour ça que je suis plus heureuse (F, 1).

2.3 Structurer son quotidien et modifier ses pratiques

On a vu que les participants cherchaient à combler le temps passé chez eux. Une autre façon de reprendre le contrôle du temps qui s'écoule dans le logement a été observée dans les entretiens. Celle-ci consiste à structurer le quotidien par la mise en place de rituels et/ou d'habitudes de vie, généralement pour prendre soin de soi, surtout à mesure que les participants vieillissent.

Pour plusieurs participants, ces rituels et/ou habitudes de vie peuvent concerner le sommeil (rappelons que la plupart des participants ont des difficultés à dormir) :

Il m'est arrivé de me coucher très tard et ça ne me réussit pas sur la santé. Maintenant je suis d'avis de me coucher tôt et de me réveiller tôt. ENQ : Tu as une vie nocturne aussi tu me disais. REP : Ouais, mais c'est terminé tout ça. Parce que ça tire sur l'organisme quoi. Et le psychiatre m'a dit qu'à partir de 4h du mat', quand on était pas éveillé, ça tirait sur les hormones et les trucs comme ça et c'était pas bon. Alors que quand on dormait on récupérait mieux et les hormones se remettaient en place comme il fallait tout ça, à partir de 4h jusqu'à 9h, 8, 9h le matin (H, 2).

Il peut aussi s'agir de l'alimentation ou du fait de faire du sport, l'idée étant d'adopter des habitudes plus saines pour la santé. Les participants ont aussi évoqué le fait de prendre l'habitude de sortir de chez soi, de prendre l'air pour éviter de rester enfermé chez soi :

Il faut prendre l'air. Enfin sortir. Il faut que je sorte de l'appart. Même si je suis bien chez moi, mais j'ai besoin de sortir. […] Ce que j'appréhende, c'est de pas pouvoir sortir de la journée. Rhaaa, c'est arrivé que par exemple l'ascenseur était bloqué un weekend pendant deux ou trois jours, je pouvais pas sortir. Alors j'essayais de sortir et puis j'dis bah s'il y a quelqu'un qui passe, il va m'aider. Bah oui, mais il faut revenir aussi après quoi. Donc euh, ça je pfiouuu, c'est pénible pour moi de pas pouvoir prendre l'air. Ça c'est important (F, 1).

Plusieurs participants ont aussi expliqué que la présence d'un animal les poussait à sortir pour aller se promener, lorsqu'ils étaient moins motivés :

Ça fait sortir un chien. Quand tu veux pas sortir, bah ça fait sortir. On est obligé de le sortir. Il rappelle à l'ordre. [Rires.] Tout à fait (F, 1).

Mais sortir n'est pas toujours possible, en particulier du fait des problèmes de mobilité rencontrés par de nombreux participants :

Je prends plus le volant moi. J'ai des déficiences de l'œil droit. Mais j'ai un manque de conduire. Ça fait bien 16 ans à peu près. J'ai conduit un petit peu après ma maladie. Et puis après j'ai arrêté, carrément. Bah la concentration aussi. J'ai du mal à me concentrer des fois. C'est la fatigue, la fatigabilité, c'est ça. [...] Ça, ça me manque. T'as pas le moral, tu prends la voiture, hop tu t'en vas et voilà, c'est passé. Prendre la voiture et puis changer les idées, aller dans un magasin. Voilà. Pas possible, c'est pas possible (F, 1).

Parfois, il ne s'agit pas de sortir de chez soi, mais plutôt de retarder l'heure d'arrivée dans le logement, afin d'écourter les soirées qu'on y passe. Les participants peuvent ainsi parfois ruser avec l'espace et le temps, à travers des stratagèmes plus ou moins élaborés. Cette participante choisit de se rendre à pied au magasin plutôt qu'en voiture, pour rentrer plus tard chez elle :

> *Si je suis en voiture, donc aller de chez moi au magasin, ça fait 5 minutes. 5 minutes dans le magasin. Et 5 minutes pour revenir ! Moi je suis très calculatrice. Et donc, si je vais à pied, c'est pas 15 minutes, c'est un peu plus, une demi-heure. C'est sûr que j'aimerais bien rentrer chez moi plus à 18h qu'à 16h ou 17h (F, 1).*

Cette autre participante reste volontairement plus tard au GEM pour ne pas avoir à rentrer trop tôt chez elle :

> *J'essaie de rester tard [au GEM], parce que comme ça je rentre, je prends juste mon traitement et je vais me coucher. J'ai pas de temps... J'aime pas le temps mort, j'aime pas (F, 2).*

Ces bricolages sont l'expression d'une certaine emprise des participants sur leur logement, ou du moins d'une volonté de retrouver une forme de maîtrise. Ils nous montrent certains des mécanismes mis en œuvre par les participants pour se construire un chez soi, par des transformations physiques de l'espace mais aussi par leurs pratiques au sein du logement.

Conclusion du chapitre 7

Habiter la ville, y prendre place, s'y sentir inclus passe par le fait de pouvoir y construire un chez soi. C'est un besoin essentiel des êtres humains. Les résultats présentés dans ce chapitre montrent que les participants entretiennent un rapport ambivalent à leur logement. Lieu d'isolement et d'angoisses, il ramène les participants à leur mal-être, et peut même l'amplifier. Mais le logement a aussi été décrit dans les entretiens comme un chez-soi, au sens où il constitue également sous certains aspects un refuge, un lieu de mieux-être, agissant comme un nœud central autour duquel s'organisent les espaces de vie.

Parmi les contraintes à l'appropriation, on trouve des éléments relatifs aux caractéristiques physiques du logement. Les participants, confrontés aux difficultés liées aux fragilités psychiques et au vieillissement, ont le sentiment de manquer de prise sur leur logement, d'autant plus lorsque celui-ci s'avère trop grand ou trop petit ou que la personne ne bénéficie d'aucune aide pour l'entretien. A cela s'ajoutent les expériences de mal-être qu'ils y vivent et dont l'analyse a notamment permis de mettre en lumière le manque d'emprise sur le temps qui passe lorsque les participants sont chez eux. Ce temps est en effet parfois immobile, creux, vide et solitaire, ouvrant la voie aux angoisses et à la souffrance liée à l'isolement.

Si ces contraintes empêchent les participants de pleinement s'approprier leur logement, ceux-ci ne demeurent pas pour autant inactifs. Grâce à une série de bricolages inventifs, ils parviennent à retrouver quelques prises, à la fois sur l'espace et le temps, transformant leur logement en un espace ressource où ils peuvent aussi se sentir bien.

Pour reprendre le titre du chapitre, chez eux, les participants *se sentent bien sans se sentir bien*. Leur rapport au logement est construit par l'entremêlement d'expériences de mal-être et de bien-être qui coexistent en un même lieu. La coprésence de ces expériences positives et négatives au sein du domicile montre que l'appropriation est un processus complexe et dynamique. Les participants sont pris dans un mouvement de balancier, oscillant constamment entre prises et manque de prises, entre maîtrise et perte de contrôle. Ainsi le sentiment d'être chez soi varie en intensité selon les moments. C'est un équilibre précaire qui caractérise le quotidien des participants dans leur logement, et qui se retrouve de manière plus générale dans leur rapport à la ville, comme nous avons pu le constater dans l'ensemble des chapitres composant cette deuxième partie de la thèse.

Conclusion de la partie II

Dans cette deuxième partie de la thèse, il s'agissait d'étudier les géographies quotidiennes des participants sous l'angle de trois grands thèmes qui sont ressortis dans les entretiens : la vie sociale, les loisirs et le logement. Cette plongée dans les espaces de vie des participants, au plus près de leur quotidien, a permis de mettre en lumière plusieurs spécificités de leurs espaces de vie. Si les participants bénéficient de quelques points d'ancrage, tel que le GEM de B, il faut souligner la multitude de contraintes à l'appropriation que ces personnes rencontrent et qui les empêchent de pratiquer la ville comme elles le voudraient. Les participants ont surtout décrit la présence de ces contraintes dans trois domaines de pratiques qui ont chacun fait l'objet d'un chapitre, à savoir la vie sociale, les loisirs et le logement. Dans chacun de ces domaines, nous avons pu voir que les participants étaient traversés par un sentiment mitigé dans leurs possibilités d'appropriation des espaces.

Le chapitre 5 montre que si les participants bénéficient de quelques accroches relationnelles, celles-ci ne suffisent pas à compenser leur solitude et leur impression d'être tenus en marge de la vie sociale urbaine. Le chapitre 6 a permis d'analyser la manière dont certaines activités de loisirs, en particulier la promenade, aidaient les participants à se sentir mieux et à maintenir leur présence dans certains espaces. Mais force est de constater que globalement, les participants peinent à accéder à des loisirs en dehors du GEM. Enfin, le chapitre 7 souligne le rapport ambivalent que les participants entretiennent avec leur logement, qui peut être un espace-ressource et un point d'ancrage, tout comme un lieu d'isolement et de mal-être.

Un fil rouge, une idée traverse l'ensemble de ces chapitres, justifiant ainsi le titre de cette deuxième partie : il s'agit du mouvement oscillatoire entre prises et manques de prises qui caractérise les géographies quotidiennes des participants. Dans chaque chapitre, on a pu analyser la manière dont les prises et les manques de prises se manifestent dans les pratiques, comment celles-ci peuvent constituer des accroches dans la ville, tout en révélant un manque de maîtrise au sein des espaces de vie. Ces apparentes contradictions sont en fait le reflet de la complexité des rapports à l'espace et des mécanismes d'appropriation, qui fluctuent constamment et ne sont jamais figés. C'est d'ailleurs le but d'une méthodologie telle que celle qui a été utilisée dans cette recherche que de révéler toutes ces nuances propres au quotidien des personnes. Ces résultats font écho aux travaux de Martinsson et al (2012) qui ont utilisé une grille de lecture phénoménologique pour analyser des entretiens semi-directifs réalisés auprès de personnes en fragilité psychique vieillissantes dans le cadre d'une recherche qualitative. Manquer de contrôle sur leur vie et ne pas se sentir considéré et respecté comme une personne à part entière figurent parmi les thèmes majeurs qui ressortent de leur analyse. Les auteurs décrivent le quotidien des individus qu'ils ont interviewés comme « *a struggle for existence* » (2012), qu'on peut traduire comme « une lutte pour exister ».

On retiendra également de cette deuxième partie la multitude de facteurs incapacitants qui contraignent les pratiques des participants. Comme expliqué dans le chapitre 2, pour comprendre comment se construisent les pratiques spatiales, il ne suffit pas d'examiner les questions d'accessibilité physique et financière. Les pratiques des espaces sont aussi liées à la manière dont les personnes s'y sentent et s'y perçoivent, de même qu'à la façon dont elles s'y

sentent perçues par les autres. On notera que dans le cas des participants, l'âge ne semble pas être un facteur majeur de différenciation des pratiques. Les observations suggèrent en effet que les géographies quotidiennes et leurs expériences des espaces pratiqués ne diffèrent qu'assez peu de celles des adhérents quarantenaires, qui ont eux aussi des limitations physiques par exemple, ou bien ne travaillent pas ou plus. Le cas des jeunes adultes qui fréquentent le GEM est néanmoins différent du fait que ceux-ci vivent souvent encore chez leurs parents et débutent leur vie professionnelle.

Les participants ont pour point commun d'avoir un quotidien marqué par l'ennui et la solitude, et de se sentir écartés de la vie sociale et des loisirs. Tous ont exprimé le sentiment d'être isolés dans la ville, d'être limités dans leurs pratiques et de manquer de prises sur leur espace de vie. C'est la raison pour laquelle ils ont choisi de s'investir au GEM de B, un espace particulier qui constitue l'objet d'analyse de la troisième partie de la thèse.

PARTIE III : Le GEM, une association qui aide à retrouver prise sur la ville

Introduction de la partie III

Quelques remarques préliminaires

Lors de l'analyse des entretiens, des cartes mentales et des observations, le GEM de B est clairement apparu comme un espace à part au sein des espaces de vie des participants, bien différent de tous les autres lieux qu'ils sont amenés à fréquenter. En quoi réside cette originalité ? Dans cette troisième et dernière partie de la thèse, il s'agit d'interroger la spécificité de cet espace si particulier, dont les participants ne parviennent pas à trouver d'équivalent ailleurs dans la ville.

L'objectif est d'analyser la manière dont le GEM de B participe à la construction des géographies quotidiennes des participants. Quelle place cet espace occupe-t-il au sein de leurs espaces de vie ? Comment influence-t-il leur rapport à la ville ? Le chapitre 4 a montré que le GEM était un point nodal des géographies quotidiennes. Dans cette dernière partie, il s'agit d'approfondir cette question d'une part en étudiant la manière dont le GEM de B influence les pratiques spatiales des participants et d'autre part d'analyser en quoi ce dispositif peut favoriser leur inclusion dans la ville. L'analyse s'appuie sur les entretiens et les cartes mentales, mais aussi sur les observations menées au sein du GEM et lors des sorties avec les adhérents.

Les résultats de la partie II ont montré que, par eux-mêmes, les participants avaient assez peu d'occasions de faire des expériences plaisantes des espaces publics, de profiter des lieux de la ville pour faire des rencontres et échanger avec d'autres personnes, ou bien s'adonner à des activités de loisirs. Leur manque de prises sur les espaces de vie peut ainsi être interprété comme le signe de restrictions en matière de participation sociale. Rappelons que les GEM ont été mis en place suite de la loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées. Ils sont définis comme « des structures de prévention et de compensation de la restriction de participation à la vie en société » (arrêté du 18 mars 2016). Ce sont donc des dispositifs dits de « participation sociale ».

Pour Raymond et al, « il ne fait aucun doute que la participation sociale est une notion polysémique, qui recoupe une impressionnante variété de définitions et d'applications (Bennett, 2005 ; Bukov et al, 2002). Sur ce terrain, on passe d'une perspective très large, qui opérationnalise la participation sociale par l'ensemble des activités de la vie quotidienne et des rôles sociaux (Noreau et al, 2004), à une perspective qui la circonscrit à l'implication au sein d'un organisme (Bukov et al, 2002 ; Young et Glasgow, 1998) » (2008 :19). Il y a aujourd'hui un consensus autour de l'idée que l'inclusion des personnes en situation de handicap et/ou vieillissantes passe par le renforcement de leur participation sociale. Mais au-delà de l'enthousiasme qui entoure cette notion (Velche et Roussel, 2011), il n'est pas toujours évident de savoir comment la participation sociale peut être concrètement et effectivement mise en œuvre. Ce terme, très usité dans les champs du handicap et du

vieillissement, demeure en fait assez flou (Raymond, 2013 ; Velche et Roussel, 2011). En plus d'étudier la manière dont le GEM de B influence la construction des pratiques spatiales des participants et favorise leur inclusion dans la ville, on s'intéressera ainsi également à la manière dont ce dispositif promeut et permet la participation sociale des participants. On verra que celle-ci ne se réduit pas à simplement consulter leur avis, mais bien à les intégrer pleinement dans les processus de décision et de construction de l'association.

Agencement des chapitres

Cette troisième partie est composée de deux chapitres. Le chapitre 8 s'intitule « **Offrir un espace-ressource dans la ville** ». Les participants ont décrit le GEM de B comme un point d'ancrage essentiel au sein des espaces de vie, sur lequel ils ont de la maîtrise et dont la fréquentation leur fait du bien. Dans ce chapitre, il s'agit d'analyser les éléments qui concourent à donner au GEM de B sa qualité d'espace-ressource pour les participants. Trois facettes du GEM sont étudiées : d'abord en tant qu'il est un espace d'entraide entre pairs, puis en tant qu'espace de participation sociale accessible aux participants et enfin en tant qu'espace pensé et organisé de manière à favoriser les interactions sociales entre adhérents et l'appropriation collective des locaux.

Alors que le chapitre 8 porte sur ce qui se déroule à l'intérieur du GEM, le chapitre 9 est consacré aux liens que les participants tissent avec la ville par le biais de leur association. Il est intitulé « **Des géographies individuelles aux pratiques collectives : s'ouvrir et agir sur la ville par l'intermédiaire du GEM** ». Les textes officiels définissent les GEM comme ayant une « fonction d'insertion dans la cité » (arrêté du 18 mars 2016). Dans ce chapitre, il s'agit d'analyser la manière dont le GEM de B met en œuvre cette mission et de voir en quoi cela favorise l'inclusion des participants dans la ville. Ce chapitre permettra de mener une réflexion sur ce que signifie l'expression souvent employée dans le cas des GEM « d'ouverture sur la ville ».

Chapitre 8 – Offrir un espace-ressource dans la ville

Plusieurs auteurs insistent sur l'importance à ce que les personnes en fragilité psychique – vieillissantes ou non – puissent investir et s'approprier des lieux dans la ville, en particulier ceux dont l'atmosphère les aide à se sentir mieux, à évacuer leurs émotions négatives et à se recentrer (Corin, 2002 ; Duff, 2012 ; Pinfold, 2000). C'est précisément l'une des finalités visées par les GEM. Les participants décrivent le GEM de B comme un espace bien différent de tous les autres espaces qu'ils fréquentent dans la ville. Ailleurs, ils relatent dans les entretiens des expériences plutôt négatives, dans des espaces peu accessibles, voire « rejetants », comme nous l'avons vu dans la deuxième partie de la thèse. A l'inverse, le GEM de B est associé à une expérience bien plus positive, que nous avions déjà soulignée dès le chapitre 4. Comment expliquer que les participants partagent une expérience aussi positive de ce lieu ? D'où provient cette originalité qui fait du GEM de B un espace à part, qui se dégage nettement dans les espaces de vie ? Qu'apporte-t-il aux participants, qu'ils ne parviennent pas à trouver ailleurs, dans les autres espaces du quotidien ?

Pour répondre à ces questions, nous analyserons en quoi le GEM de B constitue un espace-ressource pour les participants. Il s'agira d'examiner à la fois les effets que procure la fréquentation du GEM, de même que les éléments qui produisent ces effets et qui donnent au GEM de B sa qualité d'espace-ressource.

Trois facettes qui concourent à l'originalité de cet espace seront étudiées. Une première particularité maintes fois observée au GEM de B réside dans le fait qu'il s'agit d'un espace d'entraide entre pairs. C'est l'objet de la première section, où on s'intéressera notamment aux bienfaits procurés par l'entraide décrits par les participants. Dans la deuxième section, nous étudierons en quoi le GEM de B offre les conditions d'un espace de participation sociale réellement accessible pour les participants, malgré les nombreuses contraintes que ceux-ci rencontrent dans ce domaine et qui ont été mises en lumière dans la partie II de la thèse. La dernière section porte sur les liens entre espace physique et espace social. Il s'agira d'une part d'analyser les mécanismes d'appropriation collective dont les locaux du GEM font l'objet de la part des participants. D'autre part, on s'intéressera à la manière dont l'organisation physique de l'espace du GEM est utilisée de sorte à favoriser l'émergence d'interactions sociales entre les adhérents.

I Un espace d'échanges et de soutien entre pairs

Cette section s'intéresse à un versant essentiel du GEM de B qu'est l'entraide entre pairs. Il s'agit de décortiquer la nature des relations qui se tissent entre les adhérents, ainsi que leurs bienfaits tels qu'ils ont été décrits et/ou observés dans le cas des participants.

1 Un collectif d'entraide entre pairs

Les relations sociales qui se tissent entre les adhérents ont la particularité d'être marquées par une dynamique d'entraide entre pairs. Comme l'écrit Gardien, « le *self-help* ne doit pas être assimilé ou confondu avec la solidarité spontanée entre proches, innervant nos

vies quotidiennes. Le *self-help* correspond à de l'entraide organisée par et pour des pairs ayant vécu ou partagé une même situation problématique, généralement pendant une certaine durée » (2017 :16). Comme dans la plupart des GEM (ANCREAI, 2017), les adhérents du GEM de B se retrouvent autour d'une expérience commune de la fragilité psychique et de la solitude.

Pour qu'une relation d'entraide entre pairs se mette en place, il est indispensable que chacun se reconnaisse d'abord comme pair (Gardien, 2017). Plusieurs participants ont expliqué que cela n'avait pas été facile pour eux au début de se sentir membre du collectif, du fait qu'ils craignaient d'être assimilés à des personnes malades psychiquement. Avant de connaître le GEM et ses adhérents ; certains avaient des appréhensions et se demandaient s'ils avaient leur place dans ce groupe de personnes :

> *Ça dépend aussi comment on projette, on se projette vis-à-vis de l'autre. Mais... Enfin moi, en tant que, oui, en fragilité psychique, parce que, pour en revenir à [une amie], pour moi, elle, elle me considère pas du tout comme malade. Elle se demande toujours, elle me le dit toujours, qu'est-ce que tu fais au GEM ? Voilà. ENQ : Tu te poses cette question-là toi ? REP : Oh bah au départ... Quand je suis arrivée il y a 6 ans, oui, je me suis posée la question, qu'est-ce que je fous là quoi […] J'ai eu le temps de réfléchir aussi à l'hôpital et puis, j'dis bah, faut se mettre à l'évidence, peut-être que pour moi c'était mieux quand même de faire partie d'un groupe d'entraide mutuelle. Mais au début j'avais du mal à accepter le côté psychique si tu veux. Ça me dérangeait quoi. Ça me bloquait parce que... Bah d'accord, j'ai des faiblesses, mais pas à un point euh... Enorme quand même (F, 1).*

La première fois que ce participant a entendu parler d'un GEM, suite à une hospitalisation en psychiatrie, il n'a pas souhaité s'y rendre, de peur de se retrouver avec des gens *vraiment malades*, sous-entendu davantage malades que lui :

> *Oh j'avais pas très envie de vivre avec des gens qu'étaient vraiment malades de la psychiatrie et tout. Donc je me disais non, non, non (H, 1).*

Un autre participant explique que sa fréquentation du GEM s'est faite *palier par palier*. Après son entretien d'accueil[127], il n'a pas voulu se joindre immédiatement aux autres adhérents. Comme d'autres participants, il craignait de se retrouver avec des personnes plus *dépressives* que lui, en qui il ne se reconnaîtrait pas :

> *Quand j'ai fait mon entretien, après je suis pas rentré [dans le GEM], j'avais une appréhension. Bah je me demandais sur qui j'allais tomber quoi. Des personnes plus dépressives que moi ou je ne sais quoi. Je savais pas sur quoi j'allais tomber. Une forte appréhension quand même. Ouais. Je savais pas sur qui j'allais tomber (H, 2).*

Cette appréhension entrave dans un premier temps le processus d'identification des autres et de soi-même comme pairs. Ce n'est qu'après avoir fait davantage connaissance avec le groupe et s'être familiarisés avec les valeurs et le fonctionnement du GEM que les participants expliquent avoir commencé à percevoir des similarités entre eux et les autres adhérents.

[127] Chaque nouvelle personne qui vient au GEM est reçue pour un premier entretien d'accueil au cours duquel un adhérent accompagné d'un salarié lui expliquent le fonctionnement de l'association, ses valeurs, ainsi que le programme d'activités.

La reconnaissance de l'autre comme pair présente de multiples nuances. Pour les participants, le fait d'être dans un groupe de personnes qui font elles aussi l'expérience de la fragilité psychique et de la solitude apporte une dynamique génératrice de mieux-être. Mais les observations et les entretiens réalisés au sein du GEM de B révèlent aussi que des relations de pair à pair plus ciblées ont tendance à se nouer, selon les affinités et le partage d'une situation problématique plus spécifique. Rappelons que malgré leur expérience commune de la fragilité et de la solitude, les parcours des adhérents des GEM sont différents (ANCREAI, 2017). Pour Gardien, « ce qui constitue l'autre comme pair est un ressenti subjectif d'une proximité fondée sur l'expérience similaire de situations spécifiques » (2017 :45). Ainsi pour certains participants, ce sont les problèmes d'alcool que d'autres adhérents traversent ou ont traversés qui vont constituer la base de l'expérience commune. Pour d'autres, ce sont les parcours en psychiatrie, les hospitalisations, les traitements médicamenteux ou le partage d'un même diagnostic. Pour d'autres encore, il s'agira des problèmes psychosomatiques ou des limitations physiques qu'ils endurent au quotidien, ou bien le fait de vivre en étant sous curatelle, d'avoir peu de ressources financières, etc. Avec sa cinquantaine d'adhérents, le GEM de B constitue un collectif où chacun peut trouver – en général – au moins une personne qui a vécu une expérience similaire à la sienne :

> *Je découvre des personnes qui sont en difficultés psychiques. Il y a des échanges qui se font quoi. On a des affinités avec des personnes, on en a moins avec d'autres, avec lesquelles je ne noue pas de liens (H, 1).*
>
> *Oh bah des fois, je, des discussions avec les adhérents, j'en parle des fois de ça [des problèmes d'alcool] (H, 1).*
>
> *Je suis comme beaucoup au GEM, comme beaucoup d'adhérents du GEM, j'ai pas mal de problèmes psychosomatiques, ce qui fait que ça implique traitement et tout quoi (H, 2).*
>
> *ENQ : Qu'est-ce que le GEM t'apporte ? REP : Je pense que… Avec les autres. Je reconnais un petit peu les symptômes que j'ai. Je reconnais bien que je suis pas seule, la même maladie, dépression et tout ça. Oh oui, c'est très important (F, 1).*

Il est intéressant de constater que la reconnaissance des uns et des autres comme pairs ne dépend pas nécessairement de l'âge. De nombreuses situations problématiques comme les limitations physiques, la déprime, l'alcoolisme, la pauvreté, les médicaments, tel ou tel diagnostic, etc. ne sont pas propres à une catégorie d'âge, mais traversent l'ensemble des générations présentes au GEM de B, avec des adhérents âgés de 20 à 70 ans. Mais les participants, qui comptent parmi les plus âgés de l'association, ont parfois davantage d'expériences et peuvent ainsi partager leurs conseils avec des adhérents plus jeunes. Ainsi, certains participants nouent des relations d'entraide avec des pairs parfois bien plus jeunes qu'eux :

<u>Note d'observation du 26 mai 2017</u>

Une participante cinquantenaire m'explique lors d'une conversation informelle qu'elle apprécie passer du temps avec un jeune adhérent âgé d'une trentaine d'années. Elle me dit reconnaître ce qu'il vit, en termes de déprime et d'auto-dévalorisation de soi, parce qu'elle est aussi passée et passe encore par là. Elle peut ainsi lui offrir une écoute, lui donner des astuces

pour l'aider à surmonter ses difficultés. Cet exemple est loin d'être un cas isolé, bien d'autres ont pu être observés au GEM de B.

Mais les relations d'entraide au prisme de l'âge peuvent aussi fonctionner en sens inverse. Les observations ont aussi montré que des jeunes adhérents prennent soin de certains participants, en leur conseillant par exemple de faire attention à leur santé, d'éviter de prendre tel ou tel médicament en surdose, en les incitant à manger davantage ou à faire attention à leur fatigue, en leur remontant leur moral, etc.

Les participants ont également souligné le fait qu'en venant au GEM, ils essayaient de donner d'eux-mêmes, d'apporter quelque chose de positif aux autres adhérents :

> *J'ai priorisé la parole et les relations avec l'un ou l'autre quoi, par la parole, le fait de parler, d'avoir des yeux, d'être, être tout simplement. Essayer d'être rayonnante comme on peut l'être quoi. Et ça permet de donner de la bonne humeur à chacun et puis voilà quoi. Donc j'ai privilégié plutôt ce contact, le relationnel quoi (F, 1).*

Plusieurs participants ont rappelé lors des entretiens ou des observations que le GEM était un lieu d'entraide favorisant le mieux-être, mais qu'il n'était pas non plus possible d'accueillir les adhérents qui allaient « trop » mal, ceux qui ne pouvaient pas être dans l'échange, même minimal, avec les autres. Dit autrement, le GEM de B n'a pas pour vocation d'accueillir la grande souffrance. Mais cet équilibre dans le mal-être n'est pas toujours facile à trouver. Pour ces deux participantes dans la cinquantaine, venir au GEM suppose de pouvoir apporter quelque chose au collectif :

> *Mais c'est vrai que quand t'as pas le moral, c'est pas évident de venir au GEM non plus. Parce que tu fous les autres en l'air. Enfin, pas en l'air mais bon. Tu fous le moral des autres en bas et puis voilà. C'est pas génial. C'est pas génial (F, 1).*
>
> *Par exemple en début d'année, quand j'étais pas bien, bronchite, quinte de toux et tout, je m'étais interdit de remettre les pieds ici avant que je sois à peu près guérie, pour pas transmettre de virus à d'autres quoi. Ne pas venir dans un état pitoyable quoi. Parce que j'arrête pas de le dire, mais quand on n'est pas bien, on n'a rien à donner aux autres quoi. Il faut être bien avec soi. Normalement le GEM c'est pour être bien aussi avec tout le monde. Je dis, si on n'est pas bien avec soi, t'as rien à donner à l'autre, c'est pas possible. Bah tu restes chez toi. Plutôt que de donner du négatif. Moi c'est ma perception. Si vraiment je suis pas bien. ENQ : Mais si on est un petit peu pas bien, on peut venir ? REP : Ah oui, au contraire ! Justement ! C'est une question de dosage. Chacun se connaît, chacun est différent aussi (F, 1).*

Si le GEM est un espace où se nouent des relations d'entraide, il ne remplace pas les services de soins dont les adhérents peuvent avoir besoin à un moment ou un autre. Le GEM de B n'est pas non plus un groupe de soutien au même titre que les réunions des « Alcooliques anonymes » par exemple. Les relations d'entraide n'y sont pas formalisées sous forme de temps spécifiquement dédiés, ni de méthodes particulières comme c'est le cas pour ce genre de groupes de parole destinés à aider des personnes à sortir d'une problématique, telle que l'alcoolisme. Au GEM de B, les relations d'entraide se nouent de manière informelle, lors des activités ou des temps de pause.

2 Les bienfaits exprimés par les participants

Les personnes en fragilité psychique vieillissantes ont souvent des réseaux relationnels réduits, bien que la plupart d'entre elles désirent avoir accès à davantage de contacts sociaux (Bédard et al, 2007). C'est pourquoi, selon Cumming et Cassie, « des recherches supplémentaires sont nécessaires pour développer et tester des manières d'intervenir qui favorisent véritablement le développement de contacts sociaux et de relations [pour ces personnes] » (2008 :140), d'où l'intérêt d'étudier les bienfaits associés à la fréquentation du GEM de B.

L'analyse des entretiens et des observations a permis d'identifier de nombreux bienfaits que les relations tissées entre les adhérents apportent aux participants. Ils ont été rassemblés en cinq catégories, qui sont cohérentes avec les résultats obtenus dans d'autres études portant sur les GEM, notamment celle de l'ANCREAI (2017). Précisons que les bienfaits liés plus spécifiquement à la pratique d'activités et à la participation sociale sont abordés plus loin dans le chapitre, dans la section II.

2.1 Briser la solitude et rencontrer d'autres personnes

A propos de son terrain d'enquête réalisé dans un GEM du Nord de la France, Grard observe que les adhérents « utilisent avant tout le GEM comme un lieu de convivialité. C'est pour eux un lieu au sein duquel ils peuvent se retrouver, discuter, faire des jeux, boire un café. C'est avant tout pour cette raison qu'ils viennent. Les jeux, s'ils plaisent aux adhérents, sont avant tout un prétexte à nouer des relations de sociabilité » (2011 :109). Le GEM de B correspond à cette description. Les participants ont du plaisir à fréquenter le GEM d'abord parce que c'est un endroit où ils peuvent rencontrer d'autres personnes et donc briser temporairement leur solitude :

> *ENQ : Qu'est-ce que ça a changé pour toi de venir au GEM ? REP : Bah meubler la solitude quoi. Meubler un vide causé par la solitude (H, 2).*
>
> *Et puis je viens au GEM aussi. Heureusement qu'il y a ça aussi. Ça fait de l'occupation. Je suis pas toute seule, je suis avec d'autres, d'autres personnes. Mais pas toute seule (F, 1).*
>
> *Le GEM c'est une façon de pas s'isoler complètement (H, 1).*
>
> *Bah moi si je me suis inscrite dans le GEM, c'était pour rompre ça, l'isolement […] Bah je crois que c'était pour être avec d'autres personnes (F, 1).*

Le GEM donne l'occasion de rencontrer de nouvelles personnes extérieures à l'entourage habituel (ANCREAI, 2017) souvent assez limité comme nous avons pu le constater dans les chapitres précédents. Les participants savent qu'ils trouveront toujours quelqu'un avec qui parler en venant au GEM de B. Les observations ont permis de constater qu'une bonne ambiance régnait entre les adhérents, malgré quelques tensions parfois impliquant une ou deux personnes. Comme dans tout groupe, les participants ont davantage d'affinités avec certains individus plutôt que d'autres. L'âge ne semble pas être un critère de préférence car les participants ont des affinités avec des adhérents plus jeunes comme avec des plus âgés.

> *Le fait de voir telle ou telle personne. Parce que c'est vrai qu'on peut pas avoir des affinités avec tout le monde. Bon avec [prénom d'un adhérent du GEM], ça passe*

très bien. Avec [prénom d'une participante cinquantenaire] ça passe très bien aussi. Oui, elle est rayonnante aussi elle, hein ! (F, 2).

Je me prends beaucoup la tête avec [prénom d'un adhérent] mais bon bref ! Il y a pas de soucis, de toute façon avec lui c'est toujours difficile. Mais c'est vrai que bon [prénom d'une participante soixantenaire] déjà, je m'arrange bien avec elle, avec [prénom d'une adhérente], je m'arrange bien avec elle (F, 1).

Certains participants expliquent par ailleurs apprécier de pouvoir côtoyer des personnes plus jeunes, car leur énergie les dynamise et leur donne envie de faire des choses :

Note d'observation du 24 mai 2016

Je ne me suis pas vu vieillir me confie un participant dans la soixantaine lors d'une conversation informelle. Il me dit : *ça m'a fait un choc quand je suis passé de l'autre côté de la barrière* [sous-entendu quand je me suis senti vieux]. *Mais maintenant je suis plus calme. Même si au GEM, on est plus sollicités. Le fait d'être avec des plus jeunes aussi, on est sur-sollicités* [dans un sens positif, c'est-à-dire que la présence des jeunes donne de l'énergie aux plus âgés].

Le GEM a ainsi été décrit par les participants comme un lieu où il est possible de faire des rencontres. Notons que des couples s'y sont formés, y compris parmi les participants, qui pensaient pourtant que les relations amoureuses ne leur étaient plus possibles.

2.2 Sentir qu'on fait partie d'un groupe

Les participants ont exprimé lors des entretiens et des observations le plaisir et le bien-être que génère le sentiment d'appartenir à un groupe. Sentir que l'on compte pour d'autres personnes, qu'on est en lien avec eux leur fait beaucoup de bien.

Le petit moment de bonheur. Et bien, on peut trouver le café. Le moment de bonheur. Le moment du café, discuter entre nous, voilà, c'est bien ça (F, 1).

Il y aura un manque sûrement [s'il ne venait plus au GEM]. Il y aurait un grand manque. Ça fait du bien de venir, de voir des gens […] Les gens s'aperçoivent qu'on va mieux. Ils l'ont pas dit à moi mais ils l'ont dit à ma femme, qu'ils m'ont trouvé mieux, que je discutais mieux, qu'ils voyaient de l'amélioration (H, 2).

[Le GEM], ça permet de garder un lien. Un lien affectif quand même. Ça c'est important […] Ça permet de rester quand même, de rester dans le lien […] Je veux pas rompre avec le GEM, je veux garder le lien. C'est très important (F, 1).

Ces interactions sociales contribueraient à améliorer leur bien-être, leur moral et leur estime d'eux-mêmes, parce qu'ils savent qu'ils sont attendus quelque part.

[Le GEM] m'a permis de reprendre confiance en moi, de retrouver des personnes […] Ça a changé ma vie au quotidien. Oui. Ah oui, oui drôlement. Je vis autrement. J'ai un but dans ma vie. C'est vrai que... Enfin un but, je vais pas dire quand même que je vis pour le GEM, c'est pas ça. Mais j'aime bien venir au GEM. Ça me donne un, je sais pas comment dire ça... Une raison de venir, une raison de... Oui, voilà, de rencontrer des gens, voilà c'est tout. Au lieu de rester dans le lit, tout ça oui. C'est vrai (F, 1).

Le fait de venir au GEM c'est parce que j'aime les gens, j'aime parler, j'aime communiquer […] Je m'y sens bien et que ça me manquerait si je l'avais plus. Je m'y suis bien intégrée justement (F, 2).

Plusieurs participants ont décrit le GEM comme une deuxième maison, le collectif d'adhérents étant parfois qualifié de deuxième famille. Cela a également été observé dans l'étude de l'ANCREAI (2017).

Il y a des têtes qu'on aime, ça fait comme une seconde famille quoi, des têtes qu'on aime bien revoir et euh... Voilà, et puis des activités qu'on fait en groupe comme ça et puis on aime bien échanger ensemble. Quand on n'a pas sa famille auprès et puis euh, ça permet de se retrouver, sans que... Parce que... De se retrouver chacun chez soi, c'est moins évident quoi (F, 1).

Je me suis inscrite ici. Et c'est même [prénom d'un participant] qui m'a accueillie tu vois. Et je m'en rappellerai tout le temps. Ah oui, tout le temps. Comme dit [prénom d'une salariée], qu'est-ce que tu pouvais être timide au départ ! Bah oui j'étais timide, ça c'est sûr. Comme tout le monde, tous hein, on est tous timide. Et puis maintenant, bah c'est vrai que ça va vraiment impeccable. Je viens au GEM comme si que... Comme si c'était chez moi ! [Rires] (F, 1).

Les participants ont expliqué que le GEM leur avait permis de gagner en confiance en eux, du fait qu'ils étaient reconnus comme membres à part entière du groupe. Certains expliquent que cela leur a permis de s'extérioriser davantage et d'être un peu plus à l'aise dans les relations sociales, au GEM mais aussi en dehors :

Avant je discutais pas comme ça, je parlais pas. Là, depuis plusieurs années, j'arrive à discuter un peu avec les gens, même si je les connais pas, au café par exemple (H, 1).

Je trouve que j'ai un peu plus de conversation. Parce que j'étais timide. J'ai plus de réponses au public. C'est ça. Quand je pense à quelque chose et que ça va pas, je le dis. J'ose plus (F, 1).

2.3 Se sentir compris et réconforté du fait qu'on partage des expériences similaires

Le GEM est présenté par les participants comme un espace qui les aide à aller mieux et qui contribue à leur équilibre quotidien. En ce sens, il s'agit d'un espace-ressource, où ils peuvent échanger sur leurs expériences communes tout en s'inscrivant dans un projet collectif :

C'est un tremplin pour un mieux-être. Pour une meilleure acceptation de soi, pour améliorer sa confiance, pour revivre (F, 1).

On notera que les relations d'entraide ont relativement peu été verbalisées en tant que telles par les participants, ce qui ne veut pas dire qu'elles sont inexistantes. Celles-ci ont davantage été saisies grâce aux observations menées au GEM. On peut expliquer cela par le fait que les relations d'entraide par les pairs se déroulent de manière informelle et spontanée au GEM de B. Comme l'écrit Gardien, « l'activité de pair-accompagnement n'est pas systématiquement désignée comme telle dans les échanges avec le pair-accompagné. Aussi arrive-t-il couramment qu'un pair-accompagnement se déroule sans que cela soit connu du

pair-accompagné qui pourtant en bénéficie. Cette relation d'accompagnement et de soutien entre pairs se déploie bien souvent sans que sa perception et sa désignation ne soient nécessaires » (2017 :157).

Lors de l'enquête de terrain, les participants ont fréquemment été observés en train d'échanger avec d'autres adhérents, de leur groupe d'âge ou pas, sur des situations problématiques qu'ils avaient vécues et ainsi s'échanger des conseils ou s'encourager mutuellement. Voici un exemple qui retrace une situation de ce type :

Note d'observation du 4 juin 2016

Avec un groupe d'adhérents, nous assistons à un spectacle de rue. On discute assis sur un banc. X, qui est un adhérent d'environ 40 ans, est très stressé parce qu'il n'est pas encore allé chercher ses médicaments à la pharmacie. Il demande aux autres si les pharmacies sont fermées le samedi. Un participant soixantenaire lui répond qu'il pense que non, que du moins, sa pharmacie à lui est ouverte le samedi. X explique qu'il préfère aller dans sa propre pharmacie, car ils prévoient le stock nécessaire de médicaments pour eux, car ils le connaissent. S'il va dans une autre pharmacie, il est possible qu'ils n'aient pas assez de médicaments pour lui. X va en parler à plusieurs reprises. Il finit par quitter la fête pour aller chercher ses médicaments, pour être sûr. Il revient un peu plus tard avec son traitement et dit : *j'ai la conscience plus tranquille maintenant. C'est la première fois que j'attends autant pour aller chercher mon traitement*. Il dit qu'il doit y aller tous les mois. Il montre son pilulier à une des participantes dans la cinquantaine. Celle-ci lui explique qu'elle prévoit toujours d'y aller au moins plusieurs jours à l'avance, pour être sûre. Elle se retourne vers moi et dit tout haut : *tu vois, le plus important pour nous, c'est notre santé, c'est d'avoir une santé qui permette de faire des choses*. Elle se met à parler du bonheur et d'une conversation que nous avions eue à ce sujet avec une autre participante la veille, où elles m'avaient toutes deux expliqué qu'on ne pouvait être heureux en permanence, que ça n'avait pas de sens, mais qu'au contraire, c'était les petits moments qui faisaient nos joies. Elle répète la même chose et dit qu'il faut profiter de ce moment qu'on partage avec un beau spectacle de rue. X renchérit alors en disant : *oui, le passé est derrière nous. On a fait des choses pas bien dans le passé, mais il faut penser au présent, à l'avenir, à des moments comme aujourd'hui*. Il est plus détendu que tout à l'heure. La participante lui répond : *oui, on a fait ce qu'on pouvait dans le passé, on a fait des erreurs, mais c'est comme ça, c'est derrière nous, il faut avancer*.

Gardien (2017) explique que lorsque les personnes se reconnaissent entre elles comme pairs, elles ressentent davantage de proximité relationnelle et se font plus facilement confiance. L'auteure écrit que « [la] proximité expérientielle est spontanément associée par les pairs à la conviction que l'autre le comprendra aisément du fait même de son habitude de situations similaires » (2017 :49). Elle ajoute que « les descriptions des situations vécues font résonnance avec celles de leurs pairs et, de là, émerge un sentiment de connivence et de solidarité intra-situation. Le pair est plus facilement perçu comme un soutien moral et un réconfort » (2017 :50). Dans la situation décrite plus haut, la participante a parfaitement compris le stress de X parce que c'est une situation qu'elle connaît pour l'avoir vécue elle-même. En plus de lui donner des conseils (aller chercher les médicaments en avance), elle lui rappelle par ses paroles de profiter de l'instant présent et de ne pas se laisser envahir par de

mauvaises pensées, ce qui a pour effet de réconforter X. Se sentir compris, savoir que l'on n'est pas seul à vivre certaines situations et pouvoir en parler permet de se sentir mieux et de réduire l'anxiété. De même, le fait d'être en position de pair-aidant – et donc d'apporter quelque chose à l'autre – renforce l'estime de soi et le sentiment d'utilité sociale.

> *Le GEM, ça a changé le fait qu'on soit moins nerveux. Que je prenne la vie plus décontract (H, 2).*

2.4 Echanger des services et/ou des informations pratiques qui aident au quotidien

Se retrouver entre pairs permet d'échanger des informations pratiques ou des services qui sont utiles dans le quotidien. Les participants échangent entre eux ou avec d'autres adhérents de nombreux conseils pratiques, des astuces, des idées. Quel professionnel de santé choisir maintenant que tel psychiatre est à la retraite ? Comment se passent les relations avec telle ou telle curatrice ? Que faire en cas de vol de vélo ? Comment faire pour lutter contre l'envie de manger liée à la prise de tel médicament ? Où faire ses courses moins chères ? Une variété de sujets sont discutés quotidiennement. Lorsque les sujets concernent un grand nombre d'adhérents, ils sont parfois ramenés au sein du groupe, à travers l'organisation d'une discussion thématique par exemple :

> *Bon j'ai un problème avec l'alimentation. On a soulevé ça au GEM, on va en parler, voir ce qu'on peut faire (H, 1).*

Les participants s'échangent aussi des services. L'une ne peut pas tailler les haies chez elle (F, 2). C'est un adhérent plus jeune qui vient l'aider. La télévision d'un autre (H, 1) ne fonctionne plus. Un adhérent lui propose de lui donner la sienne qu'il n'utilise plus. Quelques participants ont expliqué qu'il leur était parfois difficile de demander de l'aide et qu'il fallait que d'autres adhérents ou bien l'une des salariées leur rappelle qu'ils étaient en droit de faire appel aux autres :

> *Dès que je peux être autonome, je le suis. Ah oui, pour moi c'est important, ouais, c'est important. Et comme j'aime bien marcher, si je peux ne pas me faire aider, je me débrouille seule. Mais des fois, comme dit [prénom d'une salariée du GEM], n'oublie pas qu'on est dans un groupe d'entraide mutuelle, fais-toi aider quand même. Alors euh des fois, oui, je dis faut que je me fasse aider quoi (F, 1).*

Les adhérents savent que s'ils ont un problème, ils pourront en parler aux autres qui auront peut-être des conseils à leur donner. Lorsque ce participant soixantenaire s'est fait voler son vélo, ce sont les adhérents et les salariées qui lui ont conseillé d'aller porter plainte rapidement pour qu'il puisse faire marcher son assurance. Rappelons que les participants n'ont pas toujours quelqu'un vers qui se tourner en cas de problème de ce type.

2.5 Faire l'objet d'une veille relative à sa santé physique et mentale

Faire partie d'un GEM permet aux participants de bénéficier d'une veille collective quant à leur santé physique et mentale. La plupart des adhérents, y compris les participants, se connaissent bien car ils se voient régulièrement. Ainsi peuvent-ils dire à l'une des participantes soixantenaires que depuis qu'elle a changé son traitement, elle tremble moins mais s'endort davantage par exemple. Les adhérents prennent des nouvelles par téléphone des

personnes absentes, pour vérifier si tout va bien. Les uns et les autres connaissent les signaux d'alerte qui indiquent que la personne ne va pas bien et peuvent ainsi lui en faire part, comme en témoigne cet extrait du carnet d'observation :

Note d'observation du 19 mai 2016

Pendant qu'on déjeune au GEM avec plusieurs adhérents et une salariée, un participant dans la soixantaine raconte plusieurs souvenirs tristes de son passé. Il est d'habitude beaucoup plus joyeux et semble assez déprimé. Il dit aussi être resté sur Facebook toute la nuit hier, si bien qu'il a très peu dormi. La salariée et une des participantes l'écoutent, tout en lui disant de faire attention, en lui rappelant : *ça, rappelle-toi que ce sont tes indicateurs !* [Sous-entendu d'un début de phase de déprime]. Lors de la conversation, il finit par dire qu'il n'a pas pris ses médicaments. Alors que ce participant continue de raconter des choses déprimantes et à se dévaloriser, l'autre participante et la salariée lui disent qu'il cherche *à mettre un nuage sur sa journée* et l'encouragent à profiter de cette belle journée.

Lorsque les adhérents ont vu arriver ce participant qui venait de tomber chez lui, ils l'ont incité à aller chez le médecin pour recevoir des soins plutôt que de rester au GEM :

> *Je me suis cassé la figure dans l'escalier et puis j'ai eu deux mois d'hospitalisation, […] J'étais même venu [au GEM] le jour où je m'étais cassé la gueule dans les escaliers. Ils m'ont dit, rentre chez toi ! Va chez le médecin ! J'étais cassé en deux ! J'étais pas bien. J'aurais même pas dû venir. J'aurais dû aller chez le médecin. Plutôt que de venir ici. Je suis complètement dingo. Je me disais, c'est rien… Pfff (H, 2).*

Rappelons encore une fois que les participants ne bénéficient pas toujours d'un réseau de proches pour veiller sur eux. Le GEM assume ainsi en partie une forme de veille attentive.

Curtis (2004) avait déjà souligné que certaines organisations ou services ne relevant aucunement du secteur médical pouvaient avoir une influence indirecte importante sur l'état de santé physique et mentale des personnes qui les fréquentent, car ils leur permettaient justement de tisser des relations sociales positives. L'analyse exposée dans cette première section montre que c'est le cas du GEM de B.

II Un espace de participation sociale accessible

Pouvoir accéder à des espaces de participation sociale est généralement associé à davantage de bien-être, à une meilleure estime de soi, à un regain de confiance en soi, etc. (Levasseur et al, 2008 ; Raymond et al, 2008). Dans le champ du handicap (Velche et Roussel, 2011), comme dans celui du vieillissement (Raymond et al, 2012), la participation sociale est souvent considérée comme un levier pour lutter contre l'exclusion des personnes concernées. Les GEM, définis par la loi comme « des structures de prévention et de compensation de la restriction de participation à la vie en société » (arrêté du 18 mars 2016), ont d'ailleurs été instaurés à la suite de la loi du 11 février 2005 sur le handicap. Mais la participation sociale demeure un concept assez flou (Raymond, 2013 ; Velche et Roussel, 2011), notamment en ce qui concerne sa mise en œuvre concrète. Une question se pose : comment construire un espace de participation sociale qui soit réellement accessible aux

personnes ? C'est précisément à cela que nous allons tenter de répondre dans cette section, à travers l'exemple du GEM de B et de ses adhérents vieillissants. Trois thèmes essentiels à la construction de cet espace de participation sociale accessible sont ressortis lors de l'analyse du matériau de recherche, en particulier des observations de terrain : la participation décisionnelle, la distanciation vis-à-vis des objectifs d'insertion et/ou de guérison et la reconnaissance de la diversité des formes de participation selon les individus.

1 Pouvoir participer aux décisions

Le GEM de B est un espace où les adhérents ont un pouvoir de décision qu'ils peuvent exercer très régulièrement. Avoir accès à la participation décisionnelle apparait d'autant plus essentiel lorsqu'on sait à quel point les participants manquent de prises au sein des espaces qu'ils fréquentent au quotidien. Mais avant de traiter ce sujet, il convient d'apporter quelques précisions quant à la manière dont la gestion directe par les adhérents est mise en œuvre au sein du GEM de B.

1.1 Précisions sur un GEM qui chemine progressivement vers plus d'autogestion

L'arrêté du 18 mars 2016 rappelle que le fonctionnement des GEM doit tendre prioritairement vers une gestion directe par les adhérents de leurs activités et de leurs moyens humains et matériels. Néanmoins, la récente étude de l'ANCREAI (2017) sur les GEM a montré que ce principe n'était pas toujours respecté. Trois grands profils au regard de la gouvernance des GEM ont ainsi été identifiés (ANCREAI, 2017 :86) :

- Des GEM, **encore fortement dirigés « de l'extérieur** » (parrain ou association gestionnaire), avec une présence importante des soignants, des familles ou des professionnels médico-sociaux dans les instances décisionnaires des GEM (AG[128], CA, bureau) et/ou intervenant dans les ateliers ou sorties du GEM.
- Des GEM **qui revendiquent leur autonomie et leur indépendance** vis-à-vis du parrain, dans la gestion des ressources et des activités. Les usagers réfléchissent (à) et conçoivent leur propre manière de gouverner leur structure, en se défaisant parfois d'outils de gouvernance antérieurs ou en les adaptant à leur situation.
- Des **formes intermédiaires** (GEM les plus nombreux dans le panel) : un parrain et/ou un gestionnaire actuel qui reste encore attaché fortement au GEM, souvent à l'origine de la création du GEM (et qui continue à avoir une place au CA et/ou à qui sont délégués des tâches administratives, la gestion financière - dotation ARS et des ressources humaines et/ou partageant les locaux). Mais ces GEM sont « au travail » pour rechercher des modalités de fonctionnement visant à appliquer le nouvel esprit des textes, avec des efforts de part et d'autre (parrain/gestionnaire ET adhérents) pour permettre cette transition.

Si l'on veut étudier le GEM en tant qu'il est un espace de participation, il est donc indispensable d'en préciser les modalités réelles de gestion directe par les adhérents car celles-ci ont un impact sur leur expérience de la participation. Au moment de l'enquête, le GEM de B était en train de basculer progressivement de la 3e catégorie identifiée par l'ANCREAI (forme intermédiaire) à la 2e (revendication de son autonomie et son

[128] AG : Assemblée Générale.

indépendance). Les adhérents réfléchissaient alors à des moyens d'accroître leur indépendance, notamment dans le contexte de la parution d'un nouveau cahier des charges en 2016. Celui-ci redéfinissait entre autres le rôle de certains acteurs (parrain, gestionnaire, partenaires financeurs) au sein du conseil d'administration de l'association portant le GEM, afin de donner davantage de pouvoir aux adhérents.

Au moment de l'enquête, le GEM de B était constitué en association depuis une dizaine d'années. Nombre d'adhérents avaient découvert à ce moment le fonctionnement de la vie associative. Néanmoins, les observations ont montré que même dix ans après, il est indispensable de réexpliquer régulièrement la nature des instances et leur fonctionnement. Cela s'explique par le fait qu'il y a régulièrement de nouveaux membres qui rejoignent le GEM. Mais il est aussi fréquent que les adhérents, y compris les administrateurs, oublient des informations essentielles (par exemple, quel est le rôle exact du conseil d'administration ?). Rappelons que les GEM sont portés par des personnes en fragilité psychique et que leurs difficultés peuvent impacter le fonctionnement de leur mémoire, de leur concentration, etc. Cela ne signifie pas pour autant qu'elles ne sont pas capables de faire vivre leur association. Mais il apparaît que les adhérents ont besoin de rappels réguliers, effectués par les salariées ou les adhérents qui ont en tête à ce moment-là les informations importantes et qui vont pouvoir les réexpliquer à ceux qui ne s'en souviennent plus.

L'objectif d'autogestion qui sous-tend le fonctionnement du GEM est aussi régulièrement rappelé, soit par les salariées, soit par les adhérents eux-mêmes. Les observations ont montré que les personnes qui fréquentent le GEM ont parfois tendance à oublier que cette association leur appartient aussi, qu'elles en sont responsables et qu'à ce titre, elles ont autant de pouvoir que n'importe quel autre adhérent. C'est ce que montre l'extrait du carnet de terrain ci-dessous :

<u>Note d'observation du 20 mai 2016</u>

Pendant la réunion des adhérents, l'un des participants commence par prendre la parole en tant que président de l'association. Sa première intervention consiste à rappeler à tous les adhérents que le GEM *n'est pas un système où il y a une hiérarchie*, selon ses termes. Il explique pendant son intervention :

> *Ce n'est pas parce que je suis président que je suis votre hiérarchique supérieur et que vous, les adhérents, vous êtes mes inférieurs ! De même, [prénom des salariées] ne sont pas nos supérieures en quoi que ce soit. Au GEM, il n'y a pas de chef ! Je sais qu'on plaisante avec moi en me donnant des « monsieur le président », mais c'est juste pour rire, il faut bien que vous compreniez tous ça !*

Il donne ensuite quelques indications concernant les actualités du GEM, notamment l'avancée des travaux sur le nouveau cahier des charges sur lequel les administrateurs continuent de travailler. Il fait référence à la réunion des administrateurs du matin et dit aux adhérents qu'ils auront dès que possible les résultats qui seront issus de ce travail des administrateurs.

1.2 Des décisions prises et mises en œuvre collectivement

Le GEM est un espace où les adhérents peuvent s'adonner à des activités en groupe, notamment dans le domaine des loisirs et de la culture. Pour autant, il ne s'agit jamais de

venir simplement « consommer » des activités. Celles-ci sont toujours le résultat de propositions ayant été discutées puis votées par les adhérents lors de réunions bimestrielles. Les adhérents ont donc de la maîtrise sur les activités qui se déroulent au sein de leur association. Les observations ont montré que le taux de participation à ces réunions bimestrielles ouvertes à tous les adhérents était important, avec la présence d'une trentaine de personnes (pour une cinquantaine de membres) presque à chaque fois. Une légère baisse en hiver a été constatée du fait que nombre d'entre eux étaient malades et/ou trop fatigués pour venir.

Lors de ces réunions, chacun peut soumettre une idée d'activité ou de projet. Il arrive aussi que des adhérents expriment leur désintérêt pour une activité et proposent de l'arrêter pour faire autre chose. Pour chaque proposition, le collectif vote alors pour ou contre. Mais les débats ne se limitent pas à la nature des activités. Les adhérents discutent et votent également des propositions ayant trait à l'association, tels que les orientations du projet associatif, le règlement intérieur, le budget annuel, les conventions avec les différents partenaires, tout comme des questions plus concrètes comme le prix des boissons ou de l'adhésion, l'achat d'un nouvel ordinateur, etc. Ils élisent également parmi les adhérents les administrateurs qui siègeront au conseil d'administration.

La majorité des participants étaient présents lors de ces réunions, y compris ceux qui n'étaient pas administrateurs. Les observations ont montré qu'ils participaient souvent activement aux discussions, faisaient des propositions et prenaient part au vote, exerçant ainsi leur pouvoir décisionnel. Comme l'explique Grard à propos des adhérents du GEM où il a réalisé sa recherche doctorale, « l'inscription dans un projet, ou plutôt dans une série de projets collectifs permet aux adhérents de retrouver un esprit d'initiative que certains avaient perdu, habitués qu'ils étaient à être pris en charge et à ne pas décider de ce qu'ils souhaitaient faire » (2011 :111). Nous ajouterons à cela que la fréquentation du GEM donne aux participants l'impression d'avoir un peu plus de prises sur leur quotidien, souvent marqué par l'expérience de la « dé-maîtrise ».

Tous les mois, les adhérents qui le souhaitent peuvent participer à l'atelier de planification du programme d'activités. Avec l'aide d'une salariée, ils remplissent ensemble le calendrier du mois suivant, choisissent les dates et les lieux de sorties, ainsi que des thèmes pour le bar du vendredi après-midi ou pour l'atelier de cuisine collective par exemple. Il s'agit d'un atelier très apprécié par les adhérents, qui sont nombreux à venir. La plupart des participants y sont présents, comme celle-ci, dont le témoignage souligne la manière dont la participation – en l'occurrence décisionnelle – au GEM peut en partie combler le besoin de repères et de structuration du quotidien qui souvent échappe à leur contrôle, comme nous l'avons vu dans le chapitre 7 :

> *Le fait de faire le programme comme aujourd'hui là, j'aime bien participer à ce genre d'activité. Prévoir quelque chose. Parce que peut-être que consciemment ou inconsciemment, c'est savoir que tiens à tel moment je ferai ceci, cela et d'y avoir participé (F, 2).*

A la fin d'un projet ou d'une activité, les adhérents ayant participé font généralement un retour à la fois entre eux et aux autres qui n'étaient pas présents. Les observations suggèrent que ce temps permet de fixer un souvenir collectif et d'insister sur le fait que l'activité ou le projet a été vécu ensemble.

Le fait que les adhérents bénéficient d'un espace de débats, où les activités sont décidées, mises en place et discutées collectivement – plutôt que de leur être imposées – permet d'impulser une dynamique collective qui donne davantage envie de participer. Pour Raymond et al, la participation décisionnelle « sous-tend une zone de partage de pouvoir où chacun est écouté et dans laquelle les opinions de tous servent les choix collectifs. Dans les idées relatives à ce point de vue, la participation décisionnelle apparaît comme une manière de contrer le retrait social ou politique des aînés » (Raymond et al, 2012 :12). Il est intéressant de constater que les participants, qui, comme on l'a vu, ont très peu d'occasions de sortir et de se divertir, se retrouvent au GEM dans une situation bien différente, où ils peuvent eux-mêmes proposer des activités, les critiquer si elles ne leur plaisent pas, choisir entre un atelier ou un autre, etc. Ce fonctionnement démocratique leur permet ainsi de retrouver un peu de maîtrise sur un quotidien marqué par l'isolement et l'ennui que nombre d'entre eux doivent subir. Martinsson et al (2012) ont identifié dans leurs travaux le manque de contrôle comme étant une caractéristique majeure du quotidien des personnes en fragilité psychique vieillissantes qu'ils ont interrogées. Cela a conduit les auteurs à insister sur l'importance à ce que ces individus puissent bénéficier d'opportunités leur permettant de participer aux prises de décisions qui les concernent.

Il faut ajouter un élément qui a pu être observé à de nombreuses reprises et qui contribue à rendre la participation décisionnelle plus accessible. Il s'agit de l'importance que les adhérents accordent à la convivialité lors des temps démocratiques qui se déroulent au GEM de B. Rappelons que le GEM est un lieu où les personnes viennent d'abord pour le lien social qu'elles y trouvent, pour briser leur solitude. Les réunions sont fréquemment l'occasion de boire un café ensemble, de manger une part de gâteau, de retrouver des adhérents que l'on n'a pas vu depuis longtemps. Les observations ont montré que ces arguments étaient souvent utilisés pour convaincre un adhérent peu motivé de venir. Les réunions sont d'ailleurs souvent organisées le vendredi après-midi, pendant le bar des adhérents[129], qui est un moment construit autour du lien social. L'assemblée générale, qui a lieu chaque année, est pensée comme un événement festif, pour éviter qu'elle soit considérée par certains adhérents comme une obligation ou comme quelque chose qui ne les concerne pas. La convivialité est ainsi utilisée comme un levier visant à susciter l'envie de participer. Comme le précise un adhérent, *il faut donner envie à tout le monde de venir* (H, 1).

Les observations ont donc permis de constater qu'au GEM de B, le fonctionnement démocratique et l'accès à la participation décisionnelle pour tous les adhérents – et non uniquement les administrateurs – étaient des principes importants. Les activités proposées sont ancrées dans un projet collectif visant la participation sociale des adhérents, qui ont toujours la possibilité de s'impliquer avant, pendant et après les ateliers.

[129] Chaque fin de semaine, le GEM de B se transforme le temps d'une après-midi en bar sans alcool. Cette activité est décrite plus longuement dans la troisième section du chapitre.

2 Un espace hors des objectifs individualisés d'insertion et/ou de guérison

2.1 Une diversité d'activités, une liberté de fréquentation

Le GEM de B propose une grande diversité d'activités, afin que chacun puisse trouver au moins une activité susceptible de lui plaire. Lorsqu'une activité correspond aux motivations et aux envies de la personne, celle-ci y participera bien plus volontiers (Carbonneau et al, 2015). Notons cependant que plusieurs participants ont tout de même reconnu qu'ils venaient au GEM même lorsque les activités ne les intéressaient pas, pour ne pas se retrouver seuls chez eux pendant la journée. La cotisation était de 13 euros[130] par an au moment de l'enquête, avec la possibilité de mensualiser le paiement, pour que cette somme ne constitue pas un frein à l'adhésion pour les adhérents les plus en difficultés financières.

Le GEM de B offre une palette d'activités recouvrant plusieurs thèmes, comme on peut le voir dans le tableau ci-dessous :

Tableau 17 : Une diversité d'activités proposées au GEM de B
Painter S., 2018 – Source : enquête 2016-2017

Activités de loisirs	
Des activités hebdomadaires pour…	**Exemples d'activités**
S'exprimer, faire des activités créatives	Ateliers de peinture, de dessin, d'écriture, de théâtre, de radio, etc.
Faire des activités de plein air, découvrir de nouveaux lieux, faire des sorties	Marches, visites de villes, d'expositions, etc.
Echanger des savoir-faire, apprendre des choses	Ateliers de menuiserie, de couture, d'art floral, d'informatique, etc.
Se détendre, faire des rencontres	Bar entre adhérents, cuisine collective, jeux de société, etc.
Activités liées à la vie associative	
- Réunions des adhérents bimestrielles, assemblée générale 1 fois par an - Commissions diverses, groupes de travail selon les projets en cours, au moins une fois par semaine - Temps d'information chaque après-midi avant le début des activités - Conseils d'administration (seulement pour les administrateurs) 6 fois par an environ - Représentations du GEM à l'extérieur : participation à des réunions avec des partenaires, à des colloques, etc. - Rencontres avec d'autres GEM - Projets avec les partenaires locaux : participation à des événements culturels, à la Semaine d'Information en Santé Mentale (SISM), etc.	

On constate que certaines activités ont une visée plutôt occupationnelle, alors que d'autres offrent la possibilité aux adhérents de s'investir plus activement. Comme beaucoup, cette participante apprécie l'équilibre entre les temps consacrés à la détente, où il s'agit juste

[130] Environ 20 CAD.

de prendre du plaisir, et les activités qui offrent la possibilité de s'engager plus activement dans des projets et dans la vie de l'association :

> *ENQ : qu'est-ce que ça a changé pour toi de venir au GEM ? REP : Ah bah... Il y a le côté certes occupationnel peut-être. Faut pas le nier, même si les salariées disent c'est pas le but, mais il y a quand même ça. Mais en même temps, je m'investis quoi. Enfin, j'ai envie de, bah de faire avancer les choses quoi (F, 1).*

Il convient de ne pas confondre les activités du GEM avec les activités thérapeutiques auxquels certains participants assistent ou ont assisté dans des lieux de soins et de prise en charge psychiatrique, même si on peut parfois retrouver une certaine dimension occupationnelle dans les deux cas. Le GEM est un espace sans contraintes sur le plan de la participation. Sa fréquentation n'est en aucun cas gouvernée par des objectifs thérapeutiques ou bien d'insertion, contrairement à des activités proposées dans le cadre de soins, comme dans un CATTP[131] par exemple, dont la fréquentation dépend d'une prescription médicale. Sur ce point, l'ANCREAI a constaté que « l'absence d'exigence sur la finalité de la participation au GEM est une libération pour certains adhérents qui ont évolué durant de nombreuses années sous l'attention vigilante des soignants, des accompagnants sociaux et/ou de leur famille » (2017 :61). On retrouve cette idée dans le témoignage de cette participante, qui apprécie elle aussi que le GEM soit un espace libre et donc moins infantilisant, surtout, souligne-t-elle, à son âge.

> *Plus tu vas dire à quelqu'un qu'il est en souffrance, plus tu ne vas pas lui donner la capacité de faire des choses. Parce que des fois on veut créer, on veut faire de la créativité ou quoi, et on nous montre, mais non, fais comme ça, pas comme ça, nanana. Et bah on nous renferme dans ce cocon-là. Voilà ! C'est pas parce qu'on a des handicaps psychiques ou quoi qu'on sait pas faire. Alors est-ce qu'on veut pas du coup nous garder, enfin garder certaines personnes dans cette bulle là et puis voilà. Et donc on va pas la laisser se développer. C'est vrai que quand tu as eu un vécu, un parcours, tu arrives à un âge où tu as fait pas mal de choses, t'as un petit peu du mal à être infantilisé comme ça. C'est pas parce que tu peux avoir un handicap, que tu peux avoir des fragilités que d'un coup, t'es voilà quoi. Il y a un peu ça aussi. Surtout que quand tu deviens mature, que t'es à un âge… (F, 1).*

Certaines activités sont animées par les adhérents eux-mêmes ou bien par les salariées. Pour d'autres, ils font appel à des intervenants extérieurs.

2.2 Une absence d'objectifs individualisés, mais des effets bénéfiques recherchés

Si la fréquentation du GEM n'est jamais attachée à des objectifs formalisés ou individualisés, les participants affirment retirer des effets bénéfiques des activités. Parmi les activités proposées, la marche leur permet de faire une activité physique, le théâtre les aide à développer leur confiance en soi et à s'exprimer devant les autres, l'écriture stimule leur imagination, la menuiserie favorise la concentration, etc. Notons que les activités proposées

[131] Les Centres d'Accueil Thérapeutiques à Temps Partiel (CATTP) sont des structures qui proposent à des patients de la psychiatrie stabilisés, sur prescription médicale, un ensemble d'activités thérapeutiques, dans un objectif de réinsertion sociale.

répondent parfois non pas juste à une envie, mais aussi à un besoin partagé par plusieurs adhérents : par exemple mettre en place un atelier informatique parce que certains souhaitent se former, un atelier bien-être pour apprendre à gérer le stress, etc.

De manière générale, « les activités du GEM ont d'abord vocation à rompre la solitude, à « mettre [les adhérents] en mouvement » pour qu'ils retrouvent l'envie et le pouvoir d'agir, afin d'intervenir dans la sphère sociale et reconquérir une identité sociale » (ANCREAI, 2017 :43). La notion d'identité est particulièrement importante dans la mesure où celle-ci est souvent réduite à un diagnostic ou au statut de patient psychiatrique, au détriment des autres facettes de la personne (Martinsson et al, 2012).

Les participants ont témoigné de ces effets bénéfiques à de multiples reprises, comme ces deux participants, le premier se définissant comme ayant du mal à s'ouvrir et à tisser des liens avec les autres, l'autre évoquant ses difficultés à parler devant un public :

> *ENQ : Qu'est-ce que ça a changé pour toi de venir au GEM ? REP : Ah bah ça me fait... Par exemple, comme j'ai la possibilité de jouer de la guitare [le vendredi après-midi], j'en ai parlé à la réunion, ça m'a permis de m'extérioriser un peu au niveau de la musique. Plutôt que de jouer tout seul chez moi, de venir. Bah des fois tu m'as vu. Je suis un peu plus entreprenant maintenant. […] Et quand j'amène ma guitare, des fois [prénom d'un participant] dit… Il chante bien pourtant. Il trouve qu'il chante pas bien. Quand on joue tous les deux, il m'accompagne, on joue ensemble les morceaux qu'on connaît tous les deux (H, 1).*
>
> *Par exemple au théâtre, j'ai aimé oser être devant le public. Parce que pour moi c'était pas gagné d'avance. Quand tu manques de confiance en toi, tu vois... Tu veux pas quoi. Et voilà, donc [au GEM] c'est un tas de défis comme ça. […] J'ai envie de continuer le théâtre parce que toujours dans le but, que c'est un défi pour moi. Enfin, pour moi, c'est pas évident. La parole, je suis pas... Je suis... pas fière d'avoir mon timbre de voix. Non puis j'ai pas l'impression de m'exprimer vraiment très bien, enfin tu sais. Donc. Eh oui. Donc tout ça c'est un défi et puis oser parler devant les autres, bah... Bonjour quoi (F, 1).*

Au-delà de juguler l'ennui, les activités et la manière dont elles sont organisées cherchent donc à favoriser la mise en mouvement des adhérents, à leur insuffler un nouveau dynamisme en leur (re)donnant l'envie de faire des choses.

> *Moralement, j'ai plus les mêmes envies qu'avant. Oui, j'en fais moins oui. C'est pour ça que je viens un peu au GEM. Moralement ça m'a aidé. Ça m'a donné envie de refaire des choses quoi (H, 2).*
>
> *Ça m'a fait du bien de revenir ici, parce que c'est ici quoi, ça m'a redonné confiance, ça m'a donné un coup de pied aux fesses, dans le bon sens du terme quoi (F, 1).*
>
> *Quand je me donne, je crois que je suis... A fond quoi. Quand je suis là, je suis là quoi (H, 1).*

La fréquentation du GEM offre aux participants l'opportunité de faire des expériences et d'apprendre de nouveaux savoirs, de nouvelles compétences, quel que soit leur âge, comme l'explique cette participante, qui parle des apports de son expérience en tant qu'administratrice :

Déjà, [le GEM] m'apporte des nouvelles compétences. Par exemple, quand on m'a nommée administratrice, je suis restée 15 mois, bah je me croyais pas capable d'assurer la fonction. Bon bah voilà. Je l'ai fait. Je l'ai fait du mieux que je pouvais. Je vais pas dire que c'était parfait, mais je l'ai fait. J'ai essayé de pas stresser, d'avoir mon naturel. Voilà, pas trop stresser, parce que c'est vrai qu'au départ, dès qu'il y avait une réunion j'étais en train de préparer tout ça, pour être à la hauteur. Et puis là, j'ai appris à avoir un peu plus d'assurance en moi. Et là c'est pareil, des compétences, quand j'arrive par exemple, j'arrive la tête haute. Enfin, je m'entends, pas hautaine non plus, mais ça va, j'arrive chez moi, dans ma famille, où je suis à l'aise quoi (F, 1).

Comme le remarquent Raymond et al, « si la participation sociale est enrichissante sur le plan de l'altérité, elle peut aussi donner l'occasion d'élargir l'éventail de ses compétences, en apprenant à se sentir plus à l'aise pour prendre la parole en public, à affiner son analyse sociopolitique, ainsi qu'à expérimenter de nouvelles façons de faire en tant que bénévole. En plus d'être multiples, les apprentissages engendrés par des milieux stimulants de participation sociale peuvent se renouveler, instaurant pour les individus une sorte de formation continue » (2012 :43).

3 Permettre la participation de chacun, à son rythme

3.1 Reconnaître et soutenir la diversité des formes de participation

Les observations ont permis de constater que les adhérents et les salariées reconnaissaient l'idée que la participation sociale pouvait prendre de multiples formes selon les individus. La participation ne passe pas uniquement par le fait d'occuper des fonctions d'administrateur par exemple. Il existe bien d'autres manières de participer. *Chacun doit y mettre sa petite touche*, comme l'explique un participant dans la cinquantaine. Il y a ainsi des formes de participation sociale plus discrètes, mais non moins importantes, qui peuvent passer inaperçues si l'on n'y prête pas attention. Le GEM vise à favoriser la participation sociale de tous ses adhérents. Pour cela, il semble indispensable que chacun puisse s'investir selon des modes de participation qui lui conviennent, afin de trouver sa place au sein de la démarche collective mise en œuvre au sein de l'association.

Parmi les participants, certains s'investissent activement au sein de la vie associative, notamment à travers leur mandat d'administrateur ou bien par leur participation à des commissions ou des groupes de travail (par exemple : repenser l'organisation du bar du vendredi après-midi, organiser un séjour de vacances, etc.). Celle-ci a une vision très active de la participation, marquée par la volonté de faire changer les choses :

On reste pas toujours à la même chose, donc je m'investis dans les réunions, dans des... Je donne mes idées des fois... Enfin, j'essaye de faire, oui d'être là quoi, d'être présente et de pas être uniquement passive quoi. D'être un acteur. Parce que moi c'est ça, la vie. Si on fait partie de quelque chose, faut être acteur ou alors faut pas y être. C'est comme le conseil citoyen[132] *[pour lequel elle avait été tirée au sort*

[132] En France, les conseils citoyens ont été créés par la loi n° 2014-173 du 21 février 2014 de programmation pour la ville et la cohésion urbaine. Mis en place dans chaque quartier prioritaire de la politique de la ville, ils sont composés d'habitants tirés au sort et de représentants d'associations et d'acteurs locaux. Ils sont associés à l'élaboration, à la mise en œuvre et à l'évaluation des contrats de ville.

l'an dernier]. J'y étais pour finir en étant un peu passive. Enfin, j'avais pas envie tellement de m'investir en tant qu'actrice au niveau du quartier. Parce que d'une part j'ai mes limites, c'est pas évident. Euh, bah je dis qu'est-ce que je fais là, si c'est pour être sur la photo... Je vois pas l'intérêt quoi (F, 1).

Plusieurs participants associent leur participation en tant qu'administrateur à une forme de travail, dans le sens où leur implication leur procure un sentiment d'utilité sociale. L'ANCREAI suggère d'ailleurs que les GEM permettent de combler « une faille identitaire » (2017 :63) liée au sentiment de vide et d'inutilité que provoque le fait d'être écarté du monde professionnel.

Bah un travail j'en ai plus hein. Le travail je le fais ici en tant que bénévole. Maintenant j'ai une définition très flexible, très extensible du travail, c'est-à-dire que je n'ai plus de travail, mais [au GEM] je travaille quand même à ma façon (H, 2).

Là, mon travail actuel pour moi, c'est un peu... Un peu... Je vais pas dire le GEM mais c'est du travail sans l'être vraiment… Mais quand j'y suis, j'essaie de m'y impliquer quoi. Et en même temps c'est valorisant. On a besoin de se dire encore vivante (F, 1).

D'autres participants s'investissent différemment, selon leurs envies, mais aussi leurs capacités, leur énergie, leur état de santé ou le temps dont ils disposent. Certains conduisent le minibus qui permet d'aller chercher les adhérents qui n'ont pas de moyens de transport pour venir au GEM. D'autres sont barmans bénévoles le vendredi après-midi, apportent des biscuits, etc.

Les contributions des uns et des autres reposent aussi sur la valorisation de leurs expériences passées, même si elles ont, aux yeux des participants, été considérées comme des échecs. L'un des participants soixantenaires a exercé en tant que professeur puis a dû cesser sa carrière brutalement à la suite de problèmes de santé mentale. Aujourd'hui, il est amené à réutiliser ses compétences de pédagogue pour enseigner la lecture à un adhérent qui ne sait pas lire. Un autre participant soixantenaire devait assurer de nombreux déplacements à la campagne pour son travail. Sa carrière s'est aussi interrompue suite à des problèmes de santé mentale. Néanmoins, il réutilise aujourd'hui les connaissances qu'il a acquises du territoire durant sa carrière pour proposer des itinéraires de marche aux adhérents.

Il est important de souligner qu'au GEM de B, les attentes en matière de participation ne sont pas mesurées en fonction du nombre de comités ou de réunions auxquels les adhérents participent. Rappelons que « pour certaines personnes, le seul fait que la participation sociale convie à sortir de la maison est déjà un motif d'activation » (Raymond et al, 2012 :42). Ainsi pour certains, faire l'effort de venir à une réunion, même si la personne ne prend pas part aux discussions, vaut déjà comme une forme de participation :

C'est peut-être l'image que je donne, qui est de pas participer tellement, mais en fait, je crois quand même que je suis reconnu au GEM comme étant actif. Je suis là quoi, je suis présent (H, 1).

Il est donc essentiel d'être attentif à des formes plus discrètes de participation, qui représentent quelque chose d'important pour les personnes en question. En témoigne l'exemple de ce participant pour qui venir à une réunion représente déjà un effort considérable. Celui-ci angoisse énormément lorsqu'il se retrouve dans une pièce avec beaucoup de monde, comme c'est le cas lors des réunions des adhérents :

Quand il y a des réunions l'après-midi aussi, réunions d'adhérents ou assemblée générale, des choses comme ça, quand il y a beaucoup de monde, j'ai du mal, j'ai du mal. Je disais à [prénom de la salariée], je sais pas, c'est pas possible, je dois être asocial, comment ça se fait... J'en sais rien. Elle me dit ah non, non, non ! […] Par exemple vendredi, il y a une réunion d'adhérents. [Prénoms des deux salariées], elles m'ont dit mets-toi à côté de la porte, si tu te sens pas bien... [Rires]. Mais je sais pas, quand il y a un endroit et qu'il y a beaucoup de monde, surtout dans une petite salle avec beaucoup de monde, je peux pas (H, 1).

Un autre exemple concerne une participante cinquantenaire, qui n'est pas administratrice. Elle se dévalorise très souvent et a du mal à faire des choses seule. Elle est d'ailleurs suivie chaque semaine par un travailleur social qui l'accompagne dans de nombreuses démarches qu'elle ne peut pas faire de manière autonome. Lors d'un atelier de cuisine collective, elle relève le défi d'organiser le prochain atelier autour de son pays d'origine :

Note d'observation du 21 mai 2016

L'une des participantes cinquantenaires propose d'organiser le prochain atelier de cuisine collective autour de son pays d'origine. Elle m'explique qu'elle est à la fois anxieuse car c'est une responsabilité pour elle d'être en charge de l'atelier et en même temps très heureuse de pouvoir partager ses origines avec les autres adhérents et leur faire goûter des spécialités culinaires. L'une des salariées la rassure en lui disant que même si c'est elle qui organise, elle sera bien entendu épaulée par les autres adhérents et les salariées. La participante demande alors ce qu'elle doit faire. La salariée lui suggère de chercher des recettes qu'elle pourrait partager avec le groupe la semaine prochaine pour qu'on décide tous ensemble si elles sont réalisables ou pas.

Ces deux exemples précédemment cités soulignent l'importance du rôle des salariées pour rassurer les participants dans ce qui peut être vécu comme une véritable prise de risque pour eux. La participation ne va pas forcément de soi pour des personnes qui ont été longtemps maintenues dans des systèmes de prise en charge où elles n'avaient rien à décider, ni à être actrices de quoi que ce soit. Demander à ces personnes de participer sans les accompagner dans ce processus peut s'avérer pour certaines d'entre elles très éprouvant et générer beaucoup d'anxiété (Grard, 2011). Les observations montrent que les participants – et les adhérents de manière générale – manquent de confiance en eux. Bien souvent, ils n'osent pas prendre de responsabilités ou d'initiatives parce qu'ils ne s'en sentent pas capables. Leur esprit d'initiative et leur capacité à s'investir dans des projets sont restés en sommeil. Le but des GEM est alors d'offrir les conditions pour que ces possibilités endormies, portées par chaque personne, puissent s'éveiller. La plupart des participants ont ainsi évoqué des situations où les salariées les avaient aidés à prendre confiance en eux et en leurs capacités.

Et puis [prénom de la salariée] est arrivée. Elle m'a mis le pied à l'étrier tout de suite dans les trucs organisationnels. Et là je me retrouvais. Et j'ai participé, c'était très enrichissant. […] Moi je refusais ça au départ, parce que j'avais peur de retomber malade dans les trucs d'organisation tu vois. Et je lui disais, tu me mets

drôlement la pression [prénom de la salariée]. Et puis elle, non, non ! Et puis elle s'est pas trompée. Elle a réussi (H, 2).

Hier [prénom d'une salariée] m'a parlé de l'atelier radio. Il y a l'assemblée générale demain [d'une radio associative locale avec laquelle le GEM de B est partenaire]. Et elle m'a demandé si je voulais venir. J'ai dit oui, j'ai fini par dire oui. Et donc elle me dit, à l'avenir, je pense que toi tu pourras t'occuper techniquement de ci et de ça. Ah là là ! J'ai dit, mais moi je m'y connais pas du tout en technique ! Mais bon bah voilà, quand t'as confiance en toi, tu te permets d'oser faire des choses. Puis après tu fais des choses, donc t'as encore plus confiance en toi, etc. (F, 1).

Les adhérents s'encouragent aussi fréquemment entre eux. Ils savent qu'ils partagent les mêmes difficultés, notamment en ce qui concerne le manque de confiance en soi. Il s'agit là encore d'une forme d'entraide qui consiste à encourager un autre adhérent à prendre la parole, à exprimer son avis, à participer à une activité, etc. On peut ainsi comparer le GEM à un espace où les participants peuvent prendre des risques, mais avec un filet de sécurité.

3.2 Construire des temporalités bienveillantes

Nous l'avons dit, les GEM ne peuvent fonctionner sans l'implication de leurs adhérents. Mais l'état de santé de ces derniers ne leur permet pas d'être en forme tout le temps, en particulier lorsqu'ils vieillissent. Outre les limitations physiques, leur moral est très fluctuant et ils sont parfois trop mal pour sortir. Ils ont aussi le sentiment d'être plus lents, moins actifs et efficaces, d'avoir besoin de plus de temps pour faire les choses et se mettre en mouvement. En vieillissant, même s'ils n'ont que la cinquantaine ou la soixantaine, ils ont davantage besoin de repos, ont plus de difficultés à se concentrer, à mémoriser des informations et à entreprendre des choses, surtout lorsqu'ils sont seuls. Dans le chapitre 6, nous avions dégagé la question de l'inadéquation des rythmes, des horaires et des temporalités parmi les facteurs contraignant les pratiques de loisirs. Si les participants ont énormément besoin de se ménager, cela ne signifie pas qu'ils ne sont pas capables de participer à des activités et de s'investir dans des projets, voire de faire vivre une association. C'est du moins le pari des GEM.

Afin que la participation soit réelle, les adhérents ont construit au sein de leur association des temporalités bienveillantes, qui consistent à aménager le temps de sorte qu'il s'accorde avec le rythme des personnes et non l'inverse.

Le temps de l'accueil et de l'exploration

L'ANCREAI rappelle que « dans le respect du rythme de vie et des souhaits de ses membres, le GEM doit rechercher des modes de fonctionnement qui offrent la possibilité à chacun, quand cela fait sens pour lui et qu'il se sent prêt, de s'impliquer dans le projet du GEM » (2017 :125). Donner aux personnes le temps de se familiariser avec le processus de participation sociale est indispensable. Certaines personnes parviennent à s'intégrer rapidement. Mais la plupart des adhérents ont besoin de temps pour se sentir à l'aise et trouver leur place au sein du collectif.

Depuis plusieurs années, un protocole d'accueil a été mis en place pour accueillir les nouvelles personnes intéressées par le GEM de B. Celui-ci consiste en une première rencontre avec une salariée et un adhérent bénévole ayant reçu une formation « accueil » en interne.

Plusieurs participants font partie de cette équipe de bénévoles, comme cette participante, qui explique dans cet extrait comment se déroule l'accueil d'un futur adhérent :

> *Alors déjà pour un accueil, on est à deux. Un salarié et un adhérent. Pour rencontrer une personne qui vient. J'en ai fait un la semaine dernière. Donc d'une part on demande à la personne, admettons toi, je vais te dire tu préfères qu'on se tutoie ou qu'on se vouvoie. Parce que nous on se tutoie. La salariée et l'adhérent se présentent. Cet adhérent a signé une convention au début de l'année comme quoi tout ce qu'il se passait ici reste entre nous. C'est confidentiel. J'ai signé le papier en début d'année. Après on parle, soit la salariée, soit moi qui commence, peu importe. On parle des valeurs du GEM. Et puis après on a devant nous le programme du mois en cours. Donc on explique le programme. C'est ouvert de telle heure à telle heure, le mardi c'est telle activité, etc. Plus le samedi une fois sur deux et le lundi une fois par mois pour des jeux. L'autre éventuellement pose des questions. Et puis soit la salariée, soit moi, on demande si pour l'instant il y a des activités qui lui plairaient plus que d'autres. Donc il va dire oui ça, la marche etc. Donc voilà. Ça dure à peu près 30 minutes, 45 minutes. Et à peu près dans deux mois, on refera une mini interview avec toi pour savoir qu'est-ce que tu en penses, si ça t'intéresse d'adhérer ou pas. Parce que pour l'instant tu peux venir tant que tu veux, mais tu ne payes rien. Par contre, je te conseille de venir à quelques activités pour voir ce qu'il en est. Et dans deux mois, tu verras. C'est 13 euros. ENQ : Tu poses des questions sur la motivation des personnes ? REP : Oui. Au tout départ on demande qu'est-ce qui t'amène ici. Pourquoi tu as envie de venir nous rencontrer ? Qu'est-ce qui te motive ? Et puis il y a autre chose, on lui dit à la fin, maintenant on va aller voir dans la pièce de vie, à côté. Là il y a un cahier d'inscription pour toutes les activités qui vont être faites dans le mois. Alors si tu penses en faire une, tu peux t'inscrire. Et puis on boit un coup au bar. Le vendredi après-midi (F, 1).*

La personne qui vient au GEM pour la première fois n'a pas à payer sa cotisation immédiatement. Les adhérents considèrent qu'un temps d'exploration et de familiarisation avec le fonctionnement du GEM est nécessaire avant d'adhérer. Cela permet d'une part à la personne de vérifier si cette association lui convient en en faisant directement l'expérience. Il s'agit d'autre part d'éviter d'exercer la moindre pression à la participation. Les futurs adhérents sont souvent intimidés, comme on a pu le constater lorsque les participants ont raconté leurs premiers pas au GEM lors des entretiens. Ne sachant pas encore comment prendre part au projet associatif, les futurs adhérents peuvent ainsi simplement venir assister aux activités et aux réunions, sans avoir à participer immédiatement.

Le rythme des activités

Concernant les activités, celles-ci cherchent aussi à s'ajuster aux rythmes des adhérents. Nous avons déjà souligné le caractère libre de la participation et de la fréquentation au GEM. Un adhérent peut décider de participer ou non à une activité, comme il peut l'interrompre dès qu'il le souhaite. Il peut aussi venir juste « pour voir » sans avoir à participer à l'activité. Pour les participants, cette possibilité a quelque chose de rassurant. Cela permet, à terme, de favoriser la participation sans forcer les personnes, comme en témoigne l'exemple ci-dessous :

Note d'observation du 10 janvier 2017

Il est prévu qu'un artiste peintre vienne faire un atelier de peinture avec les adhérents. Un participant dans la soixantaine aime beaucoup la peinture, mais il hésite énormément à participer. Il finit par dire qu'il n'ira pas. Je lui demande pourquoi. Il me répond qu'il est trop vieux. Je lui rappelle qu'il peut quand même venir, pour voir, sans être obligé de peindre. J'ai presque la même discussion avec une autre participante dans la soixantaine, qui me dit que ça va être *trop hard pour elle de peindre à cause de l'arthrose qu'elle a dans ses doigts*. Elle m'explique qu'elle *ne peut même plus se coiffer elle-même, se faire son brushing et que c'est pour ça qu'elle doit aller chez le coiffeur régulièrement*. Je lui rappelle aussi qu'elle peut venir juste pour voir à quoi ressemble cet atelier peinture. Quelques jours plus tard, l'atelier peinture a lieu. Le participant dans la soixantaine est présent, mais décrète au début qu'il ne participera pas. Puis il voit les autres commencer à peindre. Il finit par prendre une feuille, un pinceau et à peindre. Il s'arrête là, n'en fait pas plus, mais semble assez content de lui. La participante dans la soixantaine prend également confiance en elle et commence à peindre, malgré ses tremblements. Il faut dire qu'elle n'est pas la seule à trembler. Elle ressort satisfaite de l'activité.

Les observations ont montré qu'il y avait aussi une tolérance vis-à-vis de l'assiduité. Les adhérents et les salariées savent que les personnes ne sont pas toujours en forme ou bien qu'elles peuvent avoir des rendez-vous médicaux et qu'à ce titre, elles ne peuvent être toujours assidues.

Note d'observation du 27 mai 2016

Au début d'une réunion, l'un des participants cinquantenaires s'excuse et explique qu'il doit partir plus tôt pour aller à un rendez-vous avec son infirmier psychiatrique. Il est très embêté par rapport au fait de devoir partir comme ça, il a l'impression de laisser tomber les adhérents. Il a oublié de prévenir plus tôt parce qu'il s'est souvenu le jour-même qu'il avait ce rendez-vous. Les adhérents présents et la salariée le rassurent plusieurs fois, en lui disant : *mais ne t'excuse pas, tu n'y peux rien. C'est pour ta santé, c'est super important. C'est pas grave si tu dois partir plus tôt, t'inquiète pas !* Le participant les remercie et dit qu'il prendra bien connaissance du compte-rendu de la réunion.

Concernant les horaires des activités, ceux-ci ont été pensés pour s'adapter le plus possible aux disponibilités des adhérents. Peu d'activités sont programmées le matin, pour que chacun puisse venir en forme. Le GEM est ouvert de temps en temps le samedi, pour que les adhérents qui travaillent la semaine puissent venir également.

Durant les activités, le rythme s'adapte au fait que les adhérents, y compris les participants, ont souvent besoin de faire des pauses, d'aller prendre l'air. Ceux-ci sont encouragés par les salariées et leurs pairs à s'écouter, à ne pas en faire trop s'ils pensent avoir atteint leur limite. Lorsque des intervenants extérieurs viennent pour animer des ateliers, les adhérents leur expliquent leurs manières de fonctionner, pour éviter que certains de leurs comportements soient mal interprétés : un adhérent qui sort tout le temps ne signifie pas forcément qu'il s'ennuie. Il est probable qu'il ait simplement du mal à rester concentré et qu'il ait besoin de prendre plus de pauses.

Note d'observation du 6 juillet 2016

Un participant soixantenaire s'adresse au peintre qui interviendra dans les semaines suivantes pour lui expliquer certaines choses à propos de la manière dont se déroulent les ateliers au GEM : *tu dois comprendre [prénom du peintre] que pour nous, les adhérents du GEM, c'est dur de rester concentrés pendant longtemps. On a souvent besoin d'aller et venir pour faire des pauses. Plusieurs heures d'effort, c'est long*.

Un autre élément concernant la manière dont les temporalités peuvent être davantage bienveillantes pour les adhérents consiste à répéter les informations importantes. Raymond et al rappellent que « l'accès à une information appropriée et compréhensible est au cœur des processus de participation sociale » (Raymond et al, 2012 :34). Les participants, comme beaucoup d'adhérents, ont des problèmes de mémoire et des difficultés à retenir des informations. Les observations ont montré qu'une transmission efficace des informations au sein du GEM passait par leur répétition, notamment à travers une diversité de supports.

Au début du mois, un programme mensuel des activités élaboré par les adhérents est distribué à tous. Il s'agit d'un calendrier avec des informations relatives aux activités présentes pour chaque jour. Des pictogrammes ont été ajoutés pour que le programme puisse être compris par les quelques adhérents ne sachant pas lire. Les adhérents peuvent aussi se référer à un tableau affiché dans la salle d'activités, où le programme de la semaine est indiqué. Ils doivent également s'inscrire aux activités dans un cahier qui leur est disponible en tout temps et qu'ils peuvent ainsi consulter chaque jour pour se souvenir de leur programme. Outre l'importance de ces supports écrits, les informations sont aussi diffusées et répétées à l'oral. A chaque début d'après-midi se tient un « temps-info » de 30 minutes, au cours duquel un adhérent lit le programme de la journée puis de la semaine. Il donne également des informations relatives aux projets en cours, transmets les réflexions et/ou propositions des diverses commissions, rappelle les dates des réunions importantes, etc. Les observations ont montré que si les mêmes informations étaient parfois répétées plusieurs jours d'affilée, cette répétition garantissait l'accès à une information appropriée et compréhensible pour tous sur la durée.

Le rythme des réunions et des temps de réflexion collective

Les temporalités bienveillantes s'expriment aussi à travers la manière dont les temps de réflexion collective sont organisés. En début de réunion, les adhérents ont un rituel qui consiste à prendre chacun la parole pour donner une note à sa journée (aujourd'hui c'est un 7 sur 10 par exemple), avec un bref commentaire (je suis fatigué aujourd'hui, je n'ai pas très envie de parler, ou bien je suis très motivé, etc.). Cela donne l'occasion à chacun de prendre au moins une fois la parole pendant la réunion mais aussi de pouvoir prévenir les autres si l'on ne se sent pas très bien.

Lors des réunions, le rythme est volontairement ralenti pour que chaque adhérent présent saisisse vraiment le contenu des discussions. Ainsi, le fait de répéter, de réexpliquer les informations (qui peuvent être assez complexes pour des personnes qui n'ont pas l'habitude de l'engagement associatif), de laisser de la place aux questions, ne sont pas considérés comme une perte de temps, mais bien comme une nécessité pour que les adhérents puissent réellement participer. Ceux-ci ont fréquemment recours à des supports

visuels, notamment un grand tableau où les informations importantes sont écrites au fur et à mesure de la discussion, afin de les fixer par écrit et de les avoir sous les yeux pendant le débat. Ce rythme ralenti n'est pas un signe d'inefficacité, bien au contraire. Il est la preuve que la participation des adhérents est prise au sérieux et que le GEM de B se donne les moyens, et donc le temps, de la réaliser.

Lors de ces temps de réflexion collective, les salariées jouent un rôle important. Elles rassurent et confortent la prise de parole des adhérents, y compris des participants, comme cela a été maintes fois observé. Elles répètent à de multiples reprises : *ici, c'est pas l'école, il n'y a pas de vrai ou de faux ! Il n'y a pas de questions bêtes. Moi j'avais compris ça, mais peut-être que je me trompe aussi, qu'en pensez-vous ?* Grard (2011) rappelle que si le GEM est un espace d'expression, il n'est pas toujours évident de libérer sa parole pour des personnes aux parcours difficiles et qui ont souvent perdu confiance en elles. L'anthropologue, qui a lui-même occupé cette fonction, explique que le rôle des salariés consiste à faire surgir la parole, à créer les conditions pour que les personnes puissent réellement s'exprimer et s'investir, dans un cadre rassurant et capacitant.

Au GEM de B, les salariées contribuent également à structurer les débats. Les observations montrent qu'elles proposent par exemple des temps d'arrêt lorsque certaines informations ne semblent pas bien comprises par certains adhérents présents. Les salariées encouragent alors ceux qui ont saisi l'information à l'expliquer aux autres et elles complètent si besoin. Lorsque les débats sont un peu trop éparpillés ou que les adhérents perdent de vue le sujet des discussions, elles peuvent les recadrer : *je crois que vous êtes restés sur le débat d'avant là. Souvenez-vous, sur cette question, vous aviez décidé [telle ou telle chose]*. Elles contribuent aussi à faire émerger les questionnements, notamment en demandant aux adhérents si leurs décisions sont en accord avec les valeurs du GEM, comme on le voit dans cette note d'observation :

<u>Note d'observation du 19 mai 2016</u>

En début de réunion, la salariée propose à un adhérent de rappeler le questionnement auquel la réunion précédente avait abouti, en l'occurrence : faut-il ouvrir la soirée d'anniversaire du GEM au grand public ou bien la réserver aux seuls adhérents ? La question est écrite sur un grand tableau pour que tous les adhérents présents puissent l'avoir devant les yeux. Chacun donne son avis sur la question. La salariée veille à ce que tout le monde puisse prendre la parole, sans pour autant les forcer. Après un premier tour de table, les adhérents envisagent de ne pas ouvrir la soirée au grand public car ils craignent de ne pas pouvoir gérer la situation. La salariée reprend la parole en rappelant les valeurs du GEM : *ok, je comprends, mais n'oublions pas que l'objectif du GEM, c'est de faire changer le regard sur les fragilités psychiques et de s'ouvrir sur la cité. Qu'est-ce que vous en pensez ?* Les adhérents recommencent à débattre avec ce nouvel élément en tête et s'accordent à dire qu'il serait mieux d'ouvrir au grand public, mais qu'il faudra bien s'organiser.

Les différences de rythme sont perceptibles lorsque les adhérents sont confrontés à des partenaires extérieurs lors de réunions où ces temporalités bienveillantes ne sont pas respectées. Les observations ont montré que certains d'entre eux ne faisaient pas toujours l'effort de tenir compte des particularités de fonctionnement des adhérents et de la nécessité

de ralentir la cadence pour leur permettre de s'exprimer et de suivre correctement le fil de la réunion, comme on peut le voir dans la note d'observation suivante :

Note d'observation du 27 mai 2016

Les administrateurs (dont 7 participants) font un débriefing avec l'une des salariées suite à une réunion avec des partenaires extérieurs. Plusieurs mettent en avant le fait qu'ils n'ont pas réussi à suivre le fil de la réunion ni à tenir une position collective face au flot de paroles de ces partenaires :

On est envahi par le flot de paroles extérieures à l'asso. Ce sont des personnes qui parlent bien, qui ont un argumentaire développé. Ils parlent et nous, on dit oui ! (H, 2).

Quand on a voulu parler du sujet, on m'a dit que c'était non. Ça m'a fait mal, mais j'ai rien pu dire (F, 1)

On comprend pas toujours tout, des fois on n'a pas la tête claire ! (H, 1).

On est influencé par leur argumentation, on n'ose pas répondre, on a le sentiment de pas être assez bons (F, 1).

La salariée leur répond : *Non, ce n'est pas que vous n'êtes pas assez bons, c'est juste qu'il faut trouver un autre mode d'argumentation. Il y a des choses en éducation populaire par exemple qu'on pourrait essayer. Il faut trouver des modes d'organisation qui vous permettent de défendre une position.* L'un des participants répond : *On leur donne trop de crédit, il faut désacraliser ces réunions* (H, 2). Une autre renchérit : *Oui, on n'est pas adultes là, c'est dur, on se dévalorise nous-mêmes !* (F, 1). La salariée leur répond : *C'est le fonctionnement des réunions qui doit changer. Vous êtes comme vous êtes. Et vous avez droit d'être audacieux !*

A la fin de la période d'enquête, les adhérents commençaient à réfléchir à de nouvelles règles de prise de parole pour limiter ce genre de déséquilibres.

Un risque d'épuisement à ne pas négliger

Malgré la présence de temporalités bienveillantes, les observations ont aussi montré que pour certains adhérents, notamment ceux qui occupaient des fonctions d'administrateurs, un risque d'épuisement était parfois présent. Parmi les participants administrateurs, plusieurs se plaignaient lors de l'enquête du coût que leur investissement représentait pour eux en termes de temps et d'énergie.

> *Je viens beaucoup au GEM quand même. Je suis très sollicitée aussi étant donné que je suis administratrice. Ouais. Je voudrais arrêter. Il faut toujours prolonger, toujours prolonger ! J'arrêterai jamais si ça continue ! [Rires] J'ai envie d'arrêter parce que ça fait beaucoup de réunions. Et comme je te dis, je suis beaucoup sollicitée. Mais bon, est-ce que je m'ennuierai pas après ? Voilà, c'est ça ! Si je m'ennuie aussi, ça va être un peu moche hein si je m'ennuie aussi ! Qu'est-ce que je vais faire de mes journées ? Bah voilà (F, 1).*
>
> *Faut faire des breaks avant d'installer une maladie. Oser faire un break. Et ça je l'avais déjà dit quand j'étais administrateur, on devrait faire un break tous les 6 semaines etc. Et puis après on oublie, on est pris, il y a tellement de réunions… On continue. Et puis jusqu'au jour où la corde elle casse quoi. Faut pas qu'on arrive au*

burnout. Enfin, c'est pas un boulot, mais c'est un investissement. Moi faut que j'arrive à un moment à me dire stop, je fais rien cette semaine par exemple (F, 1).

Les administrateurs étaient confrontés aux difficultés rencontrées dans nombre d'associations, notamment au stress causé par les responsabilités et le sentiment d'insécurité lié aux demandes de renouvellement des subventions. Comme l'écrit Grard, « cette inscription dans un projet comporte, malgré les idéaux sous-jacents, une part de violence : demander soudain à des personnes que l'on a toujours « portées », prises en charge, de s'autonomiser et d'être responsables – légalement notamment – d'une association, avec l'anxiété que cela peut engendrer ne se fait pas sans heurts » (2011 :111). Ce risque d'épuisement et d'anxiété n'est pas propre au GEM de B, il a aussi été observé dans d'autres GEM (ANCREAI, 2017).

Notons que ce risque d'épuisement existe aussi pour les salariées, qui doivent consacrer de nombreuses heures à la recherche de financements supplémentaires, ce qui représente autant d'heures et d'énergie qu'elles ne peuvent dédier à leur travail de soutien auprès des adhérents.

Pour répondre à ces difficultés, les adhérents du GEM de B ne sont pas restés inactifs. Peu de temps après l'enquête de terrain, ils ont commencé à tester un autre type de gouvernance, sous forme de co-présidence (tous les administrateurs sont désormais co-présidents), afin de mieux répartir les responsabilités et éviter que des administrateurs soient sur-sollicités par rapport à d'autres.

III Un lieu approprié collectivement

Comme l'exigent les textes de loi, le GEM de B dispose « de locaux adaptés à [son] objet et bien identifiés et en tout état de cause distincts des lieux de soins ou d'accompagnement médico-social » (arrêté du 18 mars 2016). Nous avions déjà souligné dans le chapitre 4 que les participants témoignaient d'un vif attachement à l'égard de ce lieu. Dans cette dernière section, nous proposons d'analyser la manière dont l'espace du GEM a été pensé et construit afin qu'il puisse d'une part être approprié par ses adhérents et d'autre part favoriser l'émergence du lien social.

1 Avoir un lieu à soi

Le GEM loue depuis plusieurs années un local au sein d'un centre social[133]. L'espace dont disposent les adhérents consiste en une salle commune où se déroulent la plupart des activités, un petit bureau avec deux ordinateurs, une arrière-cuisine comprenant un évier, une machine à laver et des espaces de rangement, ainsi que des toilettes et une douche. Les locaux sont accessibles aux personnes à mobilité réduite, ce qui permet aux participants utilisant une canne ou un déambulateur de circuler de manière autonome. L'accessibilité du lieu est un élément très important car c'est un facteur qui peut influencer la fréquentation du GEM. C'est ce que montre le témoignage de cette participante, qui ne venait pas au GEM lorsque celui-ci était précédemment situé dans des locaux qui n'étaient pas accessibles, avant que les adhérents ne s'installent au centre social :

[133] En France, un centre social désigne un équipement de quartier à vocation sociale géré par une association ou une institution, ouvert à tous et qui s'appuie sur la participation des habitants.

ENQ : tu as connu le GEM dans l'ancien local ? REP : Non. Je savais qu'il existait. Mais compte-tenu des marches et tout, c'est pas… C'était un moment où j'avais pas envie de me faire aider par quelqu'un, peut-être un peu d'orgueil. J'aime bien ici le fait d'être de plain-pied quoi. Donc je suis jamais allée (F, 1).

Il arrive que des réunions du centre social se tiennent dans le local du GEM lorsqu'aucune autre salle n'est disponible dans le reste du bâtiment. Mais cet espace reste clairement identifié comme le local du GEM, du fait des usages – les adhérents l'occupant presque quotidiennement – mais aussi grâce aux nombreux marqueurs d'appropriation présents dans leur salle, que nous allons entre autres étudier dans cette section. Les observations ont permis de constater que les locaux du GEM ne pouvaient être considérés comme une simple salle d'activité dont disposeraient les adhérents. C'est aussi un espace où de nombreux mécanismes d'appropriation sont à l'œuvre.

1.1 Un espace marqué par une histoire collective

Le GEM doit être un lieu que les adhérents puissent investir et s'approprier. L'espace y est marqué par une histoire collective, qu'on peut lire à travers les nombreuses décorations et objets présents dans la salle commune. On y trouve des photos de vacances ou de sorties, des articles de journaux parlant du spectacle de théâtre des adhérents ou bien d'une conférence organisée par le GEM, des peintures ou des dessins réalisés par les adhérents, des cartes postales qu'ils ont envoyées à l'association pendant leurs vacances, le maillot d'un adhérent qui portait les couleurs du GEM lors d'un marathon, etc. Ces nombreux marqueurs contribuent au développement d'un certain attachement émotionnel à l'égard d'un lieu qu'on partage avec d'autres, avec qui on a vécu des choses. L'espace est ainsi porteur d'une mémoire collective, il préserve les souvenirs communs, valorise ce qui a été accompli et matérialise la présence des adhérents. Tous ces marquages contribuent à faire du GEM de B un espace approprié où chacun peut trouver des repères qui vont faire sens pour lui, qui vont lui rappeler un souvenir, un accomplissement, etc. Cela renvoie les adhérents au fait qu'ils font partie du collectif, que le GEM est un espace où ils ont leur place, ce qui contraste avec leur manque de prises dans de nombreux espaces dans la ville.

Le GEM de B n'est donc pas un espace qui, en amont, aurait été produit pour les adhérents, bien au contraire. Ce sont les adhérents qui produisent cet espace et le décorent à l'image du collectif. C'est ce qui permet entre autres le développement d'un attachement affectif, c'est-à-dire « du sentiment de se sentir chez soi quelque part. Ce sentiment d'appropriation se transforme alors en sentiment d'appartenance. Le rapport aux lieux est vécu comme réciproque : un lieu est à nous parce qu'on est à lui, il fait partie de nous parce que nous faisons partie de lui » (Ripoll et Veschambre, 2006 :299).

1.2 Un usage libre de l'espace du GEM

« Avoir un lieu à soi, une salle accessible, pour un collectif, c'est donc pouvoir s'en servir de façon relativement autonome, c'est-à-dire de la façon que l'on veut, avec qui on veut, mais aussi au moment où l'on veut. C'est ne pas être obligé de demander une autorisation avant chaque usage » écrit Ripoll (2005 :11).

Les adhérents ont un usage « autonome » de l'espace du GEM, c'est-à-dire qu'ils peuvent « user de [cet] espace librement ou du moins sans contrainte sociale explicite » (Ripoll et Veschambre, 2006 :298). Les adhérents n'ont pas à demander l'autorisation pour aller aux toilettes ou se servir un café. Ils peuvent afficher des informations ou des décorations sur le mur s'ils en ont envie. Ils sont libres d'aller et de venir. Ces actes courants peuvent sembler très anodins, mais ils ne le sont pourtant pas pour des personnes, y compris les participants, qui ont connu et connaissent encore des lieux de soins où les règles d'usage peuvent contraindre les comportements de manière assez rigide.

Mais comme le remarque l'ANCREAI, « ce changement de posture demande parfois du temps, une forme d'apprentissage comme en témoigne une adhérente rencontrée [au cours de leur enquête] qui évoque le sentiment d'infantilisation ressenti dans les lieux de soins, au sein desquels les actes les plus courants (aller aux toilettes, se servir du café, etc.) sont soumis à l'autorisation des professionnels » (2017 :62). Ainsi d'après les observations, les salariées du GEM de B doivent régulièrement rappeler aux adhérents qu'ils sont libres de faire ce qu'ils souhaitent dans leur local. Cette note d'observation, qui met en scène un participant soixantenaire, montre que malgré des années de fréquentation du GEM, celui-ci peine encore à se débarrasser des habitudes prises dans les lieux de prise en charge psychiatrique pour des actes aussi courants que préparer du café par exemple :

<u>Note d'observation du 8 février 2017</u>

L'un des participants soixantenaires est le premier adhérent qui arrive au GEM aujourd'hui. Une des salariées est déjà présente. Le participant entre dans la salle commune et demande : *Je peux faire du café ?* La salariée lui répond : *Bah, pourquoi tu me demandes l'autorisation ?* Il répond : *Ah oui, c'est l'habitude tu sais*. Il fait le café mais en renverse partout parce qu'il souffre de tremblements. Il s'exclame : *Ah j'en ai mis partout ! Qu'est-ce que je fais ?* La salariée lui répond : *Bah tu fais comme tu fais chez toi quand tu renverses du café, non ?* Il se met à rire et répond : *Bah oui c'est vrai, je suis bête*. Il va chercher une éponge et nettoie la table.

Le seul espace dont les usages sont davantage contraints au GEM est celui du petit bureau, majoritairement occupé par les salariées. Il reste un lieu accessible aux adhérents, mais ceux-ci doivent frapper pour rentrer. Cela s'explique par le fait que c'est en ce lieu que se déroulent certaines discussions nécessitant de la confidentialité, comme l'accueil d'une nouvelle personne, un adhérent qui veut se confier à une salariée, des réunions entre administrateurs, etc. Les salariées et les adhérents s'occupant d'une tâche spécifique (rédiger un rapport d'activité, compléter une demande de subvention, passer un appel téléphonique, etc.) ont également besoin de cet espace calme pour s'isoler du bruit venant de la salle commune.

1.3 Un espace à la charge des adhérents, dont ils doivent s'occuper

L'appropriation est liée à la possibilité de maîtriser l'espace qu'on occupe (Ripoll et Veschambre, 2006). Avoir un espace à soi, cela peut donc aussi impliquer d'en avoir la responsabilité. En plus d'avoir à exercer leur pouvoir décisionnel, les adhérents sont aussi en charge de leurs locaux, autant en ce qui concerne le mobilier et la décoration que le

rangement, le ménage, etc. Les observations montrent que les participants s'impliquent au même titre que les autres adhérents, selon bien entendu leurs capacités physiques. Ils s'impliquent dans diverses tâches comme plier le linge, passer le balai, nettoyer les tables, compter la caisse, sortir et ranger le matériel, etc. Notons que pour certains, ce sont des tâches qu'ils n'effectuent pas lorsqu'ils sont chez eux.

L'implication peut aussi passer par le fait de donner son avis sur une question concernant le local. Là encore, les salariées sont souvent dans l'obligation de rappeler aux adhérents qu'ils sont en charge de prendre leurs propres décisions, comme on peut le voir dans cette note :

Note d'observation du 29 juin 2016

Un membre du centre social vient prévenir les adhérents du GEM qu'un café de B donne des fauteuils gratuitement. L'une des salariées fait remarquer aux adhérents présents que cela pourrait être intéressant pour le GEM. Les quelques adhérents présents, dont deux participants, après discussion, décident de s'y rendre avec le minibus pour aller voir ces fauteuils. Un échange se déroule entre les adhérents et la salariée :

- *(H, 2) : Mais tu viens pas avec nous ?*
- *Salariée : Bah non pourquoi ?*
- *(F, 2) : Pour nous dire si les fauteuils conviennent ou pas.*
- *Salariée : Bah non, c'est à vous de décider, pas à moi ! A vous de voir si ça vous paraît bien pour la salle. Pensez peut-être aux personnes qui ont du mal à se déplacer.*

Finalement les adhérents reviennent sans les fauteuils, expliquant à leur retour qu'ils leur paraissaient trop abîmés et trop encombrants.

L'ANCREAI souligne que « la comparaison avec les structures soignantes fréquentées ou avec le milieu familial pose le GEM comme un lieu tolérant où l'on jouit d'une liberté, où on peut prendre des initiatives et où les règles sont réduites à l'essentiel (des règles approuvées par les membres et nécessaires à l'harmonie du groupe) et dont la fréquentation est responsabilisante » (2017 :30). Nous avons vu dans le chapitre consacré au logement que les participants peinaient parfois à entretenir leur domicile, leur donnant ainsi le sentiment de manquer de maîtrise vis-à-vis de leur espace. Au GEM, les participants font une expérience différente. Leur local est un espace qui est entretenu collectivement, dont la responsabilité est assumée par l'ensemble des adhérents, ce qui est rassurant. Même s'ils en ont la charge, il y a moins de risques qu'ils se sentent débordés par cette responsabilité, celle-ci étant partagée avec le collectif. On peut faire l'hypothèse que cela facilite l'appropriation de cet espace.

2 Organiser l'espace pour favoriser les échanges

Les observations ont montré qu'au GEM de B, l'espace était organisé et aménagé de sorte à faciliter les échanges entre adhérents.

2.1 Créer un espace chaleureux, similaire à un chez-soi

Un premier levier identifié consiste à créer une ambiance chaleureuse, qui favorise le sentiment d'être chez soi dès que les adhérents pénètrent dans les locaux du GEM. Pour Raymond et al, « une ambiance propice à la participation sociale est décrite comme étant tissée de respect et de convivialité. S'il n'est pas toujours évident de décrire l'essence de cette atmosphère, ses effets sont néanmoins tangibles : les personnes qui participent se sentent bien et peuvent se développer sur le plan personnel. Souvent, ce genre de climat est comparé aux liens de proximité vécus dans une famille » (2012 :16). En l'occurrence, on peut identifier plusieurs éléments qui contribuent à créer un lieu chaleureux, au regard de la manière dont l'espace est organisé et pratiqué.

Lors des heures d'ouverture, la porte de la salle commune reste généralement ouverte. Quand une personne entre, elle est immédiatement saluée par les adhérents présents dans la pièce. Tous se font la bise ou se serrent la main, se tutoient et s'appellent par leur prénom.

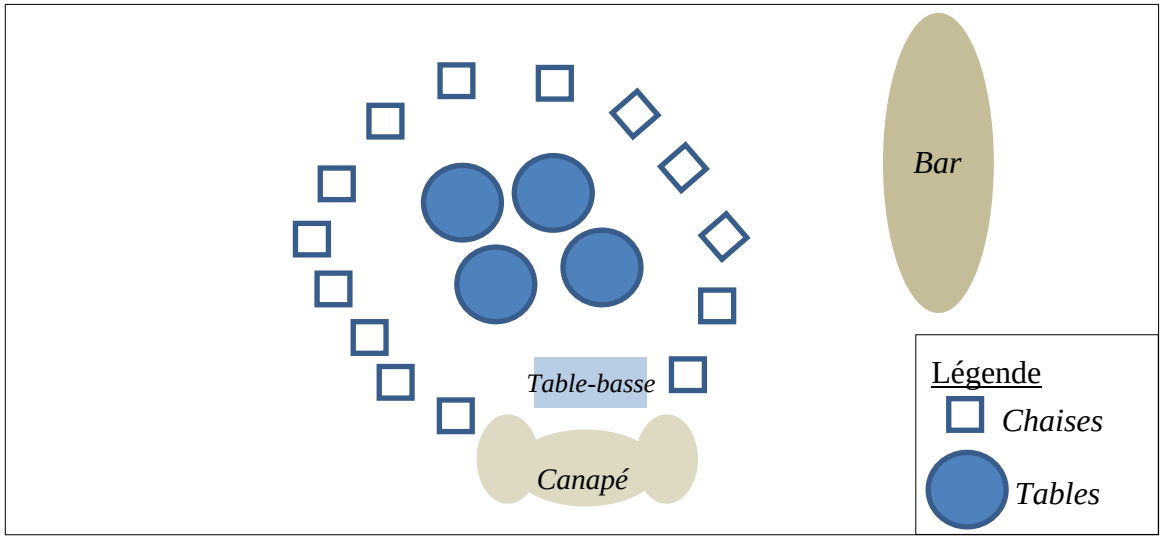
La pièce comporte de nombreux éléments qui font penser à l'intérieur d'une maison, ce qui renforce le sentiment d'être comme dans un chez soi. Un porte-manteau situé à l'entrée permet de poser ses affaires. Les murs ont été peints avec des couleurs lumineuses. Des chaises, des fauteuils et une table-basse permettent de s'asseoir confortablement ou de se reposer le temps d'une sieste. Des plantes, des photo-souvenirs, des cartes postales décorent la pièce. Les adhérents ont même fait l'acquisition d'un poisson, qu'ils nourrissent et dont ils changent l'eau de l'aquarium à tour de rôle. Derrière un bar en bois, construit par des adhérents lors d'un atelier de menuiserie, se trouvent un frigidaire, un micro-onde, une machine à café ainsi que tout le nécessaire pour servir à boire aux adhérents. C'est un coin de la pièce où il est fréquent d'observer les participants discuter autour d'un café, de même que dans les fauteuils situés près de la table-basse. Ces micro-espaces favorisent les discussions en petits groupes, dans une atmosphère conviviale.

2.2 Jouer sur l'aménagement physique de l'espace

Un autre levier pour favoriser les interactions sociales à l'intérieur du GEM consiste à modifier l'aménagement physique de l'espace, selon les besoins et le type d'interactions qu'on souhaite provoquer. L'idée consiste à créer des situations qui suscitent l'échange en modifiant l'organisation de la salle commune, en particulier à l'aide de petites tables rondes qui peuvent être facilement déplacées par les adhérents.

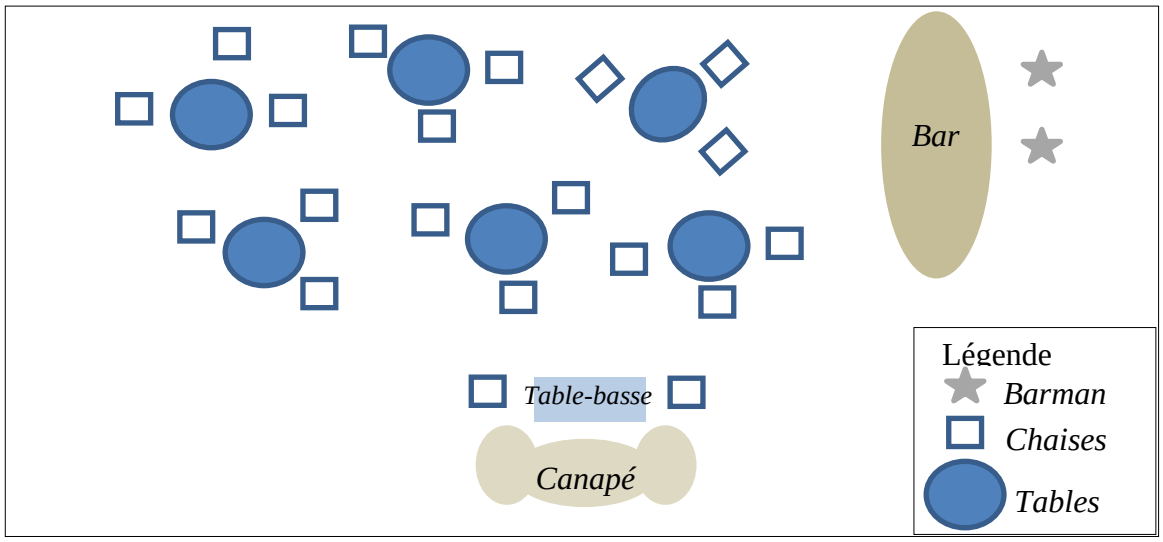
Un premier exemple d'utilisation du mobilier en vue de susciter les échanges est observable lors du « temps-info » qui se déroule chaque début d'après-midi et que nous avons déjà évoqué dans les sections précédentes. Là, les adhérents disposent les chaises en cercle, afin que chacun puisse écouter les informations données par l'un d'entre eux qui se charge de rappeler le programme de la semaine. D'autres informations sont échangées à ce moment. Les adhérents engagent des discussions collectives sur divers sujets : commentaires ou retours sur une sortie ou une réunion, proposition d'activités, recherche d'adhérents bénévoles sur tel ou tel projet, etc. En arrangeant les chaises pour former un cercle, les adhérents se retrouvent en position d'écoute et d'échanges en grand groupe.

Figure 43 : Les chaises disposées en cercle pour le « temps info » au GEM de B
Painter S., 2018 – Source : enquête 2016-2017



Un autre exemple s'avère particulièrement frappant pour comprendre la manière dont l'utilisation de l'espace peut avoir une influence sur les interactions sociales qui s'y déroulent. Chaque vendredi après-midi, le GEM de B se transforme en café. Dès 14h, les adhérents disposent une dizaine de petites tables partout dans la pièce, reproduisant l'intérieur d'un café dont ils seraient les clients. Deux adhérents, qui changent chaque semaine, se tiennent derrière le bar. A la manière de barmans, ils prennent les commandes, préparent les boissons et encaissent l'argent. La plupart des participants se portent régulièrement volontaires pour tenir le bar. Les tarifs des boissons sont accessibles, autour de 30 à 50 centimes, pour que tous puissent consommer quelque chose. Les adhérents sont autonomes sur cette activité, les salariées ont très peu besoin d'intervenir pour les épauler. A la fin de la journée, ils rangent ensemble les tables et les chaises.

Figure 44 : Reproduire au GEM de B l'intérieur d'un café en utilisant le mobilier
Painter S., 2018 – Source : enquête 2016-2017



Nous avions vu dans le chapitre 5 qu'il était difficile pour plusieurs participants de fréquenter les cafés, notamment parce qu'ils étaient seuls, qu'il pouvait être trop tentant de boire de l'alcool ou encore parce qu'ils étaient rejetés par la clientèle et/ou les serveurs. C'est peut-être ce qui explique en partie pourquoi ce bar sans alcool est un temps aussi apprécié des participants (et de l'ensemble des adhérents), qui ont fréquemment cité cette activité comme l'une de leurs préférées au GEM. Au cours de ces après-midis, plusieurs dizaines d'adhérents viennent boire un café, puis repartent chez eux. Certains restent jusqu'à la fin, ce qui est le cas de la plupart des participants. Les adhérents discutent, rient, échangent des informations ou bien viennent juste boire un café et profiter de l'ambiance. C'est un moment qui leur permet de se rapprocher de la vie sociale ordinaire, à laquelle ils n'ont pas toujours accès, comme nous l'avons vu dans les chapitres précédents.

Ces exemples montrent comment les adhérents utilisent l'espace pour faciliter les échanges, construire du lien à l'intérieur du GEM et ainsi faire vivre leur collectif d'entraide. La manière dont les espaces sont pensés, organisés et pratiqués influence le type d'interactions sociales qui s'y déroulent. Il s'agit en l'occurrence de créer des situations favorisant l'émergence d'échanges spontanés et informels, d'avoir des relations qui s'inscrivent dans le cadre d'interactions ordinaires, comme discuter autour d'un café. Les adhérents reconstruisent ainsi au sein du GEM un espace qui ne leur est pas accessible à l'extérieur, dans le reste de la ville.

3 Maintenir un cadre rassurant et bienveillant

S'il s'agit de favoriser les échanges spontanés et informels, cela ne signifie pas qu'il n'y existe pas de cadre pour circonscrire *a minima* les échanges. L'ANCREAI souligne que « les activités proposées au GEM sont un des supports de la rencontre, une expérience de vie qui se rapproche de la vie sociale ordinaire (qui ne passe plus par la médiation d'un professionnel mais s'établit malgré tout dans un cadre « protégé » qui comprend une forme de régulation) » (2017 :43).

3.1 Un lieu de tolérance vis-à-vis de comportements dérogeant à la norme

Les observations indiquent que les participants ont parfois des manières particulières de se tenir dans l'espace. Parfois, c'est parce qu'ils ont des problèmes de santé physique. Certains ont des douleurs, des tremblements, des limitations motrices ou ne se tiennent plus droit. Plusieurs participants ont du mal à marcher correctement, ils perdent facilement l'équilibre et ont besoin d'une canne ou d'un déambulateur pour se déplacer. Mais d'autres comportements et caractéristiques des corps peuvent aussi être observés. Il arrive que les participants s'endorment au beau milieu d'une activité, que certains fixent un point pendant de longues minutes et semblent déconnectés de ce qui les entoure. Certains n'enlèvent jamais leur manteau et leur sac-à-dos de la journée. D'autres portent toujours les mêmes vêtements, sans les laver régulièrement. Les manières de parler, de même que les sujets de conversation peuvent parfois paraître inhabituels pour l'observateur extérieur. Certains participants évoquent des voix qu'ils entendent ou tiennent des propos étranges sur le monde. Certains bégayent, oublient des mots, oublient le fil de leur pensée. D'autres répètent inlassablement la

même phrase ou ressassent le même sujet de conversation. D'autres encore ont des fous rires incontrôlés, qui surviennent lorsqu'ils sont fatigués, même s'ils n'ont pas envie de rire.

Toutes ces manières particulières de se tenir dans l'espace correspondent à ce que Pinfold (2000) appelle des « *unorthodox normalities* » (normalités non-orthodoxes), qui désignent les différences que certaines personnes en fragilité psychique laissent transparaître à travers leurs expressions corporelles et/ou leurs comportements. Celles-ci ne sont pas spécifiques aux participants, on les retrouve aussi chez des adhérents plus jeunes. Rappelons que le GEM est un espace d'entraide entre pairs. Dans la plupart des espaces publics, ces « *unorthodox normalities* » sont considérées comme dérangeantes ou inappropriées. Elles peuvent susciter des remarques, voire faire l'objet d'attitudes de rejet de la part des passants, comme on l'a vu dans le chapitre 5. Mais au sein du GEM de B, elles sont tolérées. Elles constituent même, en quelque sorte, la norme.

> *De toute façon maintenant, moi [les tremblements] ça fait partie de ma pathologie. Vous, vous avez autre chose. Donc comme on est tous là parce qu'on a quelque chose, voilà (F, 2).*

3.2 La présence rassurante des salariées

Le rôle des salariées dans la structuration des temps de réflexion collective a été souligné dans la deuxième section du chapitre. Mais les observations montrent également que les salariées veillent à préserver une atmosphère conforme aux valeurs de l'association à l'intérieur du collectif, en étant attentif au groupe mais aussi à chaque adhérent individuellement. Par leur présence, elles contribuent au maintien d'un cadre rassurant et bienveillant au sein du GEM.

Les salariées jouent un rôle dans la médiation des conflits entre adhérents. Nous avons vu que le GEM était un lieu de tolérance vis-à-vis de la différence. Les adhérents y cultivent les valeurs d'entraide, de respect et de bienveillance. Le partage de valeurs communes est d'ailleurs un aspect très important pour favoriser la participation sociale des personnes (Raymond et al, 2012). Un règlement intérieur a été construit et décidé collectivement afin de fixer certaines règles de conduite. Comme l'a constaté l'ANCREAI à propos des GEM qu'elle a étudiés, « si la souplesse du fonctionnement est plébiscitée, la présence de règles est perçue cependant indispensable, dans la mesure où une régulation des interactions sociales se pose, comme dans tout espace social de droit commun » (2017 :31). En cas de non-respect de ces règles, des mesures d'exclusion ont été prévues par le GEM de B, bien qu'il soit extrêmement rare que l'association y ait recours. Parmi ces règles, on trouve par exemple le respect d'autrui, l'interdiction de venir au GEM en état d'ivresse, etc.

Comme dans tout groupe de personnes, des tensions et des disputes peuvent éclater. Les observations indiquent que celles-ci concernent généralement deux individus entre eux ou bien un individu face à un groupe. Plusieurs participants ont notamment évoqué lors des entretiens avoir des difficultés à s'entendre avec certains adhérents, en particulier l'un d'entre eux leur faisant régulièrement des remarques désobligeantes sur leur âge. En cas de conflit, les adhérents sont dans un premier temps encouragés à régler le problème entre eux. Mais lorsque cela n'est pas ou plus possible, les salariées peuvent jouer le rôle de médiatrices dans le conflit, notamment en rappelant le règlement aux adhérents qui ne respecteraient pas les règles de conduite.

Bah avec [prénom d'un adhérent] une fois j'ai eu une remarque, je sais plus trop comment ça s'est passé, il m'avait envoyé balader. Moi j'avais même pas réagi, c'est [prénom d'une adhérente] qui m'avait un petit peu sauvée, elle a réagi, elle a été voir [prénom d'une salariée] qui l'avait remis en place. Ça date maintenant (F, 1).

Si le conflit devient trop important ou dure dans le temps, les administrateurs élus parmi les adhérents du GEM peuvent aussi intervenir pour trouver des solutions.

Les salariées sont parfois amenées à rappeler les valeurs du GEM aux adhérents, comme on le voit dans cette note d'observation :

Note d'observation du 10 janvier 2017

Pendant une réunion des adhérents, une adhérente d'une quarantaine d'années intervient à plusieurs reprises pour parler de ses problèmes personnels. A chaque fois, elle monopolise la parole pendant plusieurs minutes. Certains adhérents manifestent de plus en plus d'agacement à chacune de ses interventions, car elle empêche la réunion d'avancer. Lorsqu'elle prend à nouveau la parole, ces mêmes adhérents se mettent à pouffer bruyamment et à lui dire « *chut !* » un peu brutalement. La salariée présente prend alors la parole en leur rappelant : « *un peu de bienveillance s'il-vous-plait !* ». Elle se tourne vers l'adhérente en question et lui explique que ce n'est pas le moment d'évoquer ses difficultés personnelles pendant la réunion mais qu'elle pourra en parler après, ce qui a pour effet de la rassurer. La réunion peut alors reprendre.

Un autre signe de la présence rassurante des salariées réside dans les réticences qu'ont les adhérents, y compris les participants, à ouvrir le GEM si elles ne sont pas là. Cette question de l'ouverture sans les salariées fait régulièrement l'objet de débats entre les adhérents. Certains sont pour, mais beaucoup, dont certains participants, craignent que des incidents éclatent (conflits entre adhérents, crise d'épilepsie ou malaise d'un adhérent, etc.) et qu'ils ne puissent pas gérer la situation sans les salariées. Au moment de l'enquête, lorsque les deux salariées étaient absentes, les adhérents décidaient le plus souvent de ne pas ouvrir le GEM, car ils jugeaient cette responsabilité trop lourde. A la fin de l'enquête de terrain, des adhérents avaient essayé de mettre en place une plage horaire hebdomadaire de quelques heures ouverte sans salariées, sous la forme d'une activité autour de jeux de société. Néanmoins, très peu d'adhérents se rendaient au GEM ce jour-là, préférant venir sur des temps où les salariées étaient présentes.

Conclusion du chapitre 8

Dans ce chapitre, nous avons étudié le GEM de B en tant qu'il constitue un espace-ressource pour les participants. Le GEM est perçu par les participants comme un point d'ancrage essentiel au sein des espaces de vie, d'abord parce que la fréquentation de ce collectif de pairs leur fait du bien et les aide à aller mieux. Ils y trouvent des personnes avec qui ils peuvent échanger et nouer des relations beaucoup plus facilement que dans les autres espaces qu'ils fréquentent au quotidien, ce qui donne au GEM son caractère unique. Si les autres adhérents ne sont pas décrits comme des amis à proprement parler, le fait d'appartenir à un collectif et de pouvoir avoir des interactions sociales régulières vient compenser en partie le sentiment de solitude qui prévaut dans le quotidien des participants. C'est un espace de tolérance vis-à-vis des différences, où ils peuvent être eux-mêmes, sans avoir à camoufler leurs particularités ou leurs difficultés. Rappelons que les personnes en situation de handicap sont souvent soumises dans les espaces publics à des pressions qui les poussent à devoir « se comporter aussi normalement que possible » (Hansen et Philo, 2007 :496).

Le GEM de B est également un espace où les participants peuvent s'engager tout autant que les adhérents plus jeunes, grâce à des conditions favorables construites collectivement pour répondre aux besoins de tous, dans un lieu où l'âge n'est pas un frein à la participation. Il est donc aussi un espace capacitant, c'est-à-dire qu'il donne aux participants la possibilité d'agir, s'ils le souhaitent, sans pour autant que leur participation soit forcée ou bien cadrée par des normes inadaptées ou trop exigeantes.

Le GEM de B est un espace dont la fréquentation procure un sentiment de contrôle pour les participants. Il apporte davantage de structuration dans le quotidien, avec des repères temporels qui ponctuent les journées. Et en même temps, la fréquentation y est libre, chacun décide de venir ou non, sans avoir à se conformer à des objectifs d'insertion ou de développement de l'autonomie, ce qui est pourtant très souvent le cas dès lors qu'il s'agit d'activités de loisirs proposées à des personnes en situation de handicap (Lantz, 2017). Le GEM de B met d'abord l'accent sur le lien social, le plaisir et le choix des individus, plutôt que sur l'obtention de bénéfices précis en termes de santé ou d'autonomie. Nous avons vu également qu'il s'agissait d'un espace sur lequel les participants pouvaient avoir des prises, qu'ils pouvaient investir et s'approprier, tant qu'ils respectaient les autres adhérents présents.

Ce chapitre montre que la participation s'apprend et se réalise progressivement, qu'il s'agit d'un processus qui, pour chaque adhérent, commence par reprendre confiance en soi et dans les autres, s'apercevoir que sa parole est légitime et que son avis compte. L'étude du GEM de B montre que ce processus requiert un cadre bienveillant et horizontal, dépouillé des rapports de pouvoir traditionnels qui étouffent la voix de ceux qui sont perçus comme inaptes dans notre société. Surtout, ce processus demande du temps, car la participation peut s'avérer éprouvante si les choses ne sont pas faites progressivement, si la personne se sent brusquée. Afin que la participation soit réelle, les adhérents ont ainsi construit au sein de leur association des temporalités bienveillantes, qui consistent à aménager le temps de sorte qu'il s'accorde avec le rythme des personnes et non l'inverse. Ces temporalités bienveillantes sonnent comme une résistance collective à l'accélération du temps que connaissent nos sociétés modernes (Rosa, 2010), qui laisse sur le bas-côté ceux qui ne peuvent suivre la cadence, parmi lesquels on trouve les participants. L'étude du GEM de B montre comment

l'adoption d'un autre rapport au temps, plus attentif aux rythmes des individus, peut favoriser leur participation sociale. Ces réflexions font ainsi écho aux travaux portant sur la critique de l'accélération des temporalités urbaines et la revendication des pratiques dites *slow*, où la lenteur n'est pas synonyme de mollesse ou d'inaction, mais est au contraire un objet de valorisation, associé à un certain art de vivre, au fait de profiter de l'instant présent, de s'ancrer localement, etc. (Godillon et al, 2015).

L'analyse a ainsi permis de dégager les éléments qui font du GEM de B un espace à part, différent de tous les autres espaces que les participants fréquentent au quotidien. Les participants viennent y chercher ce qu'ils ne parviennent pas à trouver ailleurs : un accès à la vie sociale, aux loisirs, à la participation sociale, mais aussi le fait de pouvoir être traité avec respect et dignité, se sentir citoyen et s'engager dans des projets, nouer des relations d'entraide, retrouver de la confiance en soi, se sentir valorisé et accepté pour ce qu'ils sont, prendre le temps de faire les choses à leur rythme et, tout simplement, avoir du plaisir. Ainsi, si ce chapitre a porté sur ce qui se déroule à l'intérieur du GEM, il dresse aussi en miroir le portrait d'une ville insuffisamment inclusive pour ces personnes, mais aussi pour l'ensemble des habitants, comme le suggère ce participant :

> *Si dans la société, on adoptait les mêmes attitudes de bienveillance qu'ici au GEM, ça irait beaucoup mieux du côté de la santé mentale de la population (H, 2).*

Chapitre 9 – Des géographies individuelles aux pratiques collectives : s'ouvrir et agir sur la ville par l'intermédiaire du GEM

Le GEM de B participe à la construction des géographies quotidiennes des participants en leur proposant dans la ville un espace à la fois ressource et capacitant, qui leur permet d'aller mieux, de faire des activités en groupe et de s'investir dans une association. Si le chapitre précédent s'intéressait plutôt à ce qui se déroule à l'intérieur du GEM, ce dernier chapitre propose d'étudier les liens que les participants tissent avec la ville par le biais de leur association. Quels sont ces liens et comment sont-ils construits ? En quoi favorisent-ils l'inclusion dans la ville des participants ?

L'ouverture des GEM sur la ville est une mission de plus en plus mise en avant dans les textes officiels (ANCREAI, 2017). L'arrêté du 18 mars 2016 reconnaît aux GEM une « fonction d'insertion dans la cité » et encourage fortement l'établissement de partenariats avec les acteurs du territoire, tels que les collectivités territoriales, les structures de soins et d'accompagnement, les acteurs de l'insertion sociale et professionnelle, « mais également, et de façon aussi importante, les champs de la vie sociale et culturelle ». C'est tout particulièrement ce dernier point auquel nous allons nous intéresser dans ce chapitre, eu égard aux nombreuses contraintes rencontrées par les participants dans les domaines de la vie sociale et des loisirs, mises en lumière dans la deuxième partie de la thèse.

Cette fonction « d'insertion dans la cité » des GEM, telle qu'elle est formulée dans les textes officiels, reste assez floue et mérite d'être davantage explorée. En quoi consiste-t-elle précisément ? Comment le GEM de B met-il en œuvre cette mission ? Dans quelle mesure l'ouverture du GEM sur la ville permet-elle aux participants de retrouver des prises sur les espaces de la ville, et donc de favoriser leur inclusion ?

La première section porte sur la manière dont le GEM permet de diversifier les géographies quotidiennes des participants, d'une part à travers le fait qu'il soit situé à l'intérieur d'un centre social et d'autre part grâce aux sorties organisées entre adhérents. Ces éléments aident les participants à retrouver quelques prises sur des espaces qu'ils ne fréquenteraient pas ou peu sans l'intermédiaire du GEM. La deuxième section complète l'analyse des expériences que les participants font des espaces dans le cadre des sorties entre adhérents. Nous verrons que si ces sorties leur permettent d'être présents physiquement dans les espaces, une distance sociale peut s'ériger entre les participants et les autres personnes présentes, les maintenant ainsi dans une forme d'entre-soi. Nous verrons que les adhérents, ayant pris conscience de la nécessité de faire changer les regards des populations sur les personnes en fragilité psychique, ne restent pas passifs face à cela. Ils ont notamment décidé de faire de l'ouverture sur la ville un axe prioritaire de leur projet associatif. La troisième section a ainsi pour objectif d'analyser la manière dont le GEM de B se saisit de sa mission d'ouverture sur la ville, en regardant comment les adhérents la mettent en œuvre concrètement. Deux types d'actions seront étudiés : d'une part les actions de sensibilisation vis-à-vis des fragilités psychiques et d'autre part les projets orientés vers la création de liens avec les populations habitantes. Nous verrons qu'à travers cette deuxième catégorie d'action, le GEM de B se positionne en tant qu'acteur de la vie sociale et culturelle locale. Cette

stratégie offre alors aux participants la possibilité d'exercer en partie leur droit à la ville, jusque-là largement bafoué par les multiples contraintes à l'appropriation et aux pratiques des espaces de la ville qu'ils rencontrent quotidiennement.

I Diversifier les géographies quotidiennes par l'intermédiaire du GEM

L'analyse montre que le GEM permet de diversifier les géographies quotidiennes des participants. Le fait que les locaux de l'association soient situés à l'intérieur d'un centre social est un premier élément majeur car cela leur permet de côtoyer des personnes extérieures à l'association. On s'intéressera également dans cette section aux sorties entre adhérents, qui permettent aux participants de retrouver quelques prises sur des espaces qu'ils ne fréquenteraient pas sans l'intermédiaire du GEM. Enfin, on étudiera la manière dont le GEM influence le rapport des participants à leur logement, favorisant un peu plus l'appropriation de leur chez-soi.

1 Un GEM situé dans un centre social

1.1 Une acception progressive du GEM au sein du centre social

Le GEM de B a la particularité de se situer dans un centre social. En plus d'offrir un ensemble de services à la population, un centre social est aussi un lieu d'initiatives locales, d'échanges et de développement du lien social. Inscrit dans le mouvement de l'éducation populaire, ses valeurs de référence sont la dignité humaine, la solidarité et la démocratie.

Avant la création du GEM, le centre social de B avait déjà constaté la présence de personnes en fragilité psychique et/ou de patients de la psychiatrie parmi ses adhérents. Ces personnes n'avaient alors aucune structure adaptée à leurs envies et leurs besoins. Lorsque l'idée de créer un GEM à B a émergé, le directeur du centre social de l'époque a soutenu la proposition d'installer ce nouveau dispositif à l'intérieur du centre social. Des discussions avec les adhérents et les salariées du GEM de B ainsi que la consultation des archives de l'association[134] ont montré que l'installation du GEM au sein du centre social a d'abord été accueillie avec réticences de la part de plusieurs personnes fréquentant ou travaillant au centre social. Certaines d'entre elles avaient en effet des appréhensions à l'idée d'accueillir des personnes en fragilité psychique. Rappelons que celles-ci font fréquemment l'objet de stigmatisation, en étant notamment associées à des personnes dangereuses et imprévisibles (Dorvil, 2008 ; Roeland et al, 2012). Mais un travail commun mené entre l'association des adhérents du GEM et l'association gérant le centre social a permis de développer davantage d'interconnaissance entre les personnes et de déconstruire de nombreux stéréotypes. Les observations ont permis de constater qu'au moment de l'enquête, les rapports entre les adhérents du GEM et les personnes fréquentant le centre social étaient généralement cordiaux, voire chaleureux. C'est d'ailleurs ce qu'ont confirmé la plupart des participants, à l'instar de celle-ci :

[134] Les archives étaient conservées sur l'ordinateur du GEM de B (comptes-rendus de réunions, rapports d'activités, etc.).

ENQ : Tu trouves que les mentalités ont évolué à B par rapport aux fragilités psychiques ? REP : Je pense. Si je regarde par rapport au centre social par exemple, je trouve que oui. Grâce à nous autres, tous ceux qui s'intéressent au côté social, ça oui. Ils sont tout à fait ouverts et tolérants. Ils comprennent (F, 1).

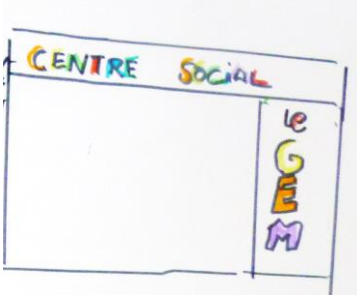
1.2 Fréquenter le centre social en venant au GEM

Le centre social de B abrite une halte-garderie, une ludothèque, une salle multimédia, une chorale, un café des aînés, un atelier de généalogie, etc. C'est un lieu vivant, où de nombreuses activités sont proposées chaque jour, et que les participants doivent traverser pour se rendre au GEM. Ils doivent d'abord franchir la porte du bâtiment, puis passer devant l'accueil où la secrétaire du centre social les reçoit avec un bonjour. Souvent les participants s'arrêtent discuter quelques minutes avec elle. Celle-ci connaît la nature du GEM ainsi que les particularités de ses adhérents, ce qui évite les effets de jugement par exemple.

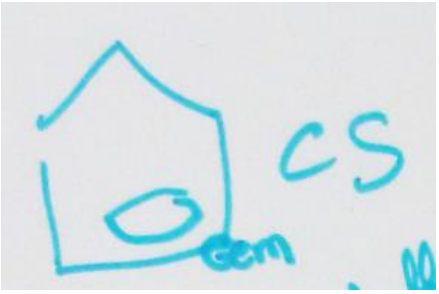
Pour moi c'est important [que le GEM soit dans le centre social]. Parce que ça permet d'avoir une ouverture qu'on n'a pas… J'aime bien rentrer dans le centre, avec, c'était [prénom de la secrétaire précédente], maintenant c'est [prénom de la nouvelle secrétaire]. Bon on cause un petit peu. Et ça permet de voir d'autres têtes un petit peu. Je suis adhérente au centre social. Moi, je ne suis pas du tout pour que le GEM soit vraiment fermé sur lui-même. On en a parlé l'an dernier dans les réunions qu'on avait et puis voilà. Il y a pas que moi hein, il y en a d'autres (F, 1).

Les participants saluent et échangent quelques mots avec les diverses personnes qui entrent ou qui sortent du centre social : des salariés, des adhérents, des habitants, des parents qui déposent leurs enfants à la halte-garderie, des adolescents ou des personnes âgées venus participer à une activité, des bénévoles de tous âges, etc. Avant même d'entrer dans la salle du GEM, les participants sont ainsi amenés à côtoyer diverses personnes du fait même de leur présence dans le centre social. Les participants apprécient de pouvoir bénéficier de ces contacts qu'ils ne parviennent pas à trouver ailleurs. Plusieurs ont insisté sur l'importance que revêt pour eux cette possibilité de rencontrer d'autres personnes dans leur carte mentale, en mettant en évidence l'ouverture du GEM sur le centre social.

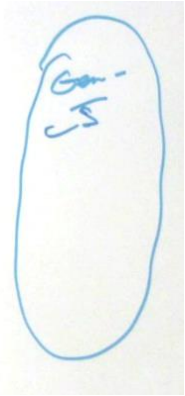
Figure 45 : Les liens entre le GEM et le centre social représentés dans les cartes mentales
Painter S., 2018 – Source : enquête 2016-2017



C'est bien parce qu'il y a un brassage quoi. Beaucoup de gens [au centre social) viennent donc c'est intéressant (H, 1).



Ça fait qu'on connaît du monde du centre social, qu'on n'est pas seulement entre anciens patients de l'hôpital quoi. On est intégré au centre social. On se sent pleinement faisant partie du centre social. Pleinement (H, 2).



ENQ : Que penses-tu du fait que le GEM soit dans le centre social ? REP : C'est très bien. Ah oui. Absolument. Parce que de par le centre social, on peut voir d'autres gens que le GEM. Et c'est un plus. C'est un plus. Je vais mettre CS pour centre social. [Ecrit « CS » dans la bulle du GEM]. Voilà, c'est très important (H, 2).

Les participants doivent ensuite traverser un hall où se déroulent régulièrement des activités du centre social comme la chorale ou les cours d'informatique. C'est là que se situe la halte-garderie. Certains participants échangent des signes de main et des sourires avec les enfants qui les regardent au travers de la porte vitrée. Au centre de ce hall se trouve une table où on peut lire le journal. Il y a aussi des ordinateurs à disposition, avec une connexion internet et une imprimante. Il n'est pas rare d'y trouver quelques participants en train de vérifier leurs mails, d'imprimer des papiers, de jouer à des jeux, de consulter leurs réseaux sociaux ou d'effectuer une démarche administrative en ligne. En cas de problème sur l'ordinateur, ils peuvent d'ailleurs solliciter l'animatrice multimédia du centre social.

En venant au GEM, les participants ont aussi plus facilement accès à la programmation des activités du centre social :

> *En venant ici, ça me permet de voir aussi les activités qu'il y a au centre social. Si éventuellement ça peut m'intéresser. Les sorties quoi (F, 2).*

Plusieurs participent de temps en temps aux activités proposées, ce qui leur permet d'être en relation avec d'autres personnes que celles qu'ils fréquentent au GEM, comme des familles, des enfants, des personnes âgées, etc.

> *J'aime bien les sorties qu'on va faire. Déjà samedi je vais à la mer. Donc j'aime bien aussi, on se retrouve avec des personnes de tous les âges. Des petits enfants, des grands, de toutes sortes de personnes, j'aime bien. Bah je m'arrange bien avec tout le monde alors. Comme ça c'est pas compliqué (F, 1).*

Il arrive également que certains participants se portent bénévoles pour accompagner les adhérents du centre social sur une sortie.

A l'inverse, certains adhérents du centre social ou bien des salariés viennent de temps en temps dans la salle du GEM pour saluer les adhérents, leur faire goûter un plat qu'ils viennent de préparer lors d'un atelier de cuisine, ou bien les inviter à partager des moments avec eux, encourageant ainsi le développement d'interrelations. L'espace du GEM est ainsi ouvert à la présence des adhérents du centre social et vice-versa, comme on peut le voir dans la note d'observation suivante :

<u>Note d'observation du 24 mai 2016</u>

Un salarié du centre social entre dans la salle du GEM avec deux enfants, pour que ceux-ci invitent les adhérents du GEM à se joindre au goûter des parents qui se déroule à l'étage. Plusieurs adhérents, dont certains participants, acceptent de s'y rendre. Je les accompagne. Nous mangeons une part de gâteau. Les participants échangent quelques mots

avec les personnes présentes, sans discuter très longtemps néanmoins. Mais ils sont contents d'être là, ils apprécient l'ambiance et l'animation liée notamment à la présence des enfants qui s'amusent.

Les interactions sont ainsi nombreuses et permettent aux adhérents du GEM de ne pas se sentir isolés à l'intérieur du centre social. Tous ces petits échanges peuvent paraître anecdotiques, mais ils sont pourtant essentiels du fait qu'ils permettent aux participants de s'inscrire dans une vie sociale ordinaire à laquelle ils ont globalement peu accès dans les autres espaces de la ville.

2 Retrouver des prises sur les lieux par l'intermédiaire du GEM

Le GEM ne fait pas que proposer des activités au sein de ses locaux. Dès la création de l'association, les adhérents ont en effet souhaité organiser des sorties à l'extérieur. Celles-ci prennent la forme de balades ou de visites, mais aussi d'activités se déroulant dans d'autres lieux, comme le conservatoire où se tient l'atelier théâtre tous les quinze jours, ou encore le centre équestre où les adhérents s'occupent bénévolement des écuries en échange de promenades à cheval. L'analyse montre que ces sorties permettent aux participants de découvrir de nouveaux lieux, où ils ne se seraient jamais rendus en étant seuls, mais aussi de retrouver des expériences positives dans certains lieux du quotidien sur lesquels, individuellement, ils manquent de prises.

2.1 Découvrir de nouveaux lieux

Les sorties par l'intermédiaire du GEM permettent aux participants de découvrir de nouveaux lieux qui leur seraient inaccessibles en étant seuls, à cause des contraintes identifiées dans la deuxième partie de la thèse, qui sont liées à des facteurs individuels (le fait d'être seul, les limitations physiques, le manque de motivation, etc.), environnementaux (le coût, la distance, les moyens de transports, etc.) et relationnels (le regard des autres, etc.). Il s'agit souvent de lieux culturels ou de promenade.

> *ENQ : Tu es déjà allée à la médiathèque ? REP : Je suis pas allée, à part avec le GEM. ENQ : Il y a d'autres endroits comme ça où tu ne serais pas allée sans le GEM ? REP : Oui. Au conservatoire. Je ne connaissais pas (F, 2).*
>
> *J'ai décidé d'aller au théâtre l'an prochain parce que ça me manque un peu. J'irai avec le GEM (H, 2).*

De nombreux participants ont utilisé l'image de l'ouverture sur le monde pour décrire ces sorties :

> *Aller au GEM, c'est s'ouvrir sur autre chose. On a quand même fait du théâtre, donc on est allé dans les salles de spectacle, on a rencontré... J'ai vu d'autres spectacles, j'ai eu la chance... Ça me permet de découvrir un petit peu les lieux dans B. J'ai découvert une ferme auberge où il y a des artistes qui passent. On a vu un artiste là, quand on a fait notre pièce, qu'était magnifique. Un pianiste qui fait ses compos lui-même, un artiste magnifique, un somnambule du piano, vraiment extraordinaire. Ça m'a complètement... J'avais jamais vu un spectacle comme ça… […] Par le biais du GEM, je sors de ma boîte. On est allé à plein d'endroits. Il y a les*

vacances de prévues. Je suis déjà allé à Barcelone avec le GEM quand même. Bon… On est allé à la mer aussi ! C'était génial ! C'était chouette ! On a fait du kayak de mer, on est allé se balader sur la côte, on a pris un bol d'air ! (H, 1).

Plusieurs participants ont ainsi reconnu que leur carte mentale aurait été plus *pauvre* sans le GEM :

Ma carte aurait été plus pauvre. Elle se serait arrêtée à ça. Mon logement. Et puis le parking. C'est petit B, on a vite fait le tour. Je me serais davantage isolé (H, 1).

Certains ont expliqué que ces sorties leur avaient donné davantage de connaissance de la ville de B. L'un des participants soixantenaires, qui vit dans une commune rurale, envisage de déménager sur B pour se rapprocher du GEM. Le fait de connaître l'association ainsi que le centre social, mais aussi le supermarché où les adhérents font les courses pour leurs activités, le rassure énormément quant à son installation.

C'est pas évident de changer de décor comme ça, d'aller dans une ville que tu connais pas. Parce que le GEM, centre social-GEM ça représente quelque chose d'important pour moi. Et ne connaissant rien à B, je serais paumé quoi. J'arrive à un âge où je peux plus vraiment bouger dans ces cas-là. Si tu connais rien, voilà ! Donc là j'arriverai un peu en terrain connu quoi. Je viens quand même souvent à B maintenant. Le GEM c'est quand même un point de chute énorme pour moi (H, 2).

2.2 (Ré)investir différemment certains lieux du quotidien

Les observations et les entretiens montrent qu'en donnant la possibilité de participer à des sorties collectives, par ailleurs gratuites ou à prix réduit, le GEM encourage les adhérents à s'approprier certains espaces de la ville où ils n'iraient pas seuls ou bien d'eux-mêmes.

Bah oui, je connais [la médiathèque], je sais où elle est. J'ai vu une pièce de théâtre du GEM, une saynète du GEM là-bas. C'était pas mal. Elle est pas mal la médiathèque hein ? (H, 2).

Je connais le cinéma parce que j'y vais avec le GEM. [...] J'y vais de temps en temps quand l'occasion se présente avec le GEM. Quand ils proposent des sorties oui (F, 2).

Ces espaces sont ceux du quotidien : le marché, la piscine, le cinéma, le café, etc. Le GEM contribue ainsi à diversifier les géographies quotidiennes des participants, à étendre leur espace de vie et surtout à leur permettre d'être présents dans certains espaces publics, comme tout un chacun, pour y faire des activités plaisantes, comme une partie de pétanque sur la place de la mairie ou une promenade au bord de l'eau.

Ces sorties en groupe ont aussi pour effet de transformer l'expérience négative que les participants font de certains espaces qu'ils fréquentent au quotidien. Prenons l'exemple du supermarché. Nous avons vu dans le chapitre 4 que la plupart des participants décrivaient lors des entretiens une expérience assez négative des commerces, qu'ils associaient souvent à de la frustration et à de la fatigue. Mais lorsqu'il s'agit d'aller acheter ensemble les produits nécessaires, en vue de cuisiner un repas entre adhérents lors d'un atelier cuisine du GEM par exemple, les observations ont permis de constater que leur expérience du supermarché était complètement différente et qu'elle était même au contraire vécue comme plaisante.

Le fait que cette sortie au supermarché s'effectue dans le cadre du GEM permet de lever plusieurs obstacles contraignant les pratiques des espaces, qui ont été identifiées dans la

deuxième partie de la thèse. Pensons à la question du transport : les adhérents disposent d'un minibus ou bien organisent du covoiturage entre eux pour se rendre où ils ont besoin d'aller. Le coût des produits ne déclenche pas de frustration comme cela a été évoqué dans les entretiens. Les participants payent avec l'argent de l'association des produits qu'eux-mêmes n'ont pas les moyens d'acheter pour la plupart, comme des légumes frais, de la viande, des produits biologiques, etc. Concernant les capacités physiques, le fait d'être à plusieurs permet de limiter les efforts et de ne pas s'épuiser à se déplacer dans le magasin ou à devoir porter seul des produits lourds. On peut également citer le fait qu'être à plusieurs apporte davantage de motivation aux participants qui, comme nous l'avons vu, ont des difficultés à entreprendre des choses lorsqu'ils sont seuls. La présence des salariées peut aussi être utile et rassurer si les adhérents ont besoin d'aide pour s'organiser.

Le GEM peut parfois également influencer les raisons pour lesquelles les participants se rendent individuellement dans certains lieux, en dehors des sorties collectives. Depuis qu'il fréquente le GEM, l'un des participants cinquantenaires explique qu'il lui arrive de se rendre au CMP non pas pour un rendez-vous, mais pour déposer le programme d'activités du GEM. Ainsi, il ne vient pas au CMP en tant que patient de la psychiatrie, mais en tant que représentant de son association, ce qui est susceptible de modifier à la fois le rapport que le participant entretient avec ce lieu, mais aussi le regard que le personnel du CMP peut porter sur lui. Un autre exemple concerne le rapport des participants à certains commerçants. Lors de l'enquête de terrain, les adhérents avaient inventé lors de l'atelier couture une méthode pour coudre des sacs-cabas à partir de sachets de café, qu'ils revendaient ensuite à un prix réduit. Plusieurs participants s'étaient alors rendus individuellement dans les cafés de leur commune pour récolter des sachets de café vides auprès des barmans, à qui ils ont pu expliquer que c'était pour leur association.

3 L'influence du GEM sur le rapport des participants à leur logement

Le GEM a une influence sur les géographies quotidiennes des participants. Celle-ci concerne également le rapport au logement. L'analyse des entretiens et des observations montre que le fait de fréquenter l'association, et notamment de s'y investir, joue un rôle dans la construction du rapport des participants à leur chez soi.

3.1 Mettre en mouvement les participants

Le GEM offre aux participants l'opportunité de sortir de chez eux, non pas pour des raisons utilitaires, mais pour se détendre, discuter, se divertir. Il leur donne ainsi une raison de se lever, de s'habiller, de se préparer. C'est une source de motivation, mais surtout, le GEM apporte du sens à la journée.

> *Je suis quand même très, très cloisonné schizophrénique hein. C'est pour ça que je viens au GEM aussi. Parce que ça me sort quoi. Ça me sort de ma boîte.*

Les activités du GEM permettent d'éviter de rester chez soi à s'ennuyer, d'autant plus que ces temps morts sont souvent synonymes d'angoisses et d'idées noires pour les participants, comme nous l'avons vu dans le chapitre 7 :

C'est dur, c'est dur. D'être tout seul. Et j'ai dit ça à mon mari, j'ai dit oh j'aime pas rester toute seule, je vais aller au GEM. Je suis contente quand le GEM est programmé, ça fait du bien (F, 1).

S'il y a pas le GEM, j'angoisse. Parce que ça fait des trous. Tant que mes journées sont comblées par des activités, ça va (F, 2).

Avant j'allais souvent à l'hôpital psy, mais depuis que je me suis investi dans le GEM, c'est plus le cas. Je pense que c'est dû à l'occupation qu'on a ici, qui fait qu'on évite de tourner en rond dans sa tête et de se poser des questions trop bêtes et de déprimer (H, 2).

Par ses horaires d'ouverture, le GEM structure le quotidien des participants. Lorsque ces derniers ont été invités lors des entretiens à raconter le déroulement d'une journée ordinaire, tous y ont intégré le GEM. L'association, qui est ouverte plusieurs jours par semaine, inscrit les participants dans un rythme de vie plus structuré, qui se rapproche même sous certains aspects de celui de personnes qui travaillent. Selon que le GEM est ouvert ou fermé, les participants emploient des repères temporels caractéristiques d'une personne en activité. L'ouverture du GEM du mardi au vendredi marque la distinction entre la semaine et le weekend par exemple :

Une journée ordinaire, c'est plutôt une journée de weekend, quand je suis chez moi. Alors euh. Bon. Grasse mat'. Jusqu'à 10h. Ouais, ouais, ouais. […] Alors les journées hors weekend […] Il est midi, je vais à pied. Et euh, après euh, je mange. Je vais au GEM. J'ai les activités du GEM, le GEM se termine à 5h (H, 2).

Des fois j'ai un besoin de rester chez moi. J'ai envie de respirer, de m'occuper de moi, m'occuper de ma maison, faire des choses tiens dans la maison. L'autre jour j'ai voulu faire un gâteau. Ah ouais, j'aime bien être tranquille de temps en temps. Parce que bon, je bouge pas mal dans la semaine [sous-entendu au GEM], alors le weekend euh hein ! [Rires]. Faut un petit peu... (F, 1).

Ces repères temporels sont importants car ils évitent que tous les jours se ressemblent. Par contre, pour certains participants, si les temps où le GEM est fermé sont trop longs, cela peut devenir une source de désorganisation. L'ennui et l'angoisse peuvent reprendre le dessus. C'est le cas de cette participante, qui prévoit des visites chez sa sœur pour ne pas rester seule chez elle le weekend.

Le GEM, ça me force à sortir. Les 3 jours où il y a pas [du samedi au lundi], je flotte un peu. Enfin, disons que j'essaie de m'organiser avec ma sœur, parce que c'est elle que je vois le plus en dehors (F, 2).

Le GEM est également fermé pendant les vacances de Noël et d'été. Là aussi, il s'agit d'un temps de repos pour les participants, car la participation aux activités, aux comités, aux réunions, etc. peut s'avérer fatigante, en particulier pour certains administrateurs, comme nous l'avons vu dans le chapitre 8. Les vacances sont ressenties par certains participants comme un repos bien mérité, bien qu'il ne faille pas que celles-ci s'étirent trop.

Quand les participants sont actifs parce qu'ils ont passé la journée au GEM, les temps de repos sont souvent d'autant plus appréciés lorsqu'ils rentrent chez eux. Passer la journée au GEM peut être fatigant, mais il s'agit d'une « bonne fatigue » aux yeux des participants :

Là aujourd'hui, j'ai fait une belle journée, on a bien marché, je crois qu'en arrivant ce soir, ça va être manger, la douche et puis au lit ! [Rires] (F, 1).

Le fait d'avoir été actif, d'avoir rencontré d'autres personnes et de s'être senti utile améliore l'estime de soi. Cela permet aussi de rentrer chez soi en étant satisfait et donc de profiter davantage des temps passés dans le logement :

> *Quand je suis rentrée chez moi après le GEM, j'avais eu une après-midi pas mal prise. Et j'étais contente, tu vois, le petit bonheur c'est d'ouvrir la clef, de passer la clef dans la serrure et de rentrer chez soi tranquille, alors qu'on a vu plein de monde déjà dans l'après-midi. Revenir chez soi... Au calme. Enfin, euh, dans ses meubles, dans son… Tu vois ? En ayant eu une journée pleine, comme si on avait travaillé entre guillemets. J'dis tiens là, mission accomplie, je peux rentrer, je ferme la porte et puis ouf quoi... Je fais ce que j'ai envie de faire quoi. On sent qu'on a fait quelque chose de, bah on a fait ce qu'on a pu ou le mieux possible quoi. On est content de soi alors on peut s'asseoir (F, 1).*

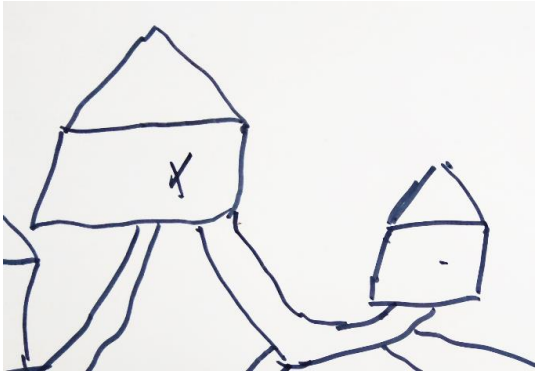
Cette mise en mouvement des participants, nourrie par le GEM, transforme leur rapport au logement et les pratiques qu'ils y déploient. Elle permet notamment de reprendre prise sur le temps, en particulier le temps éprouvé quand on est chez soi, sur lequel les participants ont généralement peu de maîtrise, comme nous l'avons vu dans le chapitre 7.

3.2 Redonner au chez soi une fonction de socialisation

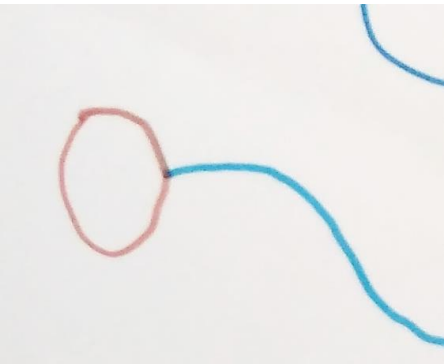
Dans le chapitre 7, nous avions vu que le logement était décrit par les participants comme un lieu marqué par l'absence de l'autre. Le GEM remédie en partie à cette solitude. Les adhérents du GEM de B se rendent parfois au domicile des uns et des autres. C'est le cas lors de l'activité marche qui a lieu une fois par semaine. Lorsque le lieu de promenade est proche du domicile d'un des adhérents, le groupe a pour habitude de s'y retrouver après la marche pour boire un café. L'adhérent en question se retrouve ainsi en situation d'hôte qui accueille chez lui des invités. Sans le GEM, cette situation n'arrive qu'assez peu pour la plupart des participants. Or, se sentir hôte renforce le sentiment d'être chez soi. Le logement devient pour un temps un lieu d'interactions sociales et d'échanges, colorant le chez soi d'une empreinte qu'est celle de la présence de l'autre. Néanmoins, ces moments restent ponctuels et ne suffisent pas à faire disparaitre complètement la souffrance liée à la solitude.

Parfois les relations entre adhérents se poursuivent en dehors du GEM. Certains participants se retrouvent chez l'un ou chez l'autre, en dehors des temps d'ouverture du GEM. Plusieurs ont ainsi indiqué le domicile d'un autre adhérent sur leur carte mentale, qu'ils ont relié à leur logement :

Figure 46 : Se voir en dehors du GEM
Painter S., 2018 – Source : enquête 2016-2017



Sinon il y a [prénom d'une adhérente] qui fait partie du GEM. Donc c'est vrai que je passe pas mal de temps avec elle aussi. Oui parce qu'en fait elle habite où j'habite. J'aime pas manger toute seule. Donc si tu veux ce midi j'ai mangé avec elle. Je participe un petit peu. Et j'essaie de faire la route [Logement à gauche, maison de l'adhérente chez qui elle se rend à droite] (F, 2).



Là ça va jusqu'à chez [prénom d'une participante cinquantenaire]. Le rond, c'est sa maison. Ça m'arrive d'y aller de temps en temps. J'aime bien y aller. Je trouve que c'est bien. Et elle est sympa. J'y vais pour un petit café (H, 2).

L'implication au GEM permet indirectement aux participants de tisser un lien plus positif à certains espaces du quotidien, comme le logement en l'occurrence, mais aussi à eux-mêmes. L'association vient soutenir le processus d'appropriation des espaces par les participants, qui retrouvent une maîtrise partielle au sein de leur espace de vie. Ces résultats convergent avec ceux de l'étude menée par l'ANCREAI qui montre que les GEM aident leurs adhérents à « réinvestir le temps et l'espace » (2017 :65).

II Une volonté de lutter contre un fonctionnement du GEM en vase clos

Les GEM visent à favoriser l'ouverture sur la ville et à développer des liens avec la communauté environnante, le dispositif étant considéré comme devant avoir une fonction d'insertion dans la cité, comme le rappelle l'arrêté du 18 mars 2016. Cette deuxième section vise à montrer que favoriser l'inclusion des participants dans la ville ne peut se limiter à simplement leur permettre d'accéder physiquement aux espaces. L'analyse montre qu'il faut aussi prendre en compte le regard que les autres individus présents dans ces espaces posent sur le GEM et sur les participants. Nous nous intéresserons d'abord aux expériences que les participants font des espaces qu'ils fréquentent au cours des sorties entre adhérents, notamment sous l'angle des interactions avec les autres usagers. Nous verrons que si ces sorties leur permettent d'être présents physiquement dans ces espaces, elles ne contribuent pas toujours à réduire la distance sociale qui se forme entre les participants et les autres personnes présentes. Nous verrons ensuite à travers le discours de certains enfants de participants que le GEM fait encore l'objet de nombreuses représentations stéréotypées, qui maintiennent une frontière entre les adhérents et l'extérieur. Enfin, nous verrons que les adhérents ne restent pas

passifs face à ces questions, en décidant notamment de faire de l'ouverture sur la ville un axe prioritaire de leur projet associatif.

1 Des sorties appréciées, mais insuffisantes pour favoriser l'inclusion des participants dans la ville

Les sorties entre adhérents sont certes très appréciées des participants, mais dans quelle mesure favorisent-elles leur inclusion dans la ville ? Nous avons vu dans la première section du chapitre que ces sorties permettaient de retrouver quelques prises sur les espaces de vie, notamment en accédant à certains lieux que les participants ne fréquenteraient pas sans le GEM. Mais rappelons que l'inclusion dans la ville ne se limite pas à pouvoir être physiquement présent dans les espaces. Encore faut-il que les personnes en fragilité psychique vieillissantes puissent, si elles le souhaitent, entrer en relation avec les autres personnes également présentes dans ces espaces. Comme le soulignent Bigo et Séchet, « l'accès à la ville ne débouche sur un droit à la ville que s'il s'accompagne d'un accès aux espaces et aux lieux de la ville qui permettent l'interaction avec d'autres personnes » (2016 :7). Est-ce le cas lors des « simples sorties » décrites dans la première section ? Sont-elles l'occasion pour les participants de tisser des liens avec les autres usagers des espaces fréquentés lors de ces sorties ? Précisons que par « simples sorties », on entend les sorties qui ne sont pas liées à un projet associatif particulier, l'idée étant juste d'aller profiter entre adhérents d'un lieu comme la piscine ou le cinéma.

1.1 Une appropriation partielle des lieux mise en lumière dans les cartes mentales

Le GEM apparaît comme une ressource qui aide les participants à habiter la ville, en leur permettant de fréquenter des lieux où ils n'iraient pas d'eux-mêmes. Pour autant, ces lieux fréquentés par l'intermédiaire du GEM ont été assez peu cités lors des entretiens et ils ont été encore moins dessinés dans les cartes mentales. Cette participante par exemple, explique qu'elle n'a pas voulu dessiner le cinéma, où elle va pourtant de temps en temps avec le GEM, car ce n'est pas un lieu où elle irait par elle-même :

> *ENQ : Il y a d'autres lieux que tu connais à B ? REP : Non. Je connais le cinéma parce que j'y vais avec le GEM, mais il y a pas d'autres lieux où je vais. ENQ : Tu peux dessiner le cinéma si tu le souhaites. REP : Non parce que j'irais pas toute seule. Donc… (F, 2).*

Les réticences à considérer ces lieux comme faisant partie des espaces de vie peuvent être interprétées comme les signes d'une forme d'appropriation spatiale incomplète, comme si les participants ne considéraient pas leur présence en ces lieux légitime sans le GEM. Ce n'est pas qu'ils n'apprécient pas ces sorties, au contraire. Mais la plupart des participants ont conscience que l'association reste une béquille sans laquelle ils n'auraient pas accès à ces lieux.

> *Quand on va à l'extérieur, [le GEM] c'est un intermédiaire. Qui me met en contact (F, 1).*

On retrouve ainsi l'idée, évoquée dans le chapitre 2, d'un entremêlement des expériences d'inclusion et d'exclusion au sein des micro-géographies des individus, mis en

avant notamment dans les travaux de géographie sociale de la santé mentale (Hall, 2005 ; Parr, 2000 ; Parr et al, 2004). Le GEM permet de sortir et de diversifier les géographies quotidiennes, tout en rappelant aux personnes qu'elles sont confrontées à des mécanismes d'exclusion qui les empêchent de pouvoir s'approprier la ville par elles-mêmes.

Mais l'inclusion dépend aussi de la manière dont les personnes sont perçues par les autres dans les espaces qu'elles fréquentent. Cette façon d'être perçu et considéré construit des modalités différenciées d'appropriation spatiale, et peut notamment renforcer le sentiment d'une appropriation incomplète, voire illégitime, comme nous allons l'étudier dans les paragraphes suivants.

1.2 Des participants confrontés lors des sorties au syndrome du « *does he take sugar ?* »

Le fait d'accompagner les adhérents lors de sorties organisées dans le cadre du GEM a permis d'observer la manière dont ceux-ci étaient perçus par les autres usagers des espaces, par exemple à la piscine ou au cinéma. Rappelons que les modalités d'appropriation des espaces sont aussi fortement liées aux interactions sociales et aux rapports aux autres qui se construisent dans l'espace (Séchet et al, 2008).

Nous avons déjà évoqué dans le chapitre 6 la manière dont les marches organisées chaque semaine étaient l'occasion de croiser et d'échanger quelques mots avec d'autres promeneurs. Ces expériences étaient positives pour les participants, qui appréciaient ces échanges brefs mais spontanés. Néanmoins, d'autres types d'interactions, moins plaisantes, ont été observés, comme en témoigne cette note d'observation :

<u>Note d'observation du 23 mars 2017</u>

Les adhérents vont à la piscine aujourd'hui. Je décide d'y aller avec eux. L'une des participantes prend avec elle les tickets de réduction auxquels les adhérents du GEM ont droit. Arrivés au guichet, la personne à la caisse s'adresse non pas à cette participante, mais directement à moi, et me demande combien de personnes il y a dans le groupe. Je lui réponds que ce n'est pas à moi qu'il faut s'adresser, mais à [prénom d'une participante cinquantenaire]. La caissière explique m'avoir confondue avec une animatrice. Il est possible que cette confusion provienne du fait que je suis bien plus jeune que la plupart des adhérents présents.

La situation décrite dans cette note d'observation est assez typique de ce que certains chercheurs appellent le *sugar talking* (Roger et Mardsen, 2013), en référence à une émission de radio britannique diffusée jusqu'à la fin des années 1990, intitulée « *Does he take sugar ?* ». Ce titre correspond au fait de « parler d'une personne en situation de handicap à la troisième personne, alors que celle-ci est présente, sans se demander si cette personne peut parler pour elle-même »[135] (Roger et Marsden, 2013 :49) : par exemple, un serveur demandera à la personne accompagnatrice si la personne en situation de handicap veut du sucre dans son thé, plutôt que de s'adresser directement à cette dernière. En l'occurrence, la personne à la

[135] « [This title] captures the sentiment of talking about someone who is disabled in the third person, while in their presence, regardless of whether that person can speak for him- or herself » (Roger et Marsden, 2013: 49).

caisse a jugé que j'étais une interlocutrice plus légitime. Elle n'a pas pensé à s'adresser aux adhérents.

D'autres situations similaires ont été observées à de multiples reprises, y compris avec des personnes qui pourtant connaissaient le dispositif des GEM, comme on peut le voir dans cette deuxième note d'observation :

Note d'observation du 04 juin 2016

Je me rends avec les adhérents à un spectacle de rue. Nous croisons une personne que les adhérents connaissent car elle donne parfois des ateliers au GEM. Elle me demande qui je suis car c'est la première fois qu'elle me voit. Je lui réponds que je suis doctorante et que je travaille sur les géographies du quotidien des adhérents vieillissants. Elle me dit : *en parlant de géographie, j'ai trouvé [prénom d'une adhérente] sur le parking du centre social, il faudrait peut-être revoir ça…* L'adhérente en question est juste à côté d'elle. Je lui réponds que je ne suis aucunement en charge des adhérents, ni de l'organisation du transport, mais que ce sont les adhérents qui sont responsables d'eux-mêmes. Je me tourne vers l'adhérente en question, pour lui dire qu'elle a dû se tromper de point de rendez-vous, ce qui peut arriver à tout le monde.

Le fait d'être en groupe, couplé aux *unorthodox normalities* (Pinfold, 2000) que certains participants présentent (cf. chapitre 8), font qu'ils sont parfois identifiés par les personnes extérieures d'abord comme des personnes handicapées – plutôt que comme des clients venus acheter leur ticket de piscine par exemple. Les observations suggèrent ainsi que dans le cadre de « simples sorties » – c'est-à-dire sans projets particuliers qui les sous-tendent, l'idée étant juste d'aller à la piscine ou au cinéma par exemple – les adhérents restent tout de même dans une forme d'entre-soi. Ces sorties leur permettent effectivement de profiter des aménités offertes dans certains lieux auxquels ils ont peu accès sans l'intermédiaire du GEM (aller manger une glace, voir un film, etc.), mais sans pour autant pouvoir vraiment entrer en relation avec les autres usagers de ces espaces. Ils se voient même parfois assignés une identité réductrice, qui ne reconnaît pas leur statut de personne, mais les cantonne au stéréotype de personnes irresponsables, ayant besoin d'être protégées et accompagnées en permanence.

Ces situations invitent à s'interroger sur la signification de l'expression « ouverture sur la ville ». Elles montrent que si la présence des participants dans ces lieux est rendue possible, les individus également présents dans ces espaces leur attribuent parfois une place symbolique infantilisante, qui ne leur offre pas la possibilité de s'exprimer pour elles-mêmes, ni de reconnaître leurs capacités. Ce regard, très différent de l'esprit du GEM, est ainsi teinté de validisme[136], en considérant les personnes avant tout comme étant passives ou incapables d'exprimer leurs besoins ou leurs envies par elles-mêmes.

Ce regard porté sur les adhérents lorsqu'ils sont à l'extérieur va à l'encontre de leur inclusion, puisqu'il maintient une forme de distance entre eux et les autres, empêche la création de relations horizontales entre les personnes et relègue les adhérents à une place qui

[136] Le validisme, aussi appelé capacitisme, désigne les formes de discrimination, de préjugé ou de traitement défavorable à l'encontre des personnes en situation de handicap.

ne leur reconnaît pas vraiment leur dignité. Rappelons que l'inclusion ne peut s'opérer sans que l'on reconnaisse les personnes « comme ayant une valeur sociale égale à la nôtre et qu'on leur donne accès aux pouvoirs et aux ressources nécessaires pour que leur voix soit entendue et prise en compte » (Billette et al, 2012a :18). Si cette reconnaissance est mise en œuvre au GEM, ce n'est pas toujours le cas au sein des espaces que les adhérents fréquentent au cours des sorties collectives. D'autres expériences similaires ont pu être observées, notamment lors de réunions avec des partenaires du GEM, qui s'adressaient aux salariées plutôt qu'aux administrateurs – qui sont pourtant responsables de leur association, contrairement aux salariées – en étant considérés comme moins compétents ou moins légitimes à prendre la parole. On constate donc que la simple présence dans les espaces ne s'accompagne pas d'un changement de regard vis-à-vis des personnes en fragilité psychique, vieillissantes ou non.

2 Le GEM, « mon fils ne veut pas en entendre parler »

Le GEM est lui-même un espace de la ville. Il est important de s'intéresser également au regard porté par les personnes extérieures sur le GEM et donc sur les individus qui le composent, dont les participants. Les personnes qui fréquentent ou travaillent au centre social sont dans l'ensemble sensibilisées aux fragilités psychiques et connaissent les adhérents du GEM. Ceux-ci se sentent bien accueillis au centre social, comme nous l'avons vu dans la section précédente. Les participants ont aussi été interrogés sur ce qu'ils disaient ou expliquaient du GEM aux personnes extérieures et à qui ils s'adressaient pour en parler. Plusieurs ont répondu qu'ils avaient de la difficulté à engager un dialogue avec leurs proches, ceux-ci n'étant pas à l'aise à l'idée de parler de fragilités psychiques. Certains participants ont parlé de *tabou* par exemple, au point qu'ils évitent d'évoquer le GEM dans les conversations avec leurs proches :

> *A part ma sœur, les autres [membres de la famille] ça les intéresse sans plus quoi. Et puis j'ai pas trop envie de leur parler [du GEM] non plus. Parce qu'ils ont leurs trucs, ils ont leur boulot, leurs occupations… Je pense que ça pourrait… Je vois pas en quoi ça pourrait les intéresser en fin de compte. ENQ : Ils comprennent les fragilités psychiques ? REP : Oh bah dans ma famille je sais pas hein ! Mon beau-frère doit le savoir, parce qu'il fait une déprime. Il dort mal en ce moment. De toute façon dans la famille du côté de mon beau-frère, ils sont tous, ils sont comme moi, ils sont assez bancals. Ouais, ouais, ouais. Le truc, c'est que je crois que c'est un peu tabou. C'est plutôt ça. Parce qu'ils comprennent, ils essaient de comprendre quand même. Parce que c'est vrai que quand t'es confronté avec ça... Et puis ma sœur aussi, elle a fait une déprime en même temps que la mienne […] C'est pour ça, je te dis, j'aborde pas trop des sujets comme ça avec eux parce que ça m'intéresse pas (H, 2).*

Certains participants ont évoqué des craintes exprimées par leurs proches vis-à-vis du GEM. C'est le cas de la fille d'une participante qui ne veut pas que ses enfants pénètrent à l'intérieur du GEM, de peur qu'ils soient confrontés à *des personnes qui sont pas très bien*, selon ses termes. La participante en question laisse entendre que le centre social est perçu par sa fille comme davantage fréquentable. D'ailleurs, lorsque des événements conjoints GEM/centre social sont organisés, sa fille accepte alors que ses enfants soient présents.

Je parle du GEM à ma famille, mais ma famille est un petit peu comme ma fille, elle est un petit peu en retrait du GEM tu vois. Ils veulent pas que mes petits-enfants aillent dans la salle du GEM. Déjà voir les personnes qui y sont, qui sont pas très bien, ma fille ne veut pas. Elle ne veut pas de ça. Elle me l'a dit déjà plusieurs fois. Mais bon, autrement au centre social, il y a pas de soucis hein (F, 1).

D'autres témoignages de ce type ont été identifiés dans les entretiens, comme celui de cette autre participante qui raconte comment ses enfants sont dans le refus de tout dialogue concernant le GEM, malgré ses tentatives. Ceux-ci ont par exemple refusé de lire un carnet de témoignages que les adhérents ont rédigé récemment, auquel elle avait participé :

ENQ : Tu parles du GEM autour de toi ? REP : J'en ai parlé. Le fameux carnet qu'on a fait. Euh… A mes enfants. Très dure, la pilule est dure à avaler. Il y en a un qui m'a refusé le carnet. L'autre qui l'a pris parce qu'il s'est dit bon faut peut-être qu'on le prenne quoi. Mais ça l'intéresse pas du tout. Ni l'un ni l'autre. Donc ce qu'ils veulent eux, c'est de me savoir heureuse éventuellement, mais pas de parler des détails du GEM quoi. Donc j'ai compris, faut pas en parler. Je dis juste que je fais mes activités associatives quoi. Point barre. C'est pas la peine de parler des fragilités psychiques, ça leur fait peur […] C'est un peu difficile. Oui. C'est assez compliqué. Dès que je sors du contexte d'ici [au GEM], c'est dur. Donc je suis un peu obligée d'avoir une double casquette. Ici au GEM, je suis dans ma famille quelque part. Enfin, je vois ça comme ça. Et puis bah je l'ai dit dans le bouquin. Mais dès que je suis avec les miens, je dis que je fais des activités au niveau assoc' mais je rentre pas dans les détails (F, 1).

Cette participante explique, à l'instar de plusieurs autres participants, qu'elle évite d'évoquer le GEM dans sa famille ou qu'elle se limite à brièvement mentionner ses *activités associatives*, sans rentrer dans les détails. Il semblerait que cela renforce son sentiment d'appartenance envers le GEM, qui est un espace où elle peut être elle-même, *dans sa famille quelque part*, contrairement à chez ses enfants, où elle doit cacher une partie d'elle-même.

Il est intéressant de noter que pour ces participants vieillissants, ce sont leurs enfants qui manifestent de l'inquiétude quant à la fréquentation du GEM par leur parent. Mais cette inquiétude est souvent construite sur des préjugés, comme on peut le voir dans cette note :

<u>Note d'observation du 17 août 2016</u>

Une participante m'explique lors d'une conversation informelle avoir voulu discuter avec son fils d'une relation d'amitié forte qu'elle était en train de développer avec un autre adhérent. Néanmoins, la discussion s'est rapidement terminée car son fils pense que *le GEM c'est pour les malades mentaux*, selon ses termes, et qu'il *ne veut pas en entendre parler*. Le dialogue est donc très difficile. Lorsque cette participante a évoqué la relation en question avec son fils, celui-ci s'est exclamé : *quoi, avec un malade mental ?!* La participante m'explique avoir profondément souffert de cette réaction.

Pour une des participantes, parmi les plus jeunes de l'échantillon, ce sont ses parents qui avaient émis des réserves quant à sa fréquentation du GEM, notamment du fait qu'elle travaillait. Ceux-ci sont aujourd'hui néanmoins rassurés :

ENQ : Tu parles du GEM autour de toi ? REP : Oui un peu. Avec mes parents. A mes frères. A une nièce qui a vécu avec un colocataire qui faisait partie d'un GEM à Paris. ENQ : Et tu trouves qu'ils sont réceptifs ? REP : Oui, oui, oui. Mais ma maman au début elle avait peur. Elle disait, tu vas retomber plus bas, tu vas plus travailler, tu vas ci, tu vas ça… ENQ : Tu as réussi à lui faire changer d'avis ? REP : Bah elle voit que je tiens au CAT[137]. Enfin je tiens, que j'ai tenu quoi. Ça fait 10 ans que je suis au GEM et je travaille toujours (F, 1).

Cette inquiétude correspond à l'une des réactions observées par l'ANCREAI, à savoir qu'il arrive que « la famille [soit] critique sur la fréquentation du GEM, en raison généralement d'une représentation de ce dispositif comme un lieu de loisirs qui empêcherait l'adhérent de se consacrer à la recherche d'un emploi, accéder à un travail étant considéré comme un objectif prioritaire pour retrouver une place sociale à part entière » (2017 :81).

Ces discours ne sont pas majoritaires, d'autres proches ont un regard extrêmement positif à l'égard du GEM. Ces témoignages ne doivent pas laisser penser que le GEM est un espace complètement stigmatisé et évité de tous. Néanmoins, la présence de ces discours doit être relevée et analysée. Considérer que des personnes en fragilité psychique ne sont pas « fréquentables », notamment pour des enfants, correspond à un type de réaction qui illustre les nombreuses représentations stéréotypées et stigmatisantes dont les personnes en fragilité psychique font l'objet (Roelandt et al, 2012). Celles-ci sont en effet souvent considérées comme des individus irresponsables et/ou dangereux (Caria et al, 2010 ; Dorvil, 2008).

Giordana (2010 :9) identifie trois types de représentations sur lesquelles repose la stigmatisation des *maladies psychiques*. La première représentation concerne la supposée violence et dangerosité des personnes, la deuxième porte sur leur caractère perçu comme imprévisible et irresponsable, et la troisième les associe à des personnes ayant une perception infantile du monde. Pour l'auteur, « ces trois types de représentations sont de nature à générer trois types d'attitudes de la part de la communauté. Ainsi, la crainte et la peur vont amener à la ségrégation et à l'exclusion du groupe social. L'irresponsabilité supposée du malade mental peut aussi amener à une attitude dirigiste et autoritaire, la société s'arrogeant alors le devoir de mettre des limites, des barrières à des sujets n'ayant pas le sens des convenances sociales. Enfin, on peut quelquefois observer des attitudes de bienveillance, de protection nécessaire à des personnes infantiles, régressées, non suffisamment autonomes » (2011 :9). Ces trois types d'attitudes ont pu être observés à l'égard des participants, que ce soit à travers la volonté de mise à distance exprimée par certains enfants de participants ou bien dans les réactions infantilisantes de personnes extérieures au GEM, comme nous l'avons vu dans les points précédents.

3 La prise de conscience des adhérents du risque d'un fonctionnement du GEM en vase clos

Au moment de la réalisation de l'enquête de terrain, les adhérents venaient d'entamer une réflexion collective sur le risque d'un fonctionnement du GEM en vase clos, trop tourné vers l'entre-soi. Nombre d'adhérents, dont des participants, avaient en effet l'impression que

[137] CAT : Centre d'Aide par le Travail. Le terme est encore parfois utilisé mais il a aujourd'hui été remplacé par celui d'ESAT.

leur association ne remplissait pas suffisamment son rôle d'ouverture sur la ville, et avaient envie de développer davantage de projets tournés vers l'établissement de liens avec les populations habitantes. Cette réflexion collective s'est traduite par un vote lors d'une assemblée générale en 2017, au cours de laquelle les adhérents ont décidé que l'ouverture du GEM sur la ville deviendrait un axe prioritaire de leur projet associatif.

L'ANCREAI avait déjà noté dans son étude que certains adhérents interviewés considéraient « [qu'une] participation régulière, sur les mêmes activités et/ou avec les mêmes participants, [pouvaient] à terme s'avérer « toxique ». En effet, si les habitudes permettent au départ de trouver un certain équilibre de vie, une certaine « stabilité », elles peuvent avoir pour effet pervers d'enfermer les personnes dans des rituels et reproduire ainsi une autre forme « d'enfermement » » (2017 :68).

Il est certes important d'offrir un lieu dans la ville où les personnes puissent se retrouver entre elles, de même qu'il est indispensable qu'elles puissent accéder physiquement aux espaces pour profiter des diverses aménités urbaines. Néanmoins, il s'agit là d'une lecture réductrice de l'ouverture sur la ville, qui risque *in fine* d'exacerber l'entre-soi.

Certains participants ont utilisé le terme de « ronron » pour qualifier le fonctionnement du GEM au moment de l'enquête. Ce terme traduit pour eux l'idée que le GEM s'est en quelque sorte trop enfermé dans ses routines, que les activités ne permettent pas de rencontrer suffisamment de nouvelles personnes et qu'il est temps que les adhérents sortent de cette zone de confort pour s'ouvrir davantage vers l'extérieur. Même lorsque les adhérents sortent pour faire des activités à l'extérieur du GEM, certains ont l'impression de continuer à fonctionner en circuit fermé, le risque étant qu'ils restent entre eux et n'échangent pas avec les autres personnes qui ne font pas partie du GEM. Or, nous avons vu que l'enjeu lié à l'inclusion des personnes en fragilité psychique vieillissantes réside dans l'idée de pouvoir vivre avec et parmi les autres, et non au milieu des autres, dans l'indifférence (cf. chapitre 2). Les exemples cités précédemment témoignent du maintien d'une frontière symbolique entre les adhérents et les autres personnes présentes dans les espaces qu'ils fréquentent. Cette séparation est moins marquée dans certains espaces, comme à l'intérieur du centre social par exemple. Mais cela peut s'expliquer par le fait que les adhérents côtoient presque chaque jour, et ce depuis plusieurs années, les mêmes personnes qui fréquentent ou travaillent au centre social. Être situé dans le centre social constitue certes une forme d'ouverture sur l'extérieur pour les adhérents, mais celle-ci reste tout de même limitée, puisque ce sont toujours les mêmes personnes qui sont fréquentées.

III Comment le GEM de B s'ouvre-t-il sur la ville ?

Cette dernière section a pour objectif d'analyser la manière dont le GEM de B se saisit de sa mission d'ouverture sur la ville, en regardant comment les adhérents la mettent en œuvre concrètement. L'analyse des observations a permis d'identifier deux catégories d'action. La première, assez classique, consiste à sensibiliser le grand public vis-à-vis des fragilités psychiques, de sorte qu'à l'échelle locale, les habitants de B puissent être plus compréhensifs et tolérants. La deuxième catégorie concerne les projets orientés vers la création de liens avec les populations habitantes et la participation du GEM en tant qu'acteur de la vie sociale et culturelle locale. Nous étudierons plus particulièrement le projet de bar

mobile, qui illustre la manière dont les adhérents peuvent, à travers le GEM de B, reconquérir en partie leur droit à la ville, en particulier le droit de pouvoir participer et contribuer, par leurs pratiques, à la vie sociale urbaine.

1 Sensibiliser et se faire connaître à l'échelle locale

1.1 Sensibiliser les habitants, une démarche plutôt classique

L'inclusion des participants dans la ville ne peut se limiter à simplement leur permettre d'accéder physiquement aux espaces. L'analyse montre qu'il faut aussi prendre en compte le regard que les autres individus présents dans ces espaces posent sur le GEM et sur ses adhérents. Ce regard, souvent stigmatisant et teinté de validisme, est en effet une contrainte supplémentaire à l'appropriation des espaces. C'est pourquoi la mission d'ouverture sur la ville que les adhérents du GEM de B souhaitent mettre en œuvre ne peut se passer d'un travail de transformation des mentalités et des regards vis-à-vis des fragilités psychiques. Ainsi, parmi les démarches menées dans un but d'ouverture sur la ville par les adhérents du GEM de B, certaines sont clairement orientées vers la sensibilisation du grand public. Le GEM participe par exemple régulièrement à la SISM (Semaine d'Information en Santé Mentale) qui se tient chaque année en mars. Lors de cette semaine, de multiples événements sont organisés partout en France, à l'initiative de professionnels, de citoyens, d'associations, d'élus locaux, etc. pour parler de santé mentale[138].

Au cours de ces dix dernières années, la parole des adhérents a aussi été recueillie grâce à différents supports, notamment à travers un carnet de témoignages ou encore la réalisation d'un film documentaire sur la vie du GEM. Ces pratiques de recueil des histoires de vie des adhérents ont été observées dans d'autres GEM ; elles semblent assez courantes, vraisemblablement du fait qu'elles permettent de raconter et de mieux comprendre le quotidien et les parcours de personnes en fragilité psychique. Les adhérents du GEM de B ont également écrit une pièce de théâtre en s'inspirant de leur quotidien.

Ces supports sont l'occasion pour les adhérents de se rendre dans divers lieux de la ville pour présenter leur livre, leur film ou leur pièce de théâtre, en organisant une soirée-rencontre, une projection ou une représentation. Contrairement aux sorties évoquées dans les sections précédentes, les adhérents sont présents dans ces lieux de B pour tenir un discours, porter une parole, dans une démarche de sensibilisation des habitants. Ces événements leur permettent d'entamer un dialogue avec des populations qu'ils seront peut-être amenés à croiser dans la rue, de démystifier et de leur expliquer ce que sont les fragilités psychiques et donc de battre en brèche certains préjugés dont sont victimes les personnes vivant avec des problèmes de santé mentale. Des adhérents, parmi lesquels de nombreux participants, sont allés faire des permanences à la médiathèque, à la mairie ou au cinéma pour parler de leur carnet de témoignages par exemple. D'autres sont allés présenter ces divers projets à l'antenne d'une radio locale. D'autres encore ont été interviewés par la presse locale et régionale. Les salariées sont souvent présentes à ces moments pour épauler les adhérents, par

[138] Chaque année, la SISM est organisée autour d'un thème : la santé mentale à l'ère du numérique en 2019, la parentalité et l'enfance en 2018, la santé mentale au travail en 2017, la santé mentale et la santé physique en 2016 (https://www.semaines-sante-mentale.fr).

exemple en les rassurant dans leur prise de parole. Mais ce sont toujours les adhérents qui s'expriment en premier lieu.

L'organisation de tels événements et la mise en valeur des productions des adhérents permettent ainsi d'avoir une couverture plutôt positive dans les médias, là où les thèmes de la santé mentale sont souvent évoqués sous le prisme du sensationnel ou du fait divers (Kalampalikis et al, 2007) ou bien sur la présupposée dangerosité et violence de ces personnes (Obsoco[139], 2015 ; Whitley et Berry, 2013).

Cette démarche de sensibilisation a l'avantage de mettre en avant les réalisations des adhérents, de rendre visible ce qu'ils sont capables de faire, mais aussi de faire connaître le GEM et de valoriser la richesse des pratiques d'entraide et de bienveillance qui s'y déploient. Certains participants ont expliqué ressentir une meilleure acceptation de la part de la population de B vis-à-vis des personnes en fragilité psychique, même si un travail important de sensibilisation reste encore à mener, comme nous avons pu le constater dans la deuxième partie de la thèse.

> *ENQ : Tu penses que les gens comprennent ce que sont les fragilités psychiques ? REP : Oui. Tu étais là pour la sortie du carnet de témoignages, avec la fête qu'on a faite ? Et bien les gens comprennent de plus en plus ce que c'est. La sortie du carnet qu'on a fait peut témoigner de ça parce qu'il est regardé, acheté et compris j'espère. Les gens sont… S'ils n'en parlent pas, ils sont plus compréhensifs vis-à-vis de la fragilité psychique. Par exemple chez moi j'ai un bon rapport au public maintenant. Ça va bien, je suis bien intégré maintenant. Et les gens savent que je suis en fragilité psychique mais ils ne m'en parlent pas. Mais ils me considèrent avec bienveillance. Alors que ça n'était pas le cas au début. Le regard a changé. C'est dû à l'action du GEM, c'est dû à l'action générale du GEM. Dû à ce que le public sait que dans la vie de tous les jours, on peut avoir des fragilités comme ça et qu'on est tout de suite repêché par une structure comme le GEM et ça c'est positif dans la vie. On n'est pas laissés livrés à nous-mêmes quoi, alors que c'était le cas avant. Ça c'est très important et je pense que les gens se rendent compte de ça (H, 2).*

Notons que ce travail de sensibilisation et de valorisation des réalisations des adhérents permet également de montrer une forme de « résultats » auprès des partenaires financeurs du GEM, tels que l'ARS, la Mairie ou le Conseil départemental.

1.2 Reprendre possession de soi par le témoignage

La démarche de témoignages est assez fréquente au sein des GEM, comme nous avons pu le constater lors de rencontres avec d'autres GEM. S'il s'agit d'un moyen de faire connaître le dispositif et de sensibiliser le grand public aux fragilités psychiques, cette démarche a aussi la particularité de permettre aux adhérents de retrouver des prises sur leur histoire de vie. Rappelons que les personnes qui fréquentent les GEM sont souvent, au cours de leur parcours, amenées de manière injonctive à devoir se raconter auprès des professionnels sociaux ou de santé, de la maison départementale de l'autonomie, parfois des juges, etc. Grard explique que « ces mises en récit ont eu lieu lors de moments de passage d'un statut à un autre : d'un statut de personne « normale » à celui de malade mental, de

[139] Obsoco : Observatoire Société consommation.

suspect à mis en examen, ou encore de chômeur à handicapé » (2008 :144). C'est pourquoi ces moments peuvent être vécus comme pénibles et douloureux.

La démarche de sensibilisation par le témoignage implique pour les adhérents de raconter une partie d'eux-mêmes, mais ce dévoilement de soi y prend une tout autre signification. Tout d'abord, ce dévoilement résulte d'un choix volontaire, les adhérents qui témoignent choisissent de se livrer. Il ne s'agit pas de se raconter pour obtenir l'AAH ou tout autre aide, mais bien de témoigner dans un objectif militant, celui de faire changer les regards sur les fragilités psychiques. Cela permet d'utiliser une expérience de vie qui s'est imposée à eux et qui leur a souvent fait perdre prise, comme nous l'avons vu dans le chapitre 4.

Cette démarche de témoignage permet aux adhérents de retrouver du contrôle sur leur parole, en recevant une écoute et de la reconnaissance vis-à-vis de leurs récits d'expériences. Grard rappelle que les adhérents du GEM qu'il a interviewés ont souvent été *dépossédés* de leur biographie : « les histoires de vie de Paul, Jacques, ou encore celle de Maurice n'ont jamais pu être réellement reçues. Elles ont été écoutées, certes, mais aussi, morcelées, fragmentées par les interventions des professionnels, et leur laissent le sentiment de n'avoir pas été entendues. Pour ces personnes dont il est question ici, ces histoires – de l'hospitalisation, de la prison, etc. – sont relatives à des expériences parfois brutales d'exposition soudaine à la violence, de déclassement social, et par là, de perte du « propre » » (2008 :159). Grard poursuit : « ces biographies morcelées, ces récits de soi répétés et ces soliloques révèlent chez eux le besoin de « retrouver [leur] voix » [Corin, 2002] » (2008 :161).

Il s'agit aussi d'une prise de risque, puisque les adhérents exposent publiquement leur vulnérabilité. Mais la présence du groupe et le fait que cette démarche s'inscrive dans un collectif, avec un objectif de faire changer les regards, sont des éléments qui rassurent et soutiennent la personne qui choisit de témoigner. Les participants ont généralement apprécié ces expériences, à travers le carnet, des conférences ouvertes à tous, notamment du fait qu'ils ont reçu une écoute réceptive et bienveillante de la part du public, qui les a souvent félicités pour ce qu'ils avaient accompli avec leur association.

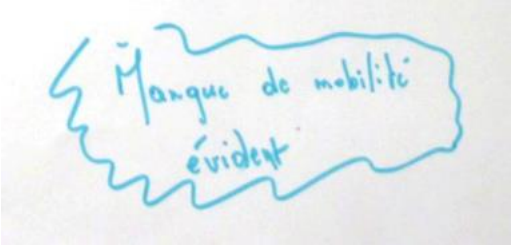
1.3 Tisser des liens avec les acteurs locaux

Outre cette démarche de sensibilisation auprès du grand public, il faut mentionner le travail d'interconnaissance réalisé par les adhérents, qui rencontrent régulièrement les acteurs locaux pour présenter leur association, notamment les collectivités locales, les associations à vocation culturelle et sociale, les réseaux d'économie sociale et solidaire (ESS)[140], etc. Il s'agit en premier lieu de se faire connaître, d'expliquer en quoi consiste un GEM, sachant que le fonctionnement de ce type de dispositif est souvent peu connu des acteurs du territoire (ANCREAI, 2017). Mais l'objectif est aussi de développer l'interconnaissance et de s'inscrire dans les réseaux locaux en vue d'éventuelles collaborations. Ainsi, certains adhérents, dont des participants, représentent par exemple le GEM de B dans des groupes composés d'acteurs de l'ESS, qui se rassemblent pour réfléchir et construire ensemble des projets favorisant le développement local de l'agglomération. Cette démarche de représentation par les adhérents

[140] L'ESS est un secteur qui rassemble des entreprises qui adoptent des principes communs comme la solidarité, l'utilité sociale, la coopération, l'ancrage local ou la gouvernance démocratique.

s'inscrit également dans une volonté de sensibiliser les acteurs locaux aux problématiques que rencontrent les personnes en fragilité psychique. Celles-ci rejoignent d'ailleurs parfois les besoins d'autres populations du territoire. C'est le cas par exemple des difficultés en termes de mobilité, rencontrées à la fois par de nombreux adhérents du GEM mais aussi par d'autres habitants de B et des environs. Dans cet extrait accompagné d'un élément de carte mentale, ce participant explique que la prochaine réunion du groupe d'acteurs de l'ESS va justement porter sur ce sujet :

Figure 47 : Un manque de mobilité mis en avant dans la carte mentale d'un participant dans la soixantaine
Painter S., 2018 – Source : enquête 2016-2017



En fait je manque de mobilité pour aller dans le département. Je le marque. [Ecrit en bas au milieu en bleu « manque de mobilité évident »]. Et on est en train d'étudier avec [le groupe d'acteurs de l'ESS], quelque chose qui peut résoudre ça en ce moment. Mais c'est juste quelque chose qui va être lancé, donc on ne sait pas de quoi ça va parler. Il est question de remplacer par du covoiturage. Je ne sais pas comment ça va se faire […] Avant j'étais drôlement mobile. D'ailleurs quand j'étais au travail, j'avais un périmètre de 30 km autour de ma maison et je voyageais sans arrêt de chez moi (H, 2).

Plusieurs participants ont exprimé le fait qu'ils se sentaient de plus en plus en confiance pour s'exprimer devant ces acteurs, bien que des difficultés et des rapports de pouvoir ont tendance parfois à se maintenir, comme nous l'avons vu dans le chapitre précédent. Pour autant, il faut quand même noter que lorsque les partenaires sont ouverts à la participation des adhérents du GEM aux réunions, cela permet aux participants de se présenter sous une autre identité, qui ne se résume pas au fait d'être une personne avec des fragilités psychiques. Pour cette participante, le fait de reprendre confiance en elle lui permet de se sentir d'égal à égal dans ce type de réunion :

> *J'ai plus peur de rencontrer, je sais pas, un directeur, un responsable, tout ça, c'est un être humain comme moi et puis voilà ! Il a un costume cravate admettons, bah non ! Avant le fait de pas avoir travaillé, enfin c'est pas que j'ai pas travaillé, mais de pas avoir eu tellement de contact avec l'extérieur, bon bah tu te minimises. T'es introverti un peu quoi. Tandis que là t'apprends... T'arrives, il y a plein de monde, 40, 50 personnes, il faut parler, bah tu parles. Et puis t'y vas quoi ! Moi j'ai appris ça. Je parle comme je suis. Même si on n'a pas une élocution extraordinaire. Et puis essayer d'avoir aussi un peu d'autodérision des fois. Parce qu'on peut dire des bêtises ou... Savoir rire de soi, c'est important quoi. Ça relativise les choses. Et puis ça évite de stresser. Voilà mon parcours (F, 1).*

Le GEM est également représenté par plusieurs adhérents dans certains espaces de consultation et/ou de décisions politiques qui contribuent à la production de l'espace urbain, comme à la commission communale pour l'accessibilité[141] ou bien aux réunions de préparation du schéma départemental d'action sociale[142]. Néanmoins, les observations semblent indiquer que le handicap lié aux fragilités psychiques reste encore peu abordé au sein de ces instances, qui se concentrent davantage sur la question de l'accessibilité physique des espaces.

2 Agir sur la ville : le GEM comme acteur de la vie sociale et culturelle locale

A la suite de la naissance du GEM, les adhérents ont mis en place des actions de sensibilisation vis-à-vis des fragilités psychiques. Mais ces dernières années, l'association s'est davantage orientée vers une autre catégorie d'actions visant l'ouverture sur la ville, plaçant la création de liens avec les populations habitantes au cœur des projets mis en œuvre. Parmi ces projets, on s'intéresse ici à la création d'un bar mobile destiné à l'ensemble des habitants de B et des environs.

2.1 Du bar pour les adhérents au bar mobile accessible à tous

Le bar mobile est un concept qui s'est développé petit à petit au sein du GEM de B. Il prend ses racines dans le bar sans alcool (décrit dans le chapitre 8) qui a lieu depuis plusieurs années une fois par semaine au GEM et où les adhérents ont pu développer un savoir-faire particulier : tenir un bar pour une trentaine, voire une quarantaine de personnes sur une après-midi. Au fil des vendredi après-midi, ils ont acquis les compétences nécessaires pour que l'événement se déroule bien : prendre les commandes, servir les clients, tenir la caisse, préparer les boissons, respecter les règles d'hygiène, gérer les stocks de boissons, préparer la salle (tables, bar, chaises, etc.) puis la ranger à la fin, fonctionner en équipe, etc.

Depuis quelques années, les adhérents ont décidé d'utiliser ce savoir-faire au profit de leur envie d'ouverture sur la ville. Ils ont ainsi développé le concept d'un bar mobile : lorsque des événements festifs ou autres sont organisés dans la commune ou aux alentours, le GEM de B est sollicité pour que les adhérents y tiennent la buvette. Ces moments sont très appréciés des participants car ils permettent d'être en lien direct avec la population, notamment avec des familles, favorisant ainsi les échanges intergénérationnels. Le bar mobile permet aussi au GEM de B de s'inscrire davantage dans le tissu associatif local. Certaines associations ayant entendu parler de ce bar mobile viennent en effet proposer aux adhérents de travailler en collaboration avec elles sur de nouveaux événements, comme des fêtes ou des festivals par exemple. Avec ce bar mobile, le GEM de B a acquis davantage de reconnaissance sur le territoire. A travers ces projets, les adhérents sont présents dans les espaces publics (salle des

[141] En France, les communes de plus de 5000 habitants doivent se doter d'une commission communale d'accessibilité chargée de « dresser le constat de l'état d'accessibilité du cadre bâti existant, de la voirie, des espaces publics et des transports. Elle établit un rapport annuel présenté en conseil municipal et fait toutes propositions utiles de nature à améliorer la mise en accessibilité de l'existant » (Loi n° 2005-102 du 11 février 2005, article 46).

[142] En France, les départements sont chargés de définir et de mettre en œuvre la politique d'action sociale de leur territoire.

fêtes, parking, parc, etc.), mais surtout, ils contribuent à la vie sociale et culturelle locale. Ils sont engagés dans la construction du lien avec l'extérieur et cela accroît leur sentiment d'être utiles aux autres, en particulier aux habitants qui viennent aux événements.

Les adhérents ont récemment franchi une étape supplémentaire dans leur projet de bar mobile, en devenant eux-mêmes organisateurs d'événements culturels. Ils ont en effet choisi d'investir des lieux dans la ville – la médiathèque, un magasin de dépôt-vente, un parking – pour y proposer un café éphémère, le temps de quelques heures, ouvert à tous. Ces actions ponctuelles sont intéressantes à étudier sous l'angle de la géographie sociale et de l'appropriation spatiale, car elles consistent à détourner de manière ludique certaines normes d'usage relatives à un espace. Pour Ripoll et Veschambre, « on parle de détournement, pour indiquer que l'appropriation s'opère sur un espace déjà approprié et qu'elle en change le fonctionnement ou la finalité » (Ripoll et Veschambre, 2006 :298). En l'occurrence, les adhérents ont transformé un magasin de B, le temps d'un midi, en un café éphémère. Ils avaient également invité un groupe de musique à venir s'y produire, ce qui a permis de renforcer l'aspect festif de l'événement. En investissant ces espaces de la sorte, les adhérents créent des opportunités de rencontres et d'échanges avec de nouvelles populations, qui ne viennent ni au GEM, ni au centre social. « L'appropriation de l'espace n'est pas seulement une finalité, c'est aussi un moyen » écrivent Ripoll et Veschambre (2006 :304). En proposant d'autres modalités d'occupation de ces lieux, les adhérents favorisent l'émergence de nouvelles sociabilités, bien différentes de celles qui ont habituellement lieu dans un magasin par exemple.

En outre, ces actions permettent d'impliquer encore davantage les adhérents qui les organisent dans la construction de liens avec l'extérieur. Ceux-ci doivent en effet contacter le lieu où ils souhaitent organiser l'événement, trouver un groupe de musique, faire la publicité de l'événement, rechercher des financements auprès des partenaires pour soutenir le projet, etc.

2.2 Ouvrir le GEM aux habitants par la mise en place d'un café associatif

Le verbe « ouvrir » signifie permettre à un espace clos de communiquer avec l'extérieur. L'expression « ouverture sur la ville » peut s'entendre comme un mouvement allant de l'intérieur vers l'extérieur. C'est le fait d'aller dans la ville pour y prendre place et tisser des liens avec les autres habitants, comme c'est le cas lorsque les adhérents investissent des espaces pour y proposer des animations ou faire de la sensibilisation. Mais l'ouverture peut aussi consister à se rendre accessible aux autres, à permettre à l'extérieur de communiquer avec l'intérieur. Après 10 années d'existence, les adhérents ont en effet exprimé le souhait d'ouvrir davantage leur GEM aux habitants de B.

Les cafés éphémères ont été un succès, avec parfois plus de 200 personnes présentes. Les habitants ont très favorablement accueilli ce type d'animation. Les adhérents souhaitent aujourd'hui aller encore plus loin dans ce projet et surtout le pérenniser, en ouvrant au sein même du GEM un café associatif géré par les adhérents mais ouvert à tous, avec des animations proposées aux habitants comme des concerts ou des expositions. Si des moments uniquement passés entre adhérents leur semblent nécessaires pour préserver leur cocon, ils souhaitent aussi inviter les habitants à entrer eux-mêmes dans leur espace, sur des temps dédiés, à raison de quelques heures par semaine. Les observations ont montré que la majorité

des participants, ainsi que la plupart des adhérents, étaient très enthousiastes vis-à-vis de ce projet en cours, qui insuffle chez eux une dynamique nouvelle. Une participante était quelque peu inquiète à l'idée que des personnes extérieures entrent dans le GEM et que ce lieu perde alors son caractère sécurisant. Les autres adhérents lui ont néanmoins rappelé que l'idée était d'ouvrir le GEM au grand public à des moments précis, quelques heures seulement par semaine, les autres plages horaires restant réservées aux activités entre adhérents.

2.3 Se rendre visible dans l'espace public ?

La mise en œuvre de ces projets de bar mobile et de café associatif s'est accompagnée d'une réflexion de la part des adhérents sur la manière de se rendre visible dans l'espace public et sur l'identité qu'ils souhaitaient afficher ou non. Un débat a notamment été organisé pour décider s'il fallait afficher explicitement le fait que ces initiatives étaient portées par un collectif de personnes en fragilité psychique.

Séchet et Garat rappellent que « se rendre visible peut être une stratégie, plutôt pour les acteurs territorialisants, ou une tactique, pour les acteurs individuels, dans le but d'exister en acquérant une identité. Et cela suppose une utilisation délibérée des lieux et des espaces comme support et ressource » (2008 :328). Les adhérents utilisent certes les espaces comme des ressources pour exister, notamment en jouant avec les normes d'usage. Mais pour projeter quelle identité ? Lorsque les adhérents tiennent leur bar mobile, les observations ont montré que très peu d'informations concernant les fragilités psychiques ou bien la nature du GEM étaient diffusées au grand public. Les adhérents sont là pour tenir la buvette, discuter avec les habitants et ainsi faire vivre l'événement, et non pour faire de la sensibilisation, au sens où nous l'avons évoquée au début de cette troisième section. Nous avons remarqué qu'au fil du temps, les adhérents se présentaient publiquement davantage comme une association plutôt que de se définir comme un GEM. Par exemple, dans les invitations ou dans la presse, on lit que « l'association X[143] propose un café convivial tel jour à tel endroit », plutôt que « le GEM de B propose un café ».

De prime abord, cette forme de camouflage de l'identité de GEM peut être interprétée comme une manière d'éviter la stigmatisation. Mais les observations ont permis de constater que ce n'était pas là le seul objectif. Le fait de s'afficher d'abord comme association, plutôt que comme GEM, est une manière de ne pas placer les fragilités psychiques au cœur de l'événement et d'être étiqueté comme un collectif de personnes fragiles plutôt qu'un collectif de citoyens. Les adhérents se sont en effet mis d'accord sur le fait qu'ils ne voulaient pas que leurs « handicaps servent de tête d'affiche aux projets », pour reprendre leurs termes. Le fait de ne pas dire, de ne pas insister sur les particularités des personnes qui fréquentent le GEM constitue, pour les adhérents, une manière différente mais tout aussi militante de changer les regards sur les fragilités psychiques. Celle-ci passe non pas par l'éducation du public à la santé mentale, mais par le fait de tisser des liens avec les habitants et de partager avec eux des temps communs conviviaux. Si ceux-ci souhaitent des informations sur la nature du GEM, les adhérents leur en donneront alors. Cette démarche est donc différente de la sensibilisation évoquée au début de cette section. L'objectif est d'une part d'agir sur les pratiques pour créer

[143] Rappelons que les GEM ont pour obligation de se constituer en association d'adhérents. Nous utilisons la lettre X pour désigner le nom de l'association des adhérents du GEM de B, pour préserver leur anonymat.

des opportunités de rencontres, sans faire des fragilités psychiques le cœur des échanges, et d'autre part de se positionner comme un acteur de la vie culturelle et sociale du territoire à part entière.

2.4 Réinvestir le droit à la ville par le GEM

Toutes ces initiatives renforcent et légitiment la place des personnes en fragilité psychique dans la ville, mais surtout elles permettent aux participants – et aux adhérents plus généralement – de réinvestir leur droit à la ville. Le droit à la ville (Lefebvre, 1968) repose sur deux éléments fondamentaux. Le premier est le droit à l'appropriation, qui passe par le droit d'être présent dans l'espace, d'avoir accès aux centralités urbaines, aux lieux de rencontres et d'échanges et de pouvoir ainsi jouir d'un usage plein et entier de la ville. Le deuxième est le droit à la participation, puisque le droit à la ville est « aussi le droit des habitants à participer pleinement aux décisions qui produisent l'espace urbain » (Purcell, 2009 :44). Cette participation passe par les pratiques routinières, quotidiennes des personnes mais aussi par la possibilité de prendre part aux décisions qui façonnent la ville. Or, en dehors du GEM, les participants ont peu l'occasion d'exercer ce droit à la participation, confirmant les résultats d'autres études portant sur l'accès des personnes en fragilité psychique vieillissantes aux espaces de participation (Dallaire et al, 2010 ; Futeran et Draper, 2012).

En l'occurrence, les adhérents agissent à travers le GEM à l'échelle des espaces pratiqués, en cherchant à transformer les usages de certains espaces. La voie empruntée par les adhérents n'est pas celle de la simple sensibilisation vis-à-vis des fragilités psychiques. Leur démarche consiste à agir collectivement sur la nature même de la ville, en étant force de proposition, à la fois pour donner envie aux habitants de les rencontrer mais aussi pour rendre visible leur contribution, contrant ainsi les représentations stéréotypées des personnes en fragilité psychique comme étant des individus paresseux, inaptes, irresponsables et passifs (Giordana, 2010). En proposant aux habitants des animations festives et à terme, peut-être, un lieu dans la ville qui leur soit ouvert, les participants ont ainsi la possibilité de participer, par l'intermédiaire du GEM, à la fabrique de la vie urbaine, à la transformation de la ville dans ses dimensions physiques et sociales.

Pour l'heure, un frein important à la poursuite du projet de café associatif concerne la recherche d'un local, jusque-là infructueuse. La salle actuelle n'est pas adaptée à la mise en place d'un café associatif ouvert sur la ville. Précisons que le GEM est situé dans un quartier périphérique. Les adhérents souhaitent déménager leurs locaux dans un espace plus central de la ville de B, pour que le lieu soit plus accessible et visible pour les habitants. Au fil des ans, le nombre de personnes fréquentant le GEM a également augmenté, avec presqu'une soixantaine d'adhérents en 2018. Le local du GEM est aujourd'hui trop petit.

Ce type de projet n'est pas un cas isolé. D'autres GEM ont choisi d'ouvrir leurs locaux aux habitants sur des temps dédiés, créant ainsi dans la ville un lieu convivial tels qu'une cantine solidaire, un espace d'exposition, un café ou encore une friperie. Les adhérents du GEM de B sont d'ailleurs allés visiter l'un d'entre eux pour bénéficier de conseils et surtout pour prendre conscience qu'un tel projet était possible. Ces initiatives qui émanent des adhérents invitent à extraire les GEM de la catégorie des dispositifs spécifiquement dédiés à une catégorie de personnes – en l'occurrence les personnes en fragilité psychique – pour les considérer davantage comme des acteurs à part entière du développement social et culturel

local. Ce type de projet montre que « la mise en commun des forces engendrées par certaines formes de participation sociale [peut être] un vecteur de changement social » (Raymond et al, 2012 :45)

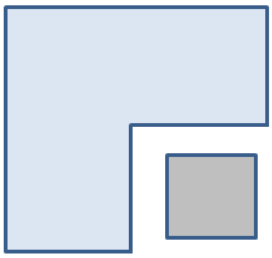
Conclusion du chapitre 9

Ce chapitre a porté sur la manière dont les adhérents du GEM de B tissaient au travers de leur association des liens avec la ville. Il s'agissait plus particulièrement d'étudier la manière dont le GEM mettait concrètement en œuvre sa mission d'ouverture sur la ville, ainsi que la façon dont cela pouvait favoriser ou non l'inclusion des participants.

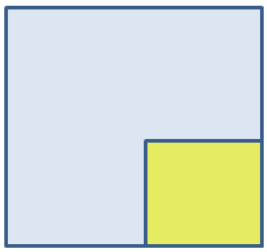
Nous nous sommes intéressés dans un premier temps aux « simples sorties » entre adhérents, qui permettent aux participants de profiter de lieux où ils n'iraient pas d'eux-mêmes ou qu'ils leur sont inaccessibles. Si cela leur offre la possibilité de diversifier, voire d'agrandir le périmètre de leurs espaces de vie, l'analyse montre que ces « simples sorties » sont insuffisantes au regard de l'objectif d'inclusion poursuivi par le GEM. La prise de conscience des adhérents vis-à-vis du risque d'un fonctionnement de leur association en vase clos et de la persistance de regards stigmatisants vis-à-vis des personnes en fragilité psychique les a conduits à vouloir s'investir davantage dans des projets visant l'ouverture sur la ville. Nous avons vu l'importance d'agir à l'échelle des espaces pratiqués par les populations habitantes afin de changer les regards. Mais si les actions des adhérents étaient auparavant plutôt centrées sur une démarche de témoignages et de sensibilisation vis-à-vis des fragilités psychiques, leurs projets s'orientent aujourd'hui vers la création de liens avec les populations habitantes et la participation à la vie sociale et culturelle locale, comme l'illustrent les exemples du bar mobile et du café associatif.

Le schéma ci-dessous synthétise l'action du GEM de B sur la ville. Il met en lumière le potentiel de transformation de la ville que possède ce type de dispositif, qui veut aller au-delà du fait de simplement permettre aux adhérents d'accéder physiquement aux espaces.

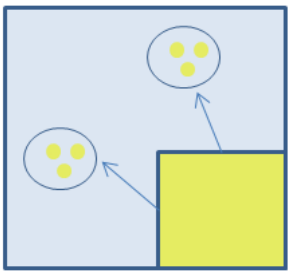
Figure 48 : La schématisation de l'action du GEM sur la ville
Painter S., 2018



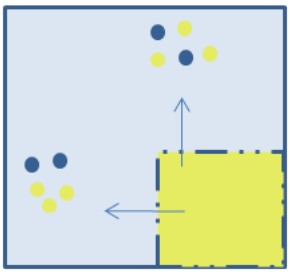
1 : Les espaces de vie des personnes en fragilité psychique ont longtemps été circonscrits à des lieux séparés du reste de la ville (carré gris). Même après la désinstitutionalisation, une logique de mise à l'écart des autres et de la ville (forme bleue) continue de prévaloir pour nombre d'entre elles (Parr, 2011).



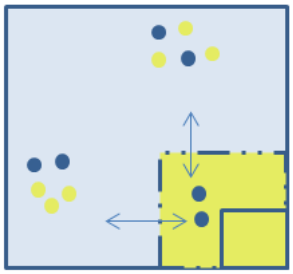
2 : Favoriser leur inclusion commence alors par le fait de leur offrir des espaces situés dans la ville, qu'elles puissent investir et s'approprier collectivement. C'est le cas par exemple du GEM de B (carré jaune). Mais cela ne suffit pas, le risque étant que cet espace, bien que dans la ville, reste isolé entre ses murs, sans communication avec l'extérieur.



3 : Pour ne pas reproduire une logique de séparation avec la ville, les adhérents du GEM de B (ronds jaunes) font des sorties à l'extérieur. Néanmoins, les espaces de la ville ne sont pas toujours inclusifs et il arrive que les adhérents soient maintenus dans une forme d'entre-soi, sans possibilité d'interagir avec les autres personnes présentes par exemple.



4 : Les adhérents ont alors décidé de mettre en place des projets dans la ville afin de sensibiliser le grand public et/ou de créer des liens avec les populations habitantes (ronds bleus).



5 : En plus de ces projets, les adhérents envisagent d'ouvrir leur propre espace aux autres habitants, pour favoriser davantage les échanges et l'interconnaissance, tout en conservant un espace à eux (petit carré bleu, en bas à droite).

Il est possible de mettre en évidence les impacts positifs du GEM de B sur le quotidien des participants et sur la manière dont l'association leur permet de retrouver des prises sur leurs espaces de vie. C'était l'objet de ce chapitre ainsi que du chapitre précédent.

Néanmoins, il apparaît encore trop tôt pour véritablement évaluer l'influence du GEM de B sur la ville, car les initiatives que nous avons décrites dans ce chapitre sont encore récentes, voire encore à l'état de projet pour ce qui concerne l'ouverture d'un café associatif ouvert aux habitants. Pour autant, elles sont illustratives du potentiel créatif qu'un GEM peut posséder en matière de développement culturel et social local. Ces initiatives, réalisées ou en projet, montrent en quoi un dispositif de ce type peut agir en faveur du droit à la ville des adhérents, en les amenant à la fois à *faire partie de la ville* et à *faire la ville*, et à participer à la fabrication de l'espace urbain, dans ses dimensions physique et sociale.

Ce chapitre différait ainsi quelque peu des chapitres précédents, qui étaient plus consacrés aux géographies individuelles des participants. Les résultats présentés ici montrent qu'un GEM n'a pas pour seule vocation d'offrir un espace d'activités et d'entraide pour un public spécifique. Les pratiques des individus peuvent aussi s'agréger en vue d'agir collectivement sur l'espace. Ce chapitre permet de comprendre comment les adhérents contribuent ensemble à transformer la ville, dans ses dimensions physique et sociale, à travers les projets qu'ils mènent au GEM de B. D'où le titre de ce dernier chapitre : « Des géographies individuelles aux pratiques collectives : s'ouvrir et agir sur la ville par l'intermédiaire du GEM ».

Conclusion de la partie III

Cette troisième et dernière partie de la thèse avait pour objectif d'analyser la spécificité du GEM de B au sein des espaces de vie des participants, ainsi que la manière dont ce dispositif était susceptible d'influencer la construction de leurs géographies quotidiennes. Les résultats présentés ont notamment mis en lumière la manière dont le GEM de B permet aux participants de retrouver certaines prises sur la ville.

Le chapitre 8 a montré en quoi le GEM de B offre un espace-ressource dans la ville que les participants peuvent s'approprier. L'importance que revêt l'accès à ce type d'espaces, appelé parfois des « *safe havens* » (Pinfold, 2000) ou des « *spaces of refuge* »[144] (Hall, 2005) a été largement soulignée par plusieurs auteurs s'intéressant à la place des personnes en fragilité psychique dans la ville. Le fait de se retrouver entre pairs est particulièrement apprécié des participants, car cela facilite l'émergence de relations sociales basées sur l'entraide et le non-jugement face aux différences et aux éventuels handicaps. Les participants ont ainsi témoigné d'un vif sentiment d'appartenance vis-à-vis de cet espace qu'ils considèrent comme précieux.

Le GEM de B a également la particularité de procurer aux participants un sentiment de contrôle, à la fois vis-à-vis du temps qui s'y écoule mais aussi d'un espace dont ils sont responsables et qui leur appartient collectivement. Les adhérents ont construit des temporalités qui leur conviennent et ont aménagé un espace qui leur est chaleureux et convivial. Ils ont reproduit à l'intérieur du GEM des lieux sur lesquels ils n'ont qu'assez peu de prises à l'extérieur : un café ou un deuxième chez-soi par exemple. En plus d'être un espace sur lequel les participants exercent une relative maîtrise, le GEM de B est aussi un espace capacitant, dans le sens où il permet aux adhérents d'être en capacité d'agir, de s'investir dans des activités ou dans des projets, à leur rythme, sans que les fragilités psychiques ou l'âge ne constituent un obstacle à la participation sociale. Dans les discours et les observations, le GEM apparaît comme un espace différent, dont la nature, le fonctionnement et les usages tranchent assez considérablement avec le reste de la ville.

Le chapitre 9 s'est concentré sur l'objectif d'ouverture sur la ville des GEM, et plus précisément sur la manière dont les adhérents du GEM de B se saisissaient de cette mission. Nous avons montré en quoi le développement de certains types de projets, en particulier ceux destinés à créer des liens avec les populations habitantes, pouvaient permettre aux participants de retrouver des prises sur la ville et d'exercer leur droit de participer, comme tout citoyen-habitant, à la vie urbaine locale.

Les résultats présentés sont-ils représentatifs de l'ensemble des GEM ? Malgré un cadre réglementaire commun, les GEM sont différents les uns des autres, selon les personnes qui les font vivre, leur territoire d'implantation et les financements dont ils disposent. Néanmoins, cette recherche qualitative donne à voir comment un dispositif de ce type peut favoriser l'inclusion dans la ville de personnes en fragilité psychique vieillissantes. Elle montre également qu'un GEM peut être davantage qu'un « dispositif de prévention et de compensation de la restriction de participation à la vie en société » (arrêté du 18 mars 2016), seulement destiné à offrir des activités de loisirs et à favoriser le mieux-être d'un public

[144] On peut traduire ces deux expressions par « havre de paix », « lieu de refuge ».

spécifique. En l'occurrence, l'exemple du GEM de B soutient l'idée que ces collectifs de personnes, certes en fragilité psychique, peuvent aussi être considérés comme des acteurs du développement social et culturel local, dont les initiatives, ancrées dans leurs territoires, sont susceptibles de profiter à l'ensemble des habitants.

Conclusion générale

Cette recherche qualitative a permis d'explorer en profondeur le quotidien d'une population peu étudiée mais amenée à devenir de plus en plus nombreuse, à savoir les personnes en fragilité psychique vieillissantes. La thèse a aussi permis d'étudier un dispositif original et propre à la France, les GEM, qui, forts de leur succès, ont aujourd'hui été étendus à d'autres publics, telles que les personnes autistes.

L'objet de recherche a été construit autour d'une double-interrogation :

- Les personnes en fragilité psychique vieillissantes ont-elles la possibilité de pratiquer et de s'approprier la ville comme elles le voudraient ?
- Comment favoriser leur inclusion dans la ville, dans le respect de leurs choix ?

La question de l'inclusion des personnes en fragilité psychique vieillissantes a été abordée à travers le rapport à la ville et le vécu quotidien de 14 participants de la recherche âgés de 50 à 68 ans. L'analyse a consisté à étudier leurs pratiques dans les espaces du quotidien, dans le but d'accéder aux expériences d'inclusion et d'exclusion que ces personnes vivent et qui dessinent leurs géographies quotidiennes. L'approche, inscrite dans la géographie sociale et ciblée sur la question de l'inclusion dans la ville, a ainsi permis d'analyser quelques-unes des conditions nécessaires pour que les espaces puissent être davantage inclusifs, c'est-à-dire offrir la possibilité de prendre part, si la personne le souhaite, à la vie de la ville.

Trois questions opérationnelles ont été formulées à l'issue du chapitre 2, afin de guider la collecte puis l'analyse des données. Ces questions correspondent à trois manières d'aborder les géographies quotidiennes des participants. Elles avaient pour objectif d'analyser :

- Les facteurs contraignant et/ou favorisant les pratiques et l'appropriation des espaces de la ville par les participants
- Les bricolages qu'ils mettent en place avec et dans l'espace pour faire face aux difficultés et se construire un quotidien plus satisfaisant
- L'influence du GEM sur les pratiques spatiales mais aussi sur la transformation de la ville elle-même

Cette conclusion générale consiste d'abord en une synthèse des principaux résultats et apports de la thèse. Un deuxième temps est consacré au bilan de la démarche méthodologique mise en œuvre. La conclusion se termine par quelques perspectives de recherche dégagées à l'issue de ce travail.

Principaux résultats et apports de la thèse

Cette recherche visait à nourrir la réflexion concernant la manière de favoriser l'inclusion des personnes en fragilité psychique vieillissantes. Un objectif important consistait à documenter les besoins de ces personnes, par une étude détaillée et nuancée de leur quotidien. Dans ce retour synthétique sur les principaux résultats de la thèse, il est important de revenir sur deux thèmes essentiels : d'une part, le mouvement oscillatoire des géographies quotidiennes des participants, qui alternent entre prises et manques de prises, et d'autre part la manière dont les adhérents du GEM de B inventent des géographies créatives, participant ainsi à la construction d'une ville un peu plus inclusive.

Un sentiment mitigé d'appropriation spatiale : Prises et manques de prises dans les espaces du quotidien

Les résultats de cette recherche confirment la complexité des micro-géographies des personnes en fragilité psychique, mise en lumière dans les travaux de géographes de la santé mentale (Hall, 2004, 2010 ; Parr, 2000, 2011 ; Parr et Philo, 2004 ; Philo et Wolch, 2001 ; Pinfold, 2000, etc.). L'entremêlement des expériences d'inclusion et d'exclusion vécues par les participants est perceptible dans le mouvement oscillatoire de leurs géographies quotidiennes. Celles-ci sont en effet marquées par une alternance constante entre prises et manques de prises au sein des espaces de vie. C'est pourquoi, à plusieurs reprises dans la thèse, est évoqué le sentiment mitigé d'appropriation des espaces par les participants.

L'étude des géographies quotidiennes a révélé la multitude de facteurs contraignant les pratiques des participants. Une part importante de l'analyse a ainsi consisté à interroger l'accessibilité des espaces dans la ville. Les participants sont confrontés à des limitations physiques et financières qui les empêchent d'accéder et de pratiquer certains lieux. Tous ont des problèmes de santé susceptibles d'affecter leur capacité à se déplacer. Or, les espaces ne sont pas toujours conçus pour accueillir des personnes à mobilité réduite. La plupart n'ont pas de moyens de transport et disposent de ressources financières limitées. L'accessibilité des espaces dépend également de la manière dont les personnes s'y sentent et s'y perçoivent, de même qu'à la façon dont elles s'y sentent perçues par les autres. Or, les personnes en fragilité psychique font souvent l'objet de stigmatisation et peinent à établir des relations sociales satisfaisantes avec d'autres. Le fait d'être seul, de ne pas avoir d'ami ou de proche avec qui sortir, est un obstacle important à la pratique de la ville qui a très souvent été mentionné par les participants. Toutes ces contraintes sont sources de souffrance pour ces personnes, elles alimentent leur mal-être et creusent leur manque de confiance et d'estime de soi.

Les participants ont pour point commun d'avoir un quotidien marqué par l'ennui et la solitude, et de se sentir écartés de la vie sociale et des loisirs, d'où leur fréquentation régulière du GEM de B. Ils ne demeurent pas pour autant passifs face aux difficultés rencontrées. Au fil des chapitres, nous avons pu voir la manière dont ils mettent aussi en place certains bricolages, dans le but de rendre leur quotidien plus satisfaisant. Outre leur investissement au GEM de B, on mentionnera par exemple la manière dont la plupart d'entre eux utilisent la marche pour calmer leurs angoisses. L'étude de ces quelques bricolages a ainsi permis de voir comment certains espaces, tel un café ou un sentier de promenade, peuvent contribuer au mieux-être des participants et ainsi constituer des points d'ancrage essentiels leur permettant de retrouver quelques prises au sein de leur espace de vie.

Favoriser le lien social, un déterminant essentiel de la santé mentale

En matière de promotion de la santé mentale, se contenter d'essayer de changer les comportements individuels, en incitant les personnes à prendre soin de leur santé (manger sainement ou faire du sport par exemple) se révèle bien insuffisant au regard de ce que l'enquête de terrain a permis d'observer. Cette approche seule conduit à uniquement responsabiliser les individus vis-à-vis de leur propre santé mentale, alors que c'est une action plus générale sur les déterminants socio-environnementaux qu'il convient de mener (Curtis, 2010). Mettre l'accent sur les facteurs liés à l'environnement et les inégalités sociales plutôt

que sur la responsabilité des individus amène à considérer que « la santé mentale est donc une réalité indissociable de choix et d'enjeux sociaux qui relève *in fine* de l'action publique » (Dorvil, 2008 : 28).

Plusieurs facteurs influençant la santé mentale des participants ont été abordés dans cette recherche. Mais il faut souligner l'importance de l'un d'entre eux, qui est revenu au travers de l'ensemble des chapitres. Il s'agit du manque d'accès au lien social, à l'origine de souffrances pour les participants, et qui souvent constitue la première raison pour laquelle ils fréquentent le GEM. Rappelons que cette recherche n'avait pas vocation à déterminer l'influence d'une maladie ou d'un trouble spécifiques sur la pratique des espaces. Il s'agissait de s'intéresser à des personnes vieillissantes relevant du public-cible des GEM, à savoir une population en fragilité psychique. Ainsi l'échantillon de participants est constitué de personnes qui pour certaines ont reçu un diagnostic psychiatrique (bipolarité, schizophrénie par exemple) et d'autres non. Qu'il y ait présence ou non d'un diagnostic, d'un trouble particulier, etc., nous avons constaté que l'ensemble des participants étaient concernés par cette souffrance liée au manque de relations sociales significatives, malgré un désir de rencontrer d'autres personnes. Ces résultats viennent confirmer les études pointant l'insuffisante prise en compte des besoins sociaux des personnes en fragilité psychique vieillissantes et leurs risques élevés de faire une dépression (Auslander et Jeste, 2002 ; Cohen et al, 2007 ; Cummings et Kropf, 2009 ; Ibrahim et al, 2010 ; Ortega, 2009).

Le maintien de liens sociaux de proximité apparaît comme une dimension essentielle en faveur de la santé mentale des personnes vieillissantes, qu'elles soient déjà en fragilité psychique ou non (Marier et al, 2017 ; Raymond, 2013 ; Raymond et Grenier, 2016). Pour cela, il est indispensable de penser des environnements sociaux et physiques qui leurs soient favorables et qui leur permettent de maintenir des prises dans la ville pour continuer à se sentir incluses. Ainsi, la présence de lieux où les personnes peuvent faire des rencontres et tisser des liens avec d'autres, comme au GEM par exemple, est essentielle. Fréquenter cette association permet aux participants de se créer un réseau d'appartenance, basé sur des relations d'entraide entre pairs. L'existence d'un tel lieu permet de combler en partie le manque de relations sociales significatives dont souffrent les participants en dehors du cercle des adhérents, ce qui leur permet de se sentir en meilleure santé mentale.

Cependant, si les GEM sont susceptibles d'améliorer grandement le quotidien des personnes qui les fréquentent, celles-ci restent confrontées quotidiennement à des formes d'exclusion que ni le GEM de B, ni les adhérents ne peuvent résoudre à eux seuls. Rappelons que l'inclusion, telle que la notion a été formulée dans le chapitre 2, s'inscrit dans une démarche collective, qui concerne la société en son entier (Billette et al, 2012ab ; Bouquet, 2015). Si les GEM effectuent un travail essentiel qui contribue à l'inclusion des adhérents dans la ville, ils ne peuvent lutter seuls contre les exclusions que rencontrent ces personnes. Comme cela a été rappelé en conclusion du chapitre 8, l'étude des apports bénéfiques du GEM de B dresse en miroir le portrait d'une ville encore insuffisamment inclusive et accueillante pour les personnes en fragilité psychique et/ou vieillissantes. Les participants viennent en effet trouver au GEM ce qu'ils ne parviennent à trouver ailleurs, à savoir du lien social, de la reconnaissance, de l'appartenance ou encore du plaisir.

L'émergence de géographies inclusives et créatives au travers du GEM

L'analyse des observations, des entretiens et des cartes mentales a mis en évidence le statut particulier du GEM de B aux yeux des participants, qui apparaît comme un espace à part au sein de leurs géographies quotidiennes. Le chapitre 8 a permis de dégager certaines spécificités de cet espace. Celui-ci a la particularité d'être construit par et pour ses adhérents qui, faut-il le rappeler, ont généralement assez peu de prises sur les espaces qu'ils fréquentent au quotidien. Fréquenter le GEM de B leur procure ainsi un sentiment de contrôle, qui peut avoir une influence positive sur l'expérience d'autres espaces, par exemple en favorisant l'appropriation du chez-soi après avoir passé une journée agréable, productive, en compagnie d'autres personnes. Il faut insister sur la créativité dont ces personnes font preuve pour se construire un espace chaleureux, qui leur convient et leur apporte ce dont ils manquent dans le reste de la ville. Le GEM est un espace qui leur appartient, qui a été pensé de sorte que les adhérents puissent véritablement l'investir et se l'approprier. Pour Parr (2011)[145], c'est dans et à travers ce type d'espaces que les personnes peuvent se présenter à elles-mêmes et aux autres sous une identité qui n'est plus celle du patient ou de l'usager de la psychiatrie. Mais l'auteure rappelle que ces espaces sont encore trop rares. Le GEM de B offre ainsi les conditions d'un espace de participation sociale que les participants peuvent réellement investir, en tant que citoyens-habitants. L'existence du GEM de B, en tant qu'espace physique et social, a ainsi transformé les géographies quotidiennes des participants, même si des formes d'exclusion persistent dans la ville.

En plus d'être un espace-ressource et capacitant pour les participants, le GEM de B apparaît aussi comme un outil dont les adhérents peuvent se saisir collectivement pour agir eux-mêmes sur la ville et la rendre davantage inclusive. L'étude des contraintes à l'appropriation spatiale des participants a conduit à s'interroger sur la manière dont la présence des personnes en fragilité psychique vieillissantes dans la ville pouvait être favorisée, notamment à travers le GEM. L'accès aux espaces sociaux dans la ville est essentiel car il permet de susciter le sentiment de faire partie de la ville. Plusieurs modalités de présence dans les espaces ont été analysées dans le chapitre 9, notamment à travers certains projets mis en place par les adhérents pour favoriser l'ouverture du GEM sur la ville. On pense au bar mobile ou à l'organisation de cafés éphémères qui visent à créer des liens avec les populations habitantes, sans pour autant que ces événements soient centrés sur une démarche de sensibilisation ou d'éducation vis-à-vis des fragilités psychiques. L'essentiel est bien de pouvoir participer à la vie de la ville, comme tout un chacun. A travers ces projets, les adhérents du GEM de B jouent avec les pratiques et les normes d'usage de certains espaces publics, afin d'exploiter leur qualité « d'espaces de rencontre potentielle avec l'altérité » (Guinard, 2010 :1). L'inclusion passe alors par le fait d'offrir à ces personnes la possibilité de participer à la fabrication de la ville, au même titre que n'importe quel habitant qui souhaite s'engager dans la vie sociale et culturelle de sa commune.

Les adhérents du GEM de B ne souhaitent pas que certaines de leurs actions dans la ville soient explicitement estampillées du sceau des fragilités psychiques, préférant s'afficher

[145] « Disclosures and identity revisions can happen in and through rather hard-to-find spaces of participation » (Parr, 2011 :168).

d'abord comme un collectif de citoyens-habitants. Mais il est intéressant de relever qu'on assiste tout de même là à un changement de la logique qui prévaut souvent en matière d'inclusion des personnes en situation de handicap. Celles-ci sont en effet souvent perçues comme les bénéficiaires de programmes qui leur sont destinés, plutôt qu'actrices des projets (Lallement et al, 2016). Avec le GEM de B, il faut souligner que nous sommes en présence d'un collectif de personnes fragiles, la plupart avec un handicap reconnu et/ou en invalidité, qui œuvrent bénévolement à l'animation de la vie culturelle et sociale de leur ville, à travers des projets qu'elles ont elles-mêmes imaginés et mis en œuvre, à la fois pour elles, mais aussi pour les autres habitants.

Définir le GEM comme un acteur du développement culturel et social local, dont les projets sont susceptibles de profiter aussi à l'ensemble des habitants amène à envisager autrement les personnes en fragilité psychique, vieillissantes ou non. S'il est indispensable de nommer et de décrire les exclusions que celles-ci subissent, l'étude du GEM de B a aussi permis de poser un regard positif et dynamique sur cette population, en soulignant son caractère actif dans les processus d'appropriation spatiale et ses contributions à la production de l'espace et de la ville. Comme l'expliquent Lallement et al : « favoriser l'engagement bénévole des personnes en situation de handicap permet de sortir des registres « classiques » d'intervention des associations : on passe alors d'un registre « compassionnel » (faire à leur place) et « institutionnel » (où seuls les professionnels du handicap peuvent faire à leur place) à un registre davantage basé sur l'action, et plus particulièrement sur « l'autodétermination » (elles font d'elles-mêmes et pour elles-mêmes). Ce changement de registre influence également le rôle et le statut des personnes en situation de handicap au sein de ces structures associatives : on passe du rôle et du statut de « bénéficiaire/usager » (celui qui reçoit) à ceux « d'acteur/bénévole » (celui qui donne), ou pour le dire autrement, du « faire pour » au « faire avec », voire au « faire faire » (2016 :12).

Les réflexions menées dans cette thèse, à l'aune de la géographie sociale, ont ainsi permis de clarifier l'expression « d'ouverture sur la ville ». Cette notion ne se limite pas à la possibilité d'être présent dans les espaces de la ville, elle renvoie aussi à la possibilité de pouvoir participer à leur transformation. C'est à ce titre que l'ouverture sur la ville apparaît, pour le GEM de B, comme un véritable levier d'inclusion, qui permet aux participants de retrouver des prises sur les espaces urbains.

Retour sur la méthodologie

Accéder au point de vue des personnes

> « L'attention portée aux individus comme acteurs, aux pratiques et formes d'appropriation autant qu'aux usages des espaces implique des géographies du proche. L'échelle micro est celle des analyses attentives aux pratiques, aux adaptations, aux raisons de l'action. Alors, évidemment, comme certains peuvent le regretter, c'est plus l'ordinaire de la vie des personnes qui est présent dans ce volume que les espaces en crise ou les grands drames » (Séchet et Garat, 2008 :322)

La démarche méthodologique mise en œuvre lors de l'enquête de terrain a permis d'accéder au quotidien des participants, en donnant une large place à l'expression de leur

point de vue. En ouverture de son ouvrage « Geographies of Disability », Gleeson (2002) évoque la difficulté à pénétrer les réalités de personnes qui vivent depuis de nombreuses années une situation de handicap, à comprendre et rendre compte de leur expérience vécue. Pour surmonter cette difficulté, il invite à adopter une stratégie qui consiste à « écouter avec attention et empathie, non sans esprit critique, [leurs] voix »[146] (2002 :5). Dans le même esprit, Pinfold (2000) rappelle que « la voix est un concept important » quand on fait de la recherche auprès de personnes vivant avec des problèmes de santé mentale.

Ces conseils, banals de prime abord, font en fait écho à des tensions fortes dans la sphère de la santé mentale, autant dans le domaine de la recherche, du terrain des professionnels que du quotidien des individus. La parole des patients de la psychiatrie a longtemps été disqualifiée, inexistante, ou bien saisie à travers le discours des autres, des professionnels, des familles ou de la société (Pinfold, 2000). Ces rapports asymétriques sont construits sur une supposée hiérarchie des discours, expert versus profane, scientifique versus sens commun, particulièrement répandue dans la sphère psychiatrique (Van Dongen, 2004), où « la parole est tout particulièrement enjeu de pouvoir » (Velpry, 2010 :48). Il n'est pas rare non plus que dans les études scientifiques, les auteurs aient des réticences à accorder une validité aux propos de ces personnes (Meester et al, 2010), considérant par exemple que leurs discours ne seraient pas accessibles ou fiables, à cause d'un risque que celles-ci tiennent des propos délirants. Ces auteurs considèrent en effet que les problèmes de santé mentale, en particulier lorsqu'un diagnostic psychiatrique a été posé, atteignent la subjectivité même de la personne, si bien qu'elle ne serait pas capable de décrire fidèlement, c'est-à-dire objectivement, le réel (Ehrenberg et Lovell, 2001 ; Velpry, 2008).

La perspective adoptée dans cette thèse est beaucoup plus compréhensive. Pour Velpry, « de fait, accorder de l'importance au point de vue du patient et à son récit, c'est au moins reconnaître en partie son autonomie comme personne pensante, autonomie qui peut être déniée dans le contexte psychiatrique » (2004 :60). Lors de l'analyse des discours, il ne s'agissait pas de déterminer si ce que les participants avaient dit était vrai ou pas, ou de se demander si leur propos était délirant ou exagéré, puisque le rôle du chercheur en sciences sociales n'est pas de proposer une lecture clinique du discours. Adopter une telle posture reviendrait à interpréter le discours au prisme du couple sain/malade, rejouant dans la relation chercheur/enquêté les rapports de pouvoir asymétriques qui s'instaurent souvent entre le soignant et son patient (Parr, 1998). Poser la question en ces termes n'a pas vraiment de pertinence à partir du moment où l'on s'intéresse à l'expérience telle qu'elle est vécue par la personne. Arguant en faveur d'une exigence tant politique que scientifique de reconnaissance des participants comme sujets, Grard (2011) affirme son choix de prendre au sérieux ses interlocuteurs dans sa recherche qu'il a lui aussi mené auprès d'adhérents d'un GEM. Evoquant les discours délirants, sa posture a consisté, « sans [se] prononcer sur le statut de ces discours, [à] analyser la manière dont ils s'intégraient à l'expérience des personnes ainsi que les fonctions qu'ils pouvaient remplir » (2011 :137).

Lors de l'enquête de terrain, les discours des participants étaient la plupart du temps tout à fait accessibles et compréhensibles. Rappelons néanmoins qu'il s'agissait de personnes allant « relativement bien », aucun n'étant au bord d'une hospitalisation par exemple, même si

[146] « Listening with care and empathy, though never uncritically, to [their] voices » (Gleeson, 2002 :5).

certains ont pu revenir lors des entretiens ou dans les discussions informelles sur des moments de détresse qu'ils avaient connus par le passé et sur leurs éventuelles hospitalisations en psychiatrie. Mais le fait d'aller « relativement bien » n'empêchait pas qu'ils pouvaient avoir de temps en temps d'importantes baisses de moral, où il leur était plus difficile de tenir un discours cohérent et de répondre à des questions. Il faut ainsi souligner l'intérêt d'une méthodologie qui permette de bien connaître les personnes avec qui l'on fait les entretiens. Cela m'a aidée à repérer si la personne n'allait pas suffisamment bien pour être en mesure de faire l'entretien. Le fait d'être présente plusieurs mois au GEM permettait de reporter le rendez-vous à un moment où la personne était plus en forme.

Les limites de la méthodologie

La démarche méthodologique mise en œuvre a rempli plusieurs objectifs posés au début de la thèse. La combinaison entre les observations, les entretiens et les cartes mentales a permis d'accéder aux géographies ordinaires des participants et de comprendre comment celles-ci sont construites par un ensemble de facteurs capacitants et incapacitants. La méthode a également permis de saisir le sens que les participants accordent à leurs pratiques et d'appréhender de manière compréhensive leur rapport à l'espace urbain et leurs expériences des lieux. Néanmoins, comme pour toute méthodologie, il est nécessaire d'en souligner aussi les limites.

- <u>Le seuil d'âge des participants et l'étude du vieillissement</u>

Une première limite de la méthodologie concerne le seuil d'âge minimal des participants (50 ans). Un des objectifs initiaux de la thèse était d'étudier le processus de vieillissement des personnes en fragilité psychique vivant dans une petite ville. Comme nous l'avons vu dans le chapitre 1, des recherches montrent que ces personnes vieillissent plus précocement et moins bien que le reste de la population, avec une plus forte dégradation de leur état de santé et une qualité de vie moindre (Karim et al, 2005), d'où un seuil souvent fixé dans ces études à 50 ans pour considérer qu'une personne en fragilité psychique est âgée (Bartels, 2004). Néanmoins, les observations ont permis de constater qu'une grande partie des caractéristiques et des situations problématiques rencontrées par les participants (les limitations physiques, la déprime, la stigmatisation, la solitude, l'alcoolisme, la pauvreté, les effets des médicaments, les ruptures dans le parcours professionnel, certains diagnostics, etc.) étaient également partagées par de nombreux adhérents âgés de la quarantaine. Cela vient donc à l'encontre des études portant sur les personnes en fragilité psychique, dont les résultats suggèrent une nette différence en matière de besoins selon l'âge des individus enquêtés (Bédard et al, 2007 ; Cummings et Cassie, 2008).

La ressemblance était néanmoins moins flagrante avec les jeunes adhérents (18-30 ans), qui débutent leur vie d'adulte, vivent encore pour la plupart chez leurs parents et débutent leur parcours professionnel. Il a donc été très difficile de distinguer dans l'analyse les éléments propres au vieillissement vis-à-vis de ceux relevant plutôt des fragilités psychiques. Ce seuil d'âge de 50 ans aurait ainsi pu être fixé de manière empirique, c'est-à-dire sur la base d'observations de terrain au sein du GEM de B, afin qu'il corresponde davantage à un groupe d'âge composé d'individus partageant des caractéristiques communes,

par exemple les adhérents âgés de 40 à 65 ans. Une autre solution aurait pu consister à constituer un échantillon de participants plus âgés, en rehaussant le seuil minimum à 60 ans par exemple, mais cela aurait nécessité de recruter des adhérents au sein de plusieurs GEM, le nombre de sexagénaires étant assez limité au GEM de B.

- Des bricolages trop peu mis en lumière

Le fait que les bricolages n'aient pas été suffisamment mis en lumière est une autre limite identifiée *a posteriori*. L'objectif initial était de consacrer un chapitre entier aux bricolages, puisque ceux-ci correspondaient à l'une des questions opérationnelles formulées dans le chapitre 2. Mais il s'avère que les bricolages ont été finalement assez peu observés et traités, au profit d'une analyse davantage centrée sur les facteurs contraignant et/ou facilitant les pratiques spatiales des participants, ainsi que sur l'influence du GEM sur les géographies quotidiennes. Ces deux aspects correspondent aux deux autres questions opérationnelles de recherche. La grille d'entretien aurait ainsi pu être davantage axée sur ce point, avec des questions portant sur les mécanismes de *coping* par exemple. Les participants ont rarement verbalisé leurs bricolages en tant que tels, ce qui peut s'expliquer par le fait qu'il s'agit souvent de mécanismes dont les personnes ne sont pas toujours conscientes. Les entretiens auraient pu être ainsi plus dirigés vers ce sujet précis, afin de pouvoir davantage documenter la manière dont les participants font face à leurs difficultés, en s'appropriant et en mobilisant des ressources dans la ville.

- Qu'en est-il des personnes en fragilité psychique vieillissantes qui ne veulent ou ne peuvent fréquenter un GEM ?

L'échantillon de participants n'a concerné que des personnes en fragilité psychique vieillissantes fréquentant un GEM. Or, ce dispositif ne convient pas à tout le monde. Certaines personnes peuvent ne pas apprécier ou se sentir intimidées par l'importance accordée à la dimension collective par exemple. La présence du groupe, le fait d'être amené à devoir côtoyer de nombreuses personnes différentes peuvent parfois constituer une source d'angoisse. Quelques études ont porté sur d'autres modalités alternatives de soutien à la participation sociale de personnes en fragilité psychique vieillissantes. On pense notamment à un programme exploratoire mis en place au Québec consistant à proposer à une personne vieillissante rencontrant des problèmes de santé mentale d'être accompagnée dans des sorties par un « accompagnateur-citoyen ». Dans ce programme, les accompagnateurs-citoyens sont définis comme « des personnes vivant dans la communauté, qui ne sont pas des professionnels en intervention psychosociale et qui se sont engagées à accompagner une personne aînée avec une problématique de santé mentale ou psychosociale dans un processus d'intégration et de participation dans la communauté pour une période allant jusqu'à six mois (Aubin et al, 2018 :169). Aubin et al (2018) ont dégagé les effets bénéfiques de cette expérimentation à partir des résultats préliminaires de leur recherche, en mettant notamment en lumière la manière dont ce type d'accompagnement plus individualisé peut développer le pouvoir d'agir des personnes et favoriser leur inclusion. Si les GEM contribuent à améliorer le quotidien de leurs adhérents, il faut donc garder à l'esprit que ce dispositif correspond à une solution parmi d'autres et qu'il est important que les personnes puissent choisir, au sein d'une palette de possibilités, les modalités qui leur correspondent le mieux, à cette période de leur vie.

Perspectives de recherche

A l'issue de cette thèse, plusieurs perspectives de recherche s'ouvrent. Deux d'entre elles sont présentées dans cette conclusion. La première porte sur la question du vieillissement et de la perte d'autonomie des adhérents des GEM. La deuxième piste invite à poursuivre la réflexion sur l'inclusion et les pratiques dans la ville, mais en s'intéressant à d'autres publics, en particulier les personnes autistes, à qui le dispositif des GEM s'est ouvert en 2018.

Vieillir avec le GEM, l'épineuse question de l'autonomie

Le GEM de B apparaît comme un véritable point d'ancrage que les participants veulent conserver, même lorsqu'ils seront plus âgés. Il n'est pas considéré par les participants comme une étape transitoire de leur vie, destinée à n'être que temporaire et dont ils sortiraient lorsqu'ils iraient mieux. Aucun n'envisage de quitter l'association, précisant qu'ils veulent au contraire maintenir sur la durée ce lien qui leur semble essentiel.

Le vieillissement des adhérents des GEM amène néanmoins à interroger la possibilité pour ces dispositifs d'accueillir des personnes en perte d'autonomie. Les participants, âgés de 50 à 68 ans, étaient encore suffisamment autonomes pour venir au GEM et participer aux activités sans avoir besoin d'être accompagnés dans les actes et les gestes de la vie quotidienne. Néanmoins, nous avons pu constater que ces limitations pouvaient devenir plus importantes chez les participants les plus âgés, comme l'a montré l'exemple de ce participant soixantenaire qui ne peut plus participer aux marches entre adhérents à cause de ses problèmes de santé physique. Dans la mesure où les GEM accueillent des adhérents majoritairement avançant en âge (ANCREAI, 2017), il est probable que ces dispositifs soient amenés dans les années à venir à devoir faire face à la question du vieillissement de leurs membres (Demoustier et al, 2017).

Concernant le thème de l'autonomie, certains GEM sont déjà confrontés à la question de l'accueil de personnes peu autonomes, qu'elles soient vieillissantes ou non, avec des besoins importants d'accompagnement auxquels les adhérents et les salariés ne peuvent pas répondre (ANCREAI, 2017). Il s'agit là d'un véritable questionnement, les adhérents et les salariés se retrouvant face à un dilemme difficile. Le GEM est défini comme un espace inclusif, où chacun doit pouvoir trouver sa place, d'autant plus que les adhérents sont des personnes qui souvent peinent à trouver des lieux qu'ils puissent investir dans la ville. Mais en même temps, le projet des GEM et leur fonctionnement présupposent un certain degré d'autonomie chez les personnes qui les fréquentent. Au moment de l'enquête, les administrateurs avaient engagé une réflexion sur ce sujet, en s'interrogeant par exemple sur la capacité du GEM de B à accueillir dans de bonnes conditions une personne susceptible de se mettre en danger (par exemple qui ne regarde pas en traversant la route ou qui ne peut pas manipuler de l'eau bouillante), ou encore quelqu'un qui a besoin d'aide pour aller aux toilettes ou pour manger. Ma participation à des rencontres inter-GEM a permis de constater que d'autres GEM étaient confrontés à des difficultés similaires. Les observations au GEM de B ont montré le caractère extrêmement délicat de ces questionnements, les adhérents étant partagés entre une volonté d'accueillir, de ne pas exclure et le sentiment d'être démunis face aux difficultés posées par l'accueil de ces personnes peu autonomes.

L'inclusion dans la ville des personnes autistes

Cette thèse s'est intéressée à l'inclusion et aux pratiques dans la ville de personnes en fragilité psychique vieillissantes. Une deuxième piste de recherche, qui fait l'objet d'un projet de post-doctorat[147], consiste à questionner les modalités d'appropriation des espaces d'autres populations, en particulier les personnes autistes, à qui le dispositif des GEM s'est récemment ouvert. Le Plan Autisme 2018-2022[148] préconise en effet la création d'un GEM par département pour personnes autistes.

L'autisme concerne 700 000 personnes en France selon la Haute Autorité de Santé (HAS[149], 2010). Il se manifeste par des troubles de la communication, des intérêts restreints et des comportements à caractère répétitif (OMS, 2008), des particularités sensorielles (Bogdashina, 2016), une faible tolérance au changement (Gotham et al, 2013) ou encore des problèmes de motricité. Dans un environnement qui ne tient pas compte de leurs particularités, les personnes autistes se retrouvent souvent en situation de handicap. Or les lieux publics leur sont rarement adaptés, malgré une obligation de mise en accessibilité pour tous depuis la loi de 2005 sur le handicap (Schovanec, 2017). Des aménagements sont pourtant possibles pour rendre ces lieux plus accessibles, en intervenant sur les dimensions physiques mais aussi sociales, cognitives et informationnelles de l'espace.

La thèse a montré que l'accessibilité d'un lieu est certes liée à la manière dont l'environnement physique est aménagé, mais qu'elle dépend aussi de la manière dont les personnes s'y sentent et ont l'impression d'être acceptées par les autres. Dans les pays anglo-saxons, des initiatives visant à rendre certains espaces plus « *autism-friendly* » se multiplient, afin que les personnes autistes puissent pratiquer et s'approprier les lieux de la ville, tels que les magasins, les restaurants, les équipements sportifs et culturels, les entreprises, etc., au même titre que n'importe quel citoyen. Ces initiatives consistent à réorganiser des lieux publics en tenant compte des particularités sensorielles des personnes autistes, de leur faible tolérance aux imprévus, de leurs difficultés à saisir l'implicite, à communiquer, etc., et cherchent à leur offrir des environnements calmes, lisibles et prédictibles au sein desquels les personnes autistes se sentent souvent moins en difficulté (Grancich, 2014).

Poser la question de l'inclusion dans la ville des personnes autistes permettrait également de poursuivre la réflexion concernant l'élaboration de méthodologies et d'outils de collecte de données permettant à ces personnes de s'exprimer et de faire entendre leurs voix, sachant que leur parole est rarement prise en compte et qu'elles peuvent avoir des difficultés plus ou moins importantes de communication. Plusieurs auteurs incitent les chercheurs à développer des méthodologies inclusives et participatives, qui permettent de recueillir le point de vue de populations jusque-là peu prises en considération dans les études (Fletcher-Watson, 2018 ; Godin-Tremblay et Lussier-Desrochers, 2018 ; Johson et Walmsley, 2003 ; Julien-Gauthier et al, 2009). La prise en compte de ces personnes oblige à faire preuve de créativité pour repenser ou inventer des outils de collecte qui permettent par exemple de réaliser un entretien de recherche avec des personnes dont les manières de communiquer diffèrent de ce à

[147] Au moment de la rédaction de la thèse, ce projet de post-doctorat était en cours de construction.

[148] Secrétariat d'Etat chargé des personnes handicapées. (2018). *Stratégie nationale pour l'Autisme au sein des troubles du neuro-développement.*

[149] HAS : Haute Autorité de Santé.

quoi les chercheurs sont habitués (personnes non ou peu verbales, difficultés à répondre à des questions ouvertes par exemple), mais dont la parole n'en est pas moins valide et légitime.

Pour conclure

Si cette thèse a porté sur une population spécifique, il s'agissait aussi de mener une réflexion plus globale sur les conditions d'une ville davantage inclusive pour tous. Les résultats suggèrent en effet que certains besoins des personnes en fragilité psychique vieillissantes ne sont pas si différents de ceux des autres habitants, dès lors qu'il s'agit de penser des espaces urbains accessibles et qui permettent la création de liens sociaux.

La mise en lumière d'expérimentations telles que les GEM est importante, car ces collectifs de personnes inventent et expérimentent mille et une manières d'être et de vivre-ensemble, afin de favoriser l'émergence de liens basés sur l'entraide, la solidarité et l'acceptation de l'autre, à la fois à l'intérieur de chaque GEM et à l'extérieur. C'est en cela qu'ils participent à l'éclosion de géographies inclusives et créatives, qui contribuent à la transformation de la ville et peuvent constituer de véritables sources d'inspiration pour penser des espaces plus inclusifs.

Bibliographie

A

Allain, B, & Baudelle, G. (2000). Les petites villes et la question de l'urbanité : l'exemple de la Bretagne. In N. Croix (Eds.), *Des campagnes vivantes, un modèle pour l'Europe ? Mélanges offerts au professeur Jean Renard*, (pp. 589-601). Nantes/Rennes : CESTAN–IGARUN/Presses Universitaires de Rennes.

Anadón, M., & Guillemette, F. (2006). La recherche qualitative est-elle nécessairement inductive ? *Recherches qualitatives*, 5, 26-37.

ANCREAI, (2017). *Evaluation qualitative des effets produits par les GEM sur les situations de vie de leurs adhérents*. ANCREAI-DGCS, 134p.

André, Y. (1989). *Représenter l'espace : L'imaginaire spatial à l'école*. Anthropos-Economica.

Andrews, G. J., Cutchin, M., McCracken, K., Phillips, D. R., & Wiles, J. (2007). Geographical gerontology: The constitution of a discipline. *Social Science & Medicine*, 65(1), 151-168.

Andrews, G. J., Evans, J., & Wiles, J. L. (2013). Re-spacing and re-placing gerontology: relationality and affect. *Ageing & Society*, 33(8), 1339-1373.

Andrews, G. J., Milligan, C., Phillips, D. R., & Skinner, M. W. (2009). Geographical gerontology: mapping a disciplinary intersection. *Geography Compass*, 3(5), 1641-1659.

Argoud, D. (2012). Des "personnes âgées" au "vivre ensemble" » : vers un nouveau référentiel pour l'action gérontologique ? In J.P. Viriot-Durandal, C. Pihet & P.M. Chapon (Eds.), *Les défis territoriaux face au vieillissement*, (pp. 107-119). Paris, La Documentation française.

Argoud, D. (2013). La prise en compte des nouveaux lieux du vieillir par les politiques publiques françaises. In M. Membrado & A. Rouyer (Eds.), *Habiter et vieillir. Vers de nouvelles demeures*, (pp. 213-224). Toulouse, ERES Pratiques du champ social.

Argoud, D. (2017). Territoires et vieillissement : vers la fin de la politique vieillesse ? *Lien social et Politiques*, (79), 17-34.

Arnold, C., & Barthélémy, N. (2014). Les allocataires du minimum vieillesse : parcours et conditions de vie. *Études et résultats*, (863), DREES.

Arnold, C., & Lelièvre, M. (2015). Niveau de vie et pauvreté des personnes âgées de 1996 à 2012. *Retraite et société*, (1), 17-40.

Aubin, G., Hachey, R., & Mercier, C. (2002). La signification des activités quotidiennes chez les personnes souffrant de troubles mentaux graves. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 69(4), 218-228.

Aubin, G., & Therriault, P. Y. (2018). L'accompagnement citoyen pour l'intégration des aînés ayant un trouble mental. *Gérontologie et société*, 40(3), 165-180.

Auslander, L. A., & Jeste, D. V. (2002). Perceptions of problems and needs for service among middle-aged and elderly outpatients with schizophrenia and related psychotic disorders. *Community Mental Health Journal*, 38(5), 391-402.

Autès, M. (2007). Les inégalités de santé, fruit d'une injustice sociale, *Contact Santé*, (221), 12-13.

Autès, M. (2012). Un impensé : les inégalités sociales de santé. In L. Demailly & M. Autès (Eds.), *La politique de santé mentale en France : Acteurs, instruments, controverses*, (pp. 41-52). Armand Colin.

Authier, J. Y., & Bidou-Zachariasen, C. (2017). Éditorial. Ces villes dont on ne parle pas. *Espaces et sociétés*, (1), 9-16.

Ayerbe, C., & Missonier, A. (2007). Validité interne et validité externe de l'étude de cas : principes et mise en œuvre pour un renforcement mutuel. *Finance Contrôle Stratégie*, 10(2), 37-62.

Azéma, B., & Martinez, N. (2005). Les personnes handicapées vieillissantes : espérances de vie et de santé ; qualité de vie. *Revue Française Des Affaires Sociales*, (2), 295-333.

B

Baer, L. D., & Gesler, W. M. (2004). Reconsidering the concept of therapeutic landscapes in JD Salinger's The Catcher in the Rye. *Area*, 36(4), 404-413.

Barrett, R. J. (1997). *La traite des fous : la construction sociale de la schizophrénie*. Institut synthélabo pour le progrès de la connaissance.

Bartels, S. J. (2004). Caring for the whole person: Integrated health care for older adults with severe mental illness and medical comorbidity. *Journal of the American Geriatrics Society*, 52(12), 249-257.

Bartels, S. J., Forester, B., Mueser, K. T., Miles, K. M., Dums, A. R., Pratt, S. I., ... & Perkins, L. (2004). Enhanced skills training and health care management for older persons with severe mental illness. *Community mental health journal*, 40(1), 75-90.

Bartels, S. J., Haley, W. E., & Dums, A. R. (2002). Implementing evidence-based practices in geriatric mental health. *Generations*, 26(1), 90-98.

Barthe, J.-F., Clément, S. & Drulhe, M. (1988). Vieillesse ou vieillissement ? Les processus d'organisation des modes de vie chez les personnes âgées. *Les Cahiers de la Recherche sur le Travail Social*, 15, 11-31.

Barthe, J.-F., Clément, S. & Drulhe, M. (1990). Vieillesse ou vieillissement ? Les processus d'organisation des modes de vie chez les personnes âgées. *Revue internationale d'action communautaire*, 23(63), 35-46.

Beal, G., Veldhorst, G., McGrath, J. L., Guruge, S., Grewal, P., DiNunzio, R., & Trimnell, J. (2005). Constituting community: Creating a place for oneself. *Psychiatry*, 68(3), 199-211.

Bédard, M., Gibbons, C., & Dubois, S. (2007). The needs of rural and urban young, middle-aged and older adults with a serious mental illness. *Canadian Journal of Rural Medicine*, 12(3), 167-176.

Bell, D., & Jayne, M. (2009). Small cities? Towards a research agenda. *International Journal of Urban and Regional Research*, 33(3), 683-699.

Bellahsen, M. (2014). *La santé mentale. Vers un bonheur sous contrôle.* La Fabrique.

Benattar, B. (2007). Actualités des clubs thérapeutiques et groupes d'entraide mutuelle. *VST-Vie sociale et traitements*, (3), 64-73.

Bennett, K.M. (2005). Social engagement as a longitudinal predictor of objective and subjective health. *European Journal of Ageing*, 2(1), 48-55.

Berger, M., Rougé, L., Thomann, S., & Thouzellier, C. (2010). Vieillir en pavillon : mobilités et ancrages des personnes âgées dans les espaces périurbains d'aires métropolitaines (Toulouse, Paris, Marseille). *Espace populations sociétés*, (1), 53-67.

Bergeron, H. & Castel, P. (2015), *Sociologie politique de la santé*, Paris, Presses Universitaires de France.

Bergman, H., Béland, F., Karunananthan, S., Hummel, S., Hogan, D., & Wolfson, C. (2004). Développement d'un cadre de travail pour comprendre et étudier la fragilité. *Gérontologie et société*, 27(2), 15-29.

Berkman, L. F., Glass, T., Brissette, I., & Seeman, T. E. (2000). From social integration to health: Durkheim in the new millennium. *Social science & medicine*, 51(6), 843-857.

Bernard, N. (2005). *J'habite donc je suis : pour un nouveau rapport au logement*. Labor.

Bernard, N. (2008). Le logement intergénérationnel : quand l'habitat (re) crée du lien. *La revue nouvelle*, (2), 67-76.

Bernard, N. (2009). Le droit au logement comme socle de l'exercice d'autres droits fondamentaux. *Bruxelles Laïque Échos*, (66), 40-43.

Bernard, M., & Scharf, T. (2007). *Critical perspectives on ageing societies*. Policy Press.

Berroir, S., Delage, M., Fleury, A., Fol, S., Guerois, M., Maulat, J., ... & Cerqueira, E. V. (2017). Petites villes périurbaines et ancrage local des habitants. Les cas de Méru et Senlis dans l'Oise. *Espaces et societes*, (1), 69-88.

Biggs, S., Lowenstein, A., & Hendricks, J. (Eds.). (2003). *The need for theory: Critical approaches to social gerontology*. Baywood Publishing Company.

Bigo, M. (2015). *Les pratiques des femmes âgées sur les promenades balnéaires en Bretagne : processus de vieillissement et citadinité* (thèse de doctorat en géographie sociale, Université Rennes 2).

Bigo, M., & Séchet, R. (2016). Une petite lorgnette pour élargir la focale : questionner le droit à la ville des femmes âgées à partir de leurs pratiques des promenades balnéaires. *Environnement urbain/Urban Environment*, 10.

Billette, V. & Lavoie, J.P. (2010). Vieillissements, exclusions sociales et solidarités. In M. Charpentier, N. Guberman, V. Billette, J.P. Lavoie, A. Grenier & I. Olazabal (Eds.), *Vieillir au pluriel*, (pp. 1-22). PUQ.

Billette, V., Lavoie, J. P., Séguin, A. M., & Van Pevenage, I. (2012a). Réflexions sur l'exclusion et l'inclusion sociale en lien avec le vieillissement. L'importance des enjeux de reconnaissance et de redistribution. *Frontières*, *25*(1), 10-30.

Billette, V., Lavoie, J. P., & Guberman, N. (2012b). D'une société exclusive à une société inclusive et plurielle. Perspectives de solidarités en gérontologie sociale. *Cahiers du Centre de recherche et d'expertise en gérontologie sociale*, 3.

Blanpain, N. (2011). L'espérance de vie s'accroît, les inégalités sociales face à la mort demeurent. *Insee première*, (1372).

Blanpain, N. (2016). Les hommes cadres vivent toujours 6 ans de plus que les hommes ouvriers. *Insee première*, (1584).

Bogdashina, O. (2016). *Sensory perceptual issues in autism and asperger syndrome: different sensory experiences-different perceptual worlds*. Jessica Kingsley Publishers.

Bond, G. R., Salyers, M. P., Rollins, A. L., Rapp, C. A., & Zipple, A. M. (2004). How evidence-based practices contribute to community integration. *Community Mental Health Journal*, 40(6), 569-588.

Bondi, L. (2009). Counselling in rural Scotland: Care, proximity and trust. *Gender, Place & Culture*, 16(2), 163-179.

Bouquet, B. (2015). L'inclusion : approche socio-sémantique. *Vie sociale*, (3), 15-25.

Breux, S., Reuchamps, M., & Loiseau, H. (2010). Apports et potentialités de l'utilisation de la carte mentale en science politique. *Transeo Review*, (2-3).

Bukov, A., Mass, I. and Lamper, T. 2002. Social participation in very old age: Cross-sectional and longitudinal findings from BASE. *The Journal of Gerontology*, 57(6), 510-517.

Burns, V., J.-P. Lavoie & D. Rose (2012). Revisiting the Role of Neighbourhood Change in Social Exclusion of Older People, *Journal of Aging Research*, 2012.

Butler R. (1969). Age-Ism: Another form of bigotry. *The Gerontologist*, 9(4), 243-246.

Butler, R. & Parr, H., (1999). *Mind and body spaces: Geographies of illness, impairment and disability*, Routledge.

C

Cahagne, N. (2015). *La ruralité au comptoir : une géographie sociale et culturelle des cafés ruraux bretons* (thèse de doctorat en géographie sociale, Université Rennes 2).

Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (2017). *Bilan d'activité des groupes d'entraide mutuelle (GEM) Année 2015.* CNSA, 18p.

Campéon, A. (2011). Vieillesses ordinaires en solitude. *Gérontologie et société*, 34(3), 217-229.

Cann, P., & Dean, M. (Eds.). (2009). *Unequal ageing: The untold story of exclusion in old age.* Policy Press.

Cantin, R., Boucher, N., Vézina, J., & Couture, M. (2017). Handicap et loisirs. Vers une meilleure compréhension de la participation sociale par l'expérience de loisir inclusive. *Loisir et Société*, 40(3), 340-359.

Caradec, V. (2001). *Sociologie de la vieillesse et du vieillissement*. Armand Colin.

Caradec V. (2009). L'expérience sociale du vieillissement. *Idées économiques et sociales*, 3(157), 38-45.

Caradec, V. (2014). Transitions du vieillissement et épreuve du grand âge. In C. Hummel, I. Mallon & V. Caradec (Eds.), *Vieillesses et vieillissements : regards sociologiques*, (pp.273-288). Presses Universitaires de Rennes.

Caradec, V., Chamahian, A., Marier, P., & Séguin, A. M. (2017). Les territoires du vieillissement. *Lien social et Politiques*, (79), 4-16.

Caradec, V., Ertul, S., & Melchior, J. P. (2012). *Les dynamiques des parcours sociaux.* Rennes, Presses Universitaires de Rennes.

Carbonneau, H., & Duquette, M. M. (2018). Loisir et Société : 40 ans de publications sur la recherche en loisir et santé. *Loisir et Société*, 41(1), 81-104.

Carbonneau, H., & Roult, R. (2013). *Rapport sur l'étude des facteurs facilitant l'adoption de saines habitudes de vie et la pratique d'activités physiques et sportives par les jeunes ayant une limitation fonctionnelle.* Trois-Rivières, Canada : Département d'Études en

loisir, culture et tourisme UQTR–Défi Sportif.
Carbonneau, H., Cantin, R., & St-Onge, M. (2015). Pour une expérience de loisir inclusive. *Bulletin de l'Observatoire québécois du loisir*, 12(11).
Caria, A., Roelandt, J. L., Defromont, L., Vandeborre, A., & Daumerie, N. (2010). Représentations sociales du « fou », du « malade mental » et du « dépressif » en population générale en France. *L'encéphale*, 36(3), 7-13.
Castel, R. (1995). *Les métamorphoses de la question sociale : une chronique du salariat*. Fayard.
Caster, R. (1976). *L'ordre psychiatrique. L'âge d'or de l'aliénisme*. Paris, Éditions de Minuit.
Chamak, B. (2010). Autisme, handicap et mouvements sociaux. *Revue européenne de recherche sur le Handicap*, 4(2), 103-115.
Charpentier, M., Guberman, N., Billette, V., Lavoie, J. P., Grenier, A., & Olazabal, I. (2010). *Vieillir au pluriel*. PUQ.
Chaudet, B. (2009). *Handicap, vieillissement et accessibilité. Exemples en France et au Québec* (thèse de doctorat en géographie, Université d'Angers).
Chauvin, P., & Vallée, J. (2014). Inégalités de santé : dimensions individuelles et contextuelles. *Les Cahiers de l'IAU-îdF*, (170-171), 46-49.
Chouinard, V. (1997) Editorial: making space for disabling differences: challenging ableist geographies, *Environment and Planning D: Society and Space*, 15, 2-6.
Christensen, K. M., Holt, J. M., & Wilson, J. F. (2010). Effects of perceived neighborhood characteristics and use of community facilities on physical activity of adults with and without disabilities. *Preventing chronic disease*, 7(5).
Clément, S., Drulhe, M., Mantovani, J. & Membrado, M. (2018). Genèse de la déprise. *Gérontologie et société*, 40(155), 27-32.
Clément, S., Mantovani, J. et Membrado, M. (2010). Du bon voisinage aux solidarités de proximité. In P. Pitaud (Eds.), *Solitude et isolement des personnes âgées*, (pp. 105-138). Toulouse, France : Éditions Érès.
Clément, S., Membrado, M., & Mantovani, J. (1996). Vivre la ville à la vieillesse : se ménager et se risquer. *Les annales de la recherche urbaine*, 73(1), 90-98.
Cohen, G. D., Perlstein, S., Chapline, J., Kelly, J., Firth, K. M., & Simmens, S. (2007). The impact of professionally conducted cultural programs on the physical health, mental health, and social functioning of older adults—2-year results. *Journal of Aging, Humanities and the Arts*, 1(1-2), 5-22.
Cohen, C. I., Vahia, I., Reyes, P., Diwan, S., Bankole, A. O., Palekar, N., ... & Ramirez, P. (2008). Focus on geriatric psychiatry: schizophrenia in later life: clinical symptoms and social well-being. *Psychiatric services*, 59(3), 232-234.
Coldefy, M. (2010). *De l'asile à la ville : une géographie de la prise en charge de la maladie mentale en France* (thèse de doctorat en géographie, Université Panthéon-Sorbonne-Paris I).
Coldefy, M., & Chaleix, M. (2007). *La prise en charge de la santé mentale.* Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques, 316p.
Coldefy, M., Le Neindre, C., & Nestrigue, C. (2015). Troubles schizophréniques et caractéristiques socio-économiques, géographiques et d'offre de soins des territoires. *Rhizome*, (3), 6-7.

Collignon, B. (2010). L'éthique et le terrain. *L'information géographique*, 74(1), 63-83.
Comité National pour la Bientraitance et les Droits des Personnes Agées et des Personnes Handicapées. (2013). *Prévention du suicide chez les personnes âgées*. 74p.
Corin, E. (2002). Se rétablir après une crise psychotique : ouvrir une voie ? Retrouver sa voix ? *Santé mentale au Québec*, 27(1), 65-82.
Cosgrove, L., Krimsky, S., Vijayaraghavan, M., & Schneider, L. (2006). Financial ties between DSM-IV panel members and the pharmaceutical industry. *Psychotherapy and psychosomatics*, 75(3), 154-160.
Coupechoux, P. (2014a). *Un homme comme vous : essai sur l'humanité de la folie*. Éd. du Seuil.
Coupechoux, P. (2014b). La santé mentale : négation de la folie. *Pratiques en santé mentale*, 60(1), 58-64.
Crowe, M. (2000). Constructing normality: a discourse analysis of the DSM-IV. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 7(1), 69-77.
CSA. (2017). *Solitude et isolement quand on a plus de 60 ans en France*. Fondation des petits frères des Pauvres, 23p.
Cumming, E. & Henry, W. E. (1961). *Growing old. The process of disengagement*. New York, NY: Basic Books.
Cummings, S. M., & Cassie, K. M. (2008). Perceptions of biopsychosocial services needs among older adults with severe mental illness: Met and unmet needs. *Health & social work*, 33(2), 133-143.
Cummings, S. M., & Kropf, N. P. (2009). Formal and informal support for older adults with severe mental illness. *Aging & Mental Health*, 13(4), 619-627.
Curtis, S. (2004). *Health and inequality: Geographical perspectives*. Sage.
Curtis, S. (2007). Géographie sociale et géographie de la santé. Illustration à partir de la recherche sur les « effets de voisinage » sur la santé et sur les paysage thérapeutiques. In S. Fleuret & J. Thouez (Eds.), *Géographie de la santé. Un panorama*, (pp. 26-36). Economica Anthropos.
Curtis, S. (2010). *Space, place and mental health*. Ashgate Publishing, Ltd.
Cutchin, M. P. (2005). Spaces for inquiry into the role of place for older people's care. *Journal of Clinical Nursing*, 14(s2), 121-129.
Cutchin, M. P. (2009). Geographical Gerontology: New Contributions and Spaces For Development. *The Gerontologist*, 49(3), 440-444.
Cyrulnik, B., & Lemoine, P. (2018). *Histoire de la folie avant la psychiatrie*. Odile Jacob.

D

Dallaire, B., McCubbin, M., Provost, M., Carpentier, N., & Clément, M. (2010). Cheminements et situations de vie des personnes âgées présentant des troubles mentaux graves : perspectives d'intervenants psychosociaux. *Canadian Journal on Aging/La Revue canadienne du vieillissement*, 29(02), 267-279.
Damon, J. (2012). *La question SDF*. Presses Universitaires de France.
Damon, J. (2014). *L'exclusion*. Presses Universitaires de France.
Dardot, P., & Laval, C. (2009). *La nouvelle raison du monde. Essai sur la société néolibérale*.

Paris, La Découverte.
Darmon, M. (2001). *Approche sociologique de l'anorexie : un travail de soi* (thèse de doctorat en sociologie, Université Paris 5).
Davidson, L., Flanagan, E., & Styron, T. (2012). Des politiques en faveur de l'inclusion sociale. In T. Greacen & E. Jouet, *Pour des usagers de la psychiatrie acteurs de leur propre vie*, (pp. 131-151). ERES.
Dear, M. J., & Taylor, S. M. (1982). *Not on our street: Community attitudes to mental health care*. London: Pion.
Dear, M. J., & Wolch, J. R. (1987). *Landscapes of despair: From deinstitutionalization to homelessness*. Cambridge : Polity Press.
Debrach, L., Patris, C., Nadaud-Vidal, D., Marabet, B., Soubie, A., Peintre, C. (2016). *Etude sur l'accompagnement à domicile des personnes adultes en situation de handicap psychique*. Observatoire National des Aides Humaines, 184 p.
De Certeau, M. (1990). *L'invention du quotidien. Tome 1 : Arts de faire*. Collection Folio essais, Gallimard.
Declerck, P. (2014). *Les naufragés*. Plon.
De Koninck, M., Pampalon, R., Paquet, G., Clément, M., Hamelin, A., Disant, M., Trudel, G., Lebel, A. (2008). *Santé : pourquoi ne sommes-nous pas égaux ? Comment les inégalités sociales de santé se créent et se perpétuent*. Institut national de santé publique du Québec, 95p.
Del Casino, V. J. (2009). Ageing and the 'new' social geographies of older people. In V.J. Del Casino (Eds), *Social Geography: A Critical Introduction*, (pp. 238-263). Wiley-Blackwell, Chichester, UK.
Demailly, L. (2012). Nouveaux contextes sociaux de l'action publique en santé mentale. In L. Demailly & M. Autès (Eds.), *La politique de santé mentale en France : Acteurs, instruments, controverses*, (pp. 29-40). Armand Colin.
Demazière, C. (2014). Pourquoi et comment analyser les villes moyennes ? Un potentiel pour la recherche urbaine. *Métropolitiques*.
Demazière, C. (2017). Le traitement des petites et moyennes villes par les études urbaines. *Espaces et sociétés*, (1), 17-32.
Demoustier, S., Fiacre, P., Perrot-Dessaux, C., Prieto, J. (2017). *Entre vulnérabilité et autonomie : étude sur les GEM de la région Centre-Val de Loire*. CREAI, ARS, 73p.
Depeau, S. (2003). *L'enfant en ville : autonomie de déplacement et accessibilité environnementale* (thèse de doctorat en psychologie environnementale, Paris 5).
Depeau, S. (2008). Radioscopie des territoires de la mobilité des enfants en milieu urbain. Comparaison entre Paris intra-muros et banlieue parisienne. *Enfances, Familles, Générations*, (8).
Depeau, S., & Ramadier, T. (2005). Les Trajets Domicile-Ecole en Milieux Urbains : Quelles conditions pour l'autonomie de l'enfant de 10-12 ans ? *Psychologie & société*, 8, 81-112.
Diwan, S., Cohen, C. I., Bankole, A. O., Vahia, I., Kehn, M., & Ramirez, P. M. (2007). Depression in older adults with schizophrenia spectrum disorders: prevalence and associated factors. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 15(12), 991-998.
Donzelot, J. (2007). Un État qui rend capable. In S. Paugam (Eds.), *Repenser la solidarité :*

L'apport des sciences sociales, (pp. 87-109). Presses Universitaires de France.
Dorvil, H. (2008). *Les inégalités sociales en santé : le cas spécifique de la santé mentale*. Classiques des sciences sociales. Les sciences sociales contemporaines.
Dorvil, H., & Benoit, M. (1999). Représentations sociales et conditions de vie des personnes âgées classées malades mentales ou déficientes intellectuelles en résidence d'accueil. *Santé mentale au Québec*, 24(2), 229-252.
Douglas, J. M., Dyson, M., & Foreman, P. (2006). Increasing leisure activity following severe traumatic brain injury: Does it make a difference? *Brain Impairment*, 7(2), 107-118.
Drancourt, M. (2017). Les GEM : des collectifs qui n'ont pas dit leur dernier mot. *VST-Vie sociale et traitements*, (2), 50-55.
Dubet, F. (2002). *Le déclin de l'institution*. Paris Seuil
Dubois, V. et Ebersold, S. (2013). *Handicap, pratiques culturelles et participation sociale : rapport de recherche*. CNSA, DREES-MiRe, 75p.
Duff, C. (2011). Networks, resources and agencies: On the character and production of enabling places. *Health & place*, 17(1), 149-156.
Duff, C. (2012). Exploring the role of 'enabling places' in promoting recovery from mental illness: A qualitative test of a relational model. *Health & place*, 18(6), 1388-1395.
Dupuis, S. L., & Smale, B. J. (1995). An examination of relationship between psychological well-being and depression and leisure activity participation among older adults. *Loisir et société*, 18(1), 67-92.
Durand, B. (2009). Les Groupes d'entraide mutuelle : un acquis des usagers. *L'information psychiatrique*, 85(9), 803-812.

E

Ebersold, S. (2002). Le champ du handicap, ses enjeux et ses mutations : du désavantage à la participation sociale. *Análise Psicológica*, 20(3), 281-290.
Ebersold, S. (2015). Inclusif. Vous avez dit inclusif ? L'exemple du handicap. *Vie sociale*, (3), 57-70.
Edouard, J. C. (2008). La petite ville : contexte scientifique et enjeux de développement / aménagement. *Bulletin de l'Association de géographes français*, 85(1), 3-12.
Ehrenberg, A. (1991). *Le Culte de la performance*, Editions Calmann-Lévy, Paris.
Ehrenberg, A. (2008). *La fatigue d'être soi : dépression et société.* Odile Jacob.
Ehrenberg, A. (2010). Société du malaise ou malaise dans la société ? *La Vie des idées* (30 mars).
Ehrenberg, A., & Lovell, A. (2001). *La maladie mentale en mutation*. Psychiatrie et société, Paris, Odile Jacob.
Ehrenberg, A., Mingasson, L. & Vulbeau, A. (2005). Interview - L'autonomie, nouvelle règle sociale : Entretien avec Alain Ehrenberg. *Informations sociales*, 126(6), 112-115.
Emerson, R. (2003). Le travail de terrain comme activité d'observation. Perspectives ethnométhodologistes et interactionnistes. In D. Cefaï (Eds.), *L'enquête de terrain*, (pp. 398-420). Paris : La Découverte/MAUSS.
Enoncé de Politique des Trois Conseils. (2014). *Ethique de la recherche avec des êtres humains*, 234p.

Estroff S. (1981). *Le labyrinthe de la folie - ethnographie de la psychiatrie en milieu ouvert*, Paris, Les Empêcheurs de penser en rond.

Evans, A. B. (2017). To 'just be relaxed and with your own thoughts': Experiences of aquatic activity amongst individuals diagnosed with schizophrenia. *Loisir et Société*, 40(2), 175-192.

Eyraud, B., & Velpry, L. (2014). De la critique de l'asile à la gestion de l'offre en santé mentale : une désinstitutionnalisation à la française de la psychiatrie ? *Revue française d'administration publique,* (149), 207-222.

F

Fassin, D., Grandjean, H., Kaminski, M., Lang, T., & Leclerc, A. (2000). *Les inégalités sociales de santé.* Paris : La Découverte.

Favret-Saada, J. (2004). Glissements de terrains. Entretien avec Jeanne Favret-Saada. *Vacarme*, (28), 4-12.

Felonneau, M. L. (1994). Les étudiants et leurs territoires : La cartographie cognitive comme instrument de mesure de l'appropriation spatiale. *Revue française de sociologie*, 35(4), 533-559.

Fenech, A. (2008). The benefits and barriers to leisure occupations. *NeuroRehabilitation*, 23(4), 295- 297.

Ferrer, I., Grenier, A., Brotman, S., & Koehn, S. (2017). Understanding the experiences of racialized older people through an intersectional life course perspective. *Journal of aging studies*, 41, 10-17.

Fields, D. (2011). Emotional refuge? Dynamics of place and belonging among formerly homeless individuals with mental illness. *Emotion, Space and Society*, 4(4), 258-267.

Fletcher-Watson, S., Adams, J., Brook, K., Charman, T., Crane, L., Cusack, J., ... & Pellicano, E. (2018). Making the future together: Shaping autism research through meaningful participation. *Autism: the international journal of research and practice*.

Fleuret, S., & Atkinson, S. (2007). Wellbeing, health and geography: a critical review and research agenda. *New Zealand Geographer*, 63(2), 106-118.

Fleuret, S., & Séchet, R. (2006). Spatialité des enjeux de pouvoir et des inégalités : pour une géographie sociale de la santé. In R. Séchet & V. Veschambre (Eds.), *Penser et faire la géographie sociale. Contributions à une épistémologie de la géographie sociale*, (pp. 333–349). Presses Universitaires de Rennes.

Fleuret, S., & Thouez, J. P. (2007). *Géographie de la santé. Un panorama*. Economica Anthropos.

Fondation Abbé Pierre. (2009). *Rapport annuel sur l'état du mal-logement en France*. 319p.

Fortin, D. (1989). La pauvreté et la maladie mentale : est-ce que les pauvres sont plus malades et si oui pourquoi ? *Santé mentale au Québec*, 14(2), 104-113.

Foucault, M. (1972). *Histoire de la folie à l'âge classique : Folie et déraison.* Gallimard.

Fougeyrollas, P., & Réseau international sur le processus de production du handicap. (1998). *Classification québécoise--processus de production du handicap*. Lac St-Charles, Québec : RIPPH= SCCIDIH.

Fournand, A. (2003). Images d'une cité. Cartes mentales et représentations spatiales des

adolescents de Garges-lès-Gonesse. *Annales de géographie*, 112(633), 537-550.
Fraser, N. (2004). Justice sociale, redistribution et reconnaissance. *Revue du MAUSS*, (23), 152-164.
Frelat-Kahn, B., & Lazzarotti, O. (2012). *Habiter : vers un nouveau concept*. Armand Colin.
Fullilove, M. T. (1996). Psychiatric implications of displacement: Contributions from the psychology of place. *The American Journal of Psychiatry*, 153(12), 1516-1523.
Furtos, J. (2001). Habiter. *Rhizome*, (7).
Furtos, J., Colin, V., Pichon, A., & Bonneval, L. (2012). *Aspects psychosociologiques et éthiques de l'accompagnement au logement des personnes ayant un long parcours d'errance. De la nécessité d'habiter la relation d'accompagnement*. ONSMP-ORSPERE, 221p.
Futeran, S., & Draper, B. M. (2012). An examination of the needs of older patients with chronic mental illness in public mental health services. *Aging & mental health*, 16(3), 327-334.

G

Gagnon, Y. C. (2005). *L'étude de cas comme méthode de recherche : guide de réalisation*. PUQ.
Gardien, E. (2013). Loi 2005 : prendre soin du citoyen et de la société ? *Psychologie clinique*, (1), 15-23.
Gardien, E. (2017). *L'accompagnement et le soutien par les pairs.* Presses Universitaires de Grenoble.
Gardou, C. (2005). *Fragments sur le handicap et la vulnérabilité*. Ramonville : Erès.
Gaudin, S. (2013). *Villes moyennes et rénovation urbaine : discours et actions d'une transaction spatiale : exemples pris en Bretagne* (thèse de doctorat en géographie, Université Rennes 2).
Gesler, W. M. (1992). Therapeutic landscapes: medical issues in light of the new cultural geography. *Social science & medicine*, 34(7), 735-746.
Gesler, W. M. (1993). Therapeutic landscapes: theory and a case study of Epidauros, Greece. *Environment and Planning D: Society and Space*, 11(2), 171-189.
Giordana, J. Y. (2011). *La stigmatisation en psychiatrie et en santé mentale*. Elsevier Masson.
Gleeson, B. (1999). *Geographies of disability*. Psychology Press.
Godillon, S., Lesteven, G., & Mallet, S. (2015). Réflexions autour de la lenteur. *Carnets de géographes*, (8).
Godin-Tremblay, V., & Lussier-Desrochers, D. (2018). La recherche qualitative : le vecteur d'une innovation sociale et organisationnelle destinée aux personnes présentant une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme. *Revue francophone de la déficience intellectuelle*, 28, 37-49.
Goffman, E. (1968). *Asiles : études sur la condition sociale des malades mentaux et autre reclus*. Editions de Minuit.
Goffman, E. S. (1975). *Les usages sociaux des handicaps.* Paris : Les Editions de Minuit.
Gotham, K., Bishop, S. L., Hus, V., Huerta, M., Lund, S., Buja, A., ... & Lord, C. (2013). Exploring the relationship between anxiety and insistence on sameness in autism

spectrum disorders. *Autism Research*, 6(1), 33-41.

Grancich, D. D. (2014). *Exploring Urban Design Theory: A Qualitative Study Integrating" Autism-Friendly Environments" As an Emerging Perspective*. University of California, Irvine.

Grard, J. (2008). Devoir se raconter. In A. Bensa & D. Fassin (Eds.), *Les politiques de l'enquête*, (pp. 143-163). La Découverte.

Grard, J. (2011). *Frontières invisibles. L'expérience de personnes prises en charge au long cours par la psychiatrie publique en France* (thèse de doctorat en sociologie, Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales).

Grenier A. (2012). *Transitions and the lifecourse. Challenging the constructions of "growing old"*. Bristol : Policy Press.

Grenier, A., & Brotman, S. (2000). Les multiples vieillissements et leurs représentations. In M. Charpentier, N. Guberman, V. Billette, J.P. Lavoie, A. Grenier & I. Olazabal (Eds.), *Vieillir au pluriel*, (pp. 23-33). PUQ.

Grenier, A. & Ferrer, I. (2010). Âge, vieillesse et vieillissement. Définitions controversées de l'âge. In M. Charpentier, N. Guberman, V. Billette, J.P. Lavoie, A. Grenier & I. Olazabal (Eds.), *Vieillir au pluriel*, (pp. 35-54). PUQ.

Guberman, N., & Olazabal, I. (2010). Vieillir où et avec qui ? Les environnements. In In M. Charpentier, N. Guberman, V. Billette, J.P. Lavoie, A. Grenier & I. Olazabal (Eds.), *Vieillir au pluriel*, (pp. 245-251). PUQ.

Gucher, C., Mallon, I., & Roussel, V. (2007). *Vieillir en milieu rural : chance ou risque de vulnérabilité accrue ?* Rapport pour le GIS Institut National de la Longévité et du vieillissement—INSERM, 348p.

Guichard, A. et Potvin, L. (2010). Pourquoi faut-il s'intéresser aux inégalités sociales de santé ? In L. Potvin, M.J Moquet & C.M Jones (Eds.), *Réduire les inégalités sociales en santé*, (pp. 35-51). Saint-Denis : INPES, coll. Santé en action.

Guillemette, F., & Luckerhoff, J. (2009). L'induction en méthodologie de la théorisation enracinée (MTE). *Recherches qualitatives*, 28(2), 3-20.

Guinard, P. (2010). Quand l'art public (dé)fait la ville ? La politique d'art public à Johannesburg. *EchoGéo*, (13).

H

Hall, E. (2004). Social geographies of learning disability: narratives of exclusion and inclusion. *Area*, 36(3), 298-306.

Hall, E. (2005). The entangled geographies of social exclusion/inclusion for people with learning disabilities. *Health & Place*, 11(2), 107-115.

Hall, E. (2010). Spaces of social inclusion and belonging for people with intellectual disabilities. Journal of Intellectual *Disability Research*, 54(s1), 48-57.

Hall, G. B. and Taylor, S. M. (1983). A causal model of attitudes towards mental health facilities, *Environment and Planning*, 15(4), 525-542.

Hallier-Nader, B. (2011). *Les territoires de vie des 75 ans et plus à Paris : quel environnement urbain pour une qualité de vie durable ?* (thèse de doctorat en géographie, Paris Est).

Hansen, N., & Philo, C. (2007). The normality of doing things differently: bodies, spaces and disability geography. *Tijdschrift voor economische en sociale geografie*, 98(4), 493-506.

Harper, S., & Laws, G. (1995). Rethinking the geography of ageing. *Progress in Human Geography*, 19(2), 199-221.

Haut Conseil de la santé publique. (2016). *Évaluation du Plan psychiatrie et santé mentale 2011-2015*. Rapport, Collection Evaluation, 226p.

Haute Autorité de Santé. (2010). *Autisme et autres troubles envahissants du développement - État des connaissances hors mécanismes physiopathologiques, psychopathologiques et recherche fondamentale*, 186p.

Henckes, N. (2007). *Le nouveau monde de la psychiatrie française. Les psychiatres, l'Etat et la réforme des hôpitaux psychiatriques de l'après-guerre aux années 1970* (thèse de doctorat en sociologie, Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales).

Henckes, N. (2009). Psychiatrie et institutions, les dynamiques de changement. *Regards sur l'actualité*, (354), 8-21.

Henckes, N. (2015). La psychiatrie de secteur, quelle histoire, quel avenir ? *Esprit*, (3), 28-40.

Hogan D., MacKnight C., Bergman H., (2003). On the behalf of the Steering Committee, Canadian Intiative on Fraillty and Aging, Models, definitions and criteria of frailty. *Aging Clinical and Experimental Research*, 15(3), 3-29.

Hummel, C., Mallon, I., Caradec, V. (2014). *Vieillesses et vieillissements.* Presses Universitaires de Rennes.

I-J

Ibrahim, F., Cohen, C. I., & Ramirez, P. M. (2010). Successful aging in older adults with schizophrenia: prevalence and associated factors. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 18(10), 879-886.

Ipsos, Secours Populaire Français. (2017). *11e baromètre.*

Jacobs, J. (1961). *The death and life of great American cities*. New-York, NY: Vintage.

Jaeger, M. (2015). L'inclusion : un changement de finalité pour le travail social? *Vie sociale*, (3), 43-54.

Jané-Llopis, E., & Gabilondo, A. (2008). *Mental health in older people: Consensus paper*. Luxembourg: European Communities.

Jeste, D. V., & Maglione, J. E. (2013). Treating older adults with schizophrenia: challenges and opportunities. *Schizophrenia bulletin*, 39(5), 966-968.

Johnson, K., & Walmsley, J. (2003). *Inclusive research with people with learning disabilities: Past, present and futures.* Jessica Kingsley Publishers.

Julien, D., Gauvin, L., Richard, L., Kestens, Y., & Payette, H. (2015). Associations between walking and depressive symptoms among older adults: Do purposes and amounts of walking matter? Results from the VoisiNuAge Study. *Mental Health and Physical Activity*, 8, 37-43.

Julien-Gauthier, F., Jourdan-Ionescu, C., & Héroux, J. (2009). Favoriser la participation des personnes ayant une déficience intellectuelle lors d'une recherche. *Revue francophone de la déficience intellectuelle*, 20, 178-188.

K

Kalampalikis, N., Daumerie, N., & Jodelet, D. (2007). De l'effet médiatique au fait politique : la santé mentale en question. *L'information psychiatrique*, 83(10), 839-843.

Karim, S., Overshott, R., & Burns, A. (2005). Older people with chronic schizophrenia. *Aging & mental health*, 9(4), 315-324.

Kaufmann, J. C. (1996). *L'entretien compréhensif*, Sociologie 128, Nathan Université.

Kawachi, I., & Berkman, L. (2000). Social cohesion, social capital, and health. In L. Berkman & I. Kawachi (Eds.), *Social epidemiology*, (pp. 174-190). Oxford University Press.

Kearns, R. A., & Gesler, W. M. (1998). *Putting health into place: landscape, identity, and well-being*. Syracuse University Press.

Kearns, R. & Moon, G. (2007). A la recherche d'une nouvelle géographie de la santé. In S. Fleuret & J. Thouez (Eds.), *Géographie de la santé. Un panorama*, (pp. 11-25). Economica Anthropos.

Kendig, H. (2003). Directions in environmental gerontology: A multidisciplinary field. *The Gerontologist*, 43(5), 611-614.

Kilbourne, A. M et al. (2005). General-medical conditions in older patients with serious mental illness. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 13(3), 250-254.

Kitchin, R. (1998). 'Out of Place','Knowing One's Place': Space, power and the exclusion of disabled people. *Disability & Society*, 13(3), 343-356.

Kneale, D. (2012). *Is social exclusion still important for older people*. London: The International Longevity Centre-UK (ILC-UK).

Kovess, V. (2010). *La santé mentale, l'affaire de tous*. Paris : Centre d'analyse stratégique, 272p.

Kovess-Masféty, V. (1996). *Epidémiologie et santé mentale*. Flammarion médecine-sciences.

Kovess, V., & Mangin-Lazarus, C. (1996). *Santé mentale et accès aux soins des sans-abri*. Paris, Flammarion.

Kusenbach, M. (2003). Street phenomenology: The go-along as ethnographic research tool. *Ethnography*, 4(3), 455-485.

L

Labit, A. (2013). Habiter et vieillir en citoyens actifs : regards croisés France-Suède. *Retraite et société*, (2), 101-120.

Lacaze, L. (2008). La théorie de l'étiquetage modifiée, ou l'« analyse stigmatique » revisitée. *Nouvelle revue de psychosociologie*, 5(1), 183-199.

Lalive D'Epinay, C., Bickel, J. F., Cavalli, S., & Spini, D. (2005). De l'étude des personnes âgées au paradigme du parcours de vie. In D. Mercure (Eds.), *L'analyse du social : les modes d'explication*, (pp. 141-167). Laval : Presses Universitaires.

Lallement, Q., Thierry, D., Penicaud, H. (2016). *La place des personnes en situation de handicap dans l'engagement bénévole*. France Bénévolat, 38p.

Lang, T. (2009). La santé se construit dans un environnement social. *Questions de santé publique*, 7, 1-4.

Lantz, E. (2017). Les personnes handicapées ont-elles droit au loisir ? L'exemple du cirque

contemporain français. *Loisir et Société*, 40(2), 193-212.
Lapointe, M. È. (2014). Le processus d'observation ou de la nécessité d'être « pris (e) au jeu ». *Recherches qualitatives*, 33(1), 172-187.
Laporte, A., & Chauvin, P. (2010). *Samenta : rapport sur la santé mentale et les addictions chez les personnes sans logement personnel d'Ile-de-France*. Observatoire du Samu social, 226p.
Laroque, G. (2004). Edito. *Gérontologie et société*, 110(3), 8.
Lavoie, J-P., Wallach, I., Leibing, A., Regenstreif, A. & Moscovitz, N. (2010). Intervenir auprès des personnes âgées avec des troubles graves de santé mentale. *Pluriâges*, 1(2), 14-15.
Lawton, M. P. (1980). *Environment and Ageing*. Brooks/Cole Publishing Company, Monterey, California.
Lawton, M. P. (1983). Environment and other determinants of weil-being in older people. *The Gerontologist*, 23(4), 349-357.
Lawton, M. P. & Nahemow, L. (1973). Ecology and the aging process. In C. Eisdofer & M.P. Lawton (Eds), *Psychology of Adult Development and Aging*, (pp. 657-668). American Psychological Association, Washington DC.
Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer publishing company.
Le Capitaine, J. Y. (2013). L'inclusion n'est pas un plus d'intégration : l'exemple des jeunes sourds. *Empan*, 89(1), 125-131.
Lebrun, C., & Cohen, M. (2009). Dépression et sclérose en plaques. *Revue neurologique*, 165, 156-162.
Lefebvre, H. (1968). *Le droit à la ville*. Anthropos, Paris.
Le Goff, E., & Séchet, R. (2011). Les villes-santé et le développement durable : convergence, concurrence ou écran ? *L'Information géographique*, 75(2), 99-117.
Léon, C., Chan Chee, C., du Roscoät, E., le groupe Baromètre santé. (2018). La dépression en France chez les 18-75 ans : résultats du Baromètre santé 2017. *Bulletin Epidémioliogique Hebdomadaire*. (32-33), 637-44.
Levasseur, M., Desrosiers, J., & Tribble, D. S. C. (2008). Do quality of life, participation and environment of older adults differ according to level of activity? *Health and quality of life outcomes*, 6(1).
Lévy, J. (2008). *Echelles de l'habiter*. PUCA.
Link, B. G., Cullen, F. T., Mirotznik, J., & Struening, E. (1992). The consequences of stigma for persons with mental illness: Evidence from the social sciences. In P. J. Fink & A. Tasman (Eds.), *Stigma and mental illness* (pp. 87-96). Arlington, VA, US: American Psychiatric Association.
Link, B. G., & Phelan, J. C. (2001). Conceptualizing stigma. *Annual review of Sociology*, 27(1), 363-385.
Lord, S., & Després, C. (2011). Vieillir en banlieue nord-américaine. Le rapport à la ville des personnes âgées. *Gérontologie et société*, 34(1), 189-204.
Lord, S., Després, C., & Ramadier, T. (2011). When mobility makes sense: A qualitative and longitudinal study of the daily mobility of the elderly. *Journal of Environmental psychology*, 31(1), 52-61.

Lovell, A. (2000). Les troubles mentaux. In A. Leclerc, D. Fassin, H. Grandjean, M. Kaminski & T. Lang (Eds.), *Les Inégalités sociales de santé* (pp. 251-266). La Découverte.

Lovell, A. M., Troisoeufs, A., & Mora, M. (2009). Du handicap psychique aux paradoxes de sa reconnaissance : Éléments d'un savoir ordinaire des personnes vivant avec un trouble psychique grave. *Revue française des affaires sociales*, (1), 207-229.

M-N

Mainet, H. (2008). Qu'est-ce qu'une petite ville ? Réflexions à partir d'études de cas. *Bulletin de l'Association de géographes français*, 85(1), 13-22.

Mallon, I. (2004). *Vivre en maison de retraite : le dernier chez-soi*. Presses Universitaires de Rennes.

Mallon, I. (2014). Pour une analyse du vieillissement dans des contextes locaux. In C. Hummel, I. Mallon & V. Caradec (Eds.), *Vieillesses et vieillissements* (pp. 175-188). Presses Universitaires de Rennes.

Marchal, H. (2017). Vieillir dans un quartier urbain composé de pavillons. *Gérontologie et société*, 39(1), 27-40.

Marier, P. & Séguin, A. (Dir.). (2017). *Vivre et vieillir ensemble, mémoire dans le cadre de la consultation sur les travaux d'élaboration du Plan d'action Vieillir et Vivre Ensemble 2018-2023*, 24p.

Martinsson, G., Fagerberg, I., Lindholm, C., & Wiklund-Gustin, L. (2012). Struggling for existence—life situation experiences of older persons with mental disorders. *International journal of qualitative studies on health and well-being*, 7(1).

Mausbach, B. T., Cardenas, V., Goldman, S. R., & Patterson, T. L. (2007). Symptoms of psychosis and depression in middle-aged and older adults with psychotic disorders: the role of activity satisfaction. *Aging and Mental Health*, 11(3), 339-345.

McCormick, B. P., Funderburk, J. A., Lee, Y., & Hale-Fought, M. (2005). Activity characteristics and emotional experience: Predicting boredom and anxiety in the daily life of community mental health clients. *Journal of Leisure Research*, 37(2), 236-253.

McDaniel, S., & Bernard, P. (2011). Life course as a policy lens: Challenges and opportunities. *Canadian Public Policy*, 37(1), 1-13.

Meesters, P. D., Stek, M. L., Comijs, H. C., de Haan, L., Patterson, T. L., Eikelenboom, P., & Beekman, A. T. (2010). Social functioning among older community-dwelling patients with schizophrenia: a review. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 18(10), 862-878.

Membrado, M., & Rouyer, A. (2013). *Habiter et vieillir*. Toulouse, ERES Pratiques du champ social.

Milligan, C. (1999). Without these walls: a geography of mental ill-health in a rural environment. In R. Butler & H. Parr (Eds.), *Mind and body spaces: Geographies of illness, impairment and disability*, (pp.221-239). Routledge.

Ministère de la santé, de la jeunesse et des sports, Direction générale de la santé (2008). *Vieillissement et santé mentale : un état des lieux en 2007*. Ministère de la santé, de la jeunesse et des sports, 36p.

Ministère de la Santé, Ministère des Solidarités. *Plan psychiatrie et santé mentale 2011-2015*, 42p.

MNASM. (2003). La santé mentale des personnes âgées. *Pluriels*, n°39-40, 24 p.

Moles, A., & Rohmer, E. (1998). *Psychosociologie de l'espace*, L'Harmattan.

Morel-Brochet, A., & Rougé, L. (2017). Quotidien, ajustements et arbitrages des retraités du périurbain francilien. *Gérontologie et société*, 39(1), 41-56.

Morgan, C., Burns, T., Fitzpatrick, R., Pinfold, V., & Priebe, S. (2007). Social exclusion and mental health Conceptual and methodological review. *The British Journal of Psychiatry*, 191(6), 477-483.

Morrissette, J., Demazière, D., & Pepin, M. (2014). Vigilance ethnographique et réflexivité méthodologique. *Recherches qualitatives*, 33(1), 9-18.

Moser, G. & Weiss, K. (2003). *Espaces de vie : Aspects de la relation homme-environnement*. Paris : Armand Colin.

Mougeot, F. (2017). Le travail des soignants de la psychiatrie française à l'épreuve du New Public Management. *Empan*, (3), 65-70.

Moulaert, T. (2012). Pourquoi les francophones préfèrent-ils la sociologie du vieillissement à la gérontologie critique ? *Gérontologie et société*, 35(3), 81-99.

Moulaert, T., & Garon, S. (2016). *Age-Friendly Cities and Communities in International Comparison Political lessons, scientific avenues, and democratic issues.* Springer.

Mueser, K. T., Pratt, S. I., Bartels, S. J., Swain, K., Forester, B., Cather, C., & Feldman, J. (2010). Randomized trial of social rehabilitation and integrated health care for older people with severe mental illness. *Journal of consulting and clinical psychology*, 78(4), 561-573.

Noreau, L., Desrosiers, J., Robichaud, L., Fougeyrollas, P., Rochette, A., & Viscogliosi, C. (2004). Measuring social participation: reliability of the LIFE-H in older adults with disabilities. *Disability and rehabilitation*, 26(6), 346-352.

Nour, K., Dallaire, B., Regenstreif, A., Hébert, M., & Moscovitz, N. (2010). Santé mentale et vieillissement, Problèmes, répercussions et services. In M. Charpentier, N. Guberman, V. Billette, J.P. Lavoie, A. Grenier & I. Olazabal (Eds.), *Vieillir au pluriel*, (pp. 135-160). PUQ.

Nowik, L., & Thalineau, A. (2014*). Vieillir chez soi. Les nouvelles formes du maintien à domicile*. Presses Universitaires de Rennes.

O

Observatoire national de la fin de vie. (2014). *La société face au vieillissement, Le risque d'un naufrage social*, 51p.

Observatoire Société consommation (2015) *L'image de la schizophrénie à travers son traitement médiatique. Analyse lexicographique et sémantique d'un corpus de presse écrite entre 2011 et 2015*, Paris, Promesses, 67.

Olivier de Sardan, J. P. (1995). La politique du terrain. Sur la production des données en anthropologie. *Enquête. Archives de la revue Enquête*, (1), 71-109.

Olivier de Sardan, J. P. (2008). *La rigueur du qualitatif : les contraintes empiriques de l'interprétation socio-anthropologique* (No. 3). Editions Academia.

Organisation Mondiale de la Santé. (2008). *CIM 10. Classification statistique international des maladies et des problèmes de santé connexes. 10e révision*. Genève : OMS, 2008.

Ortega, V., Bazile, F., Pontonnier, A. L., Roblin, J., Tourtauchaux, R., Vaille-Perret, E., & Jalenques, I. (2009). Schizophrénie, vieillissement et depression, *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 167(5), 385-391.

Otero, M. (2005). Santé mentale, adaptation sociale et individualité contemporaine. *Cahiers de recherche sociologique*, (41-42), 65-89.

P-Q

Pagán-Rodríguez, R. (2014). How do disabled individuals spend their leisure time? *Disability and health journal*, 7(2), 196-205.

Palmer, B. W., Heaton, R. K., Gladsjo, J. A., Evans, J. D., Patterson, T. L., Golshan, S., & Jeste, D. V. (2002). Heterogeneity in functional status among older outpatients with schizophrenia: employment history, living situation, and driving. *Schizophrenia research*, 55(3), 205-215.

Paquay, L., Crahay, M., & De Ketele, J. M. (2006). *L'analyse qualitative en éducation : des pratiques de recherche aux critères de qualité : hommage à Michael Huberman*. De Boeck Supérieur.

Paquot, T., Lussault, M. & Younès, C. (2007). *Habiter, le propre de l'humain*. Paris : La Découverte.

Parron, A. (2011). *Le passage à l'âge adulte des jeunes souffrant de troubles psychiques : enjeux d'autonomisation dans la prise en charge du handicap psychique entre dépendance et engagement des jeunes usagers/patients* (thèse de doctorat en sociologie, Université Toulouse le Mirail-Toulouse II).

Parr, H. (1998). The politics of methodology inpost-medical geography: mental health research and the interview. *Health & Place*, 4(4), 341-353.

Parr, H. (2000). Interpreting the “hidden social geographies” of mental health: ethnographies of inclusion and exclusion in semi-institutional places. *Health & Place*, *6*(3), 225–237.

Parr, H. (2011). *Mental health and social space: towards inclusionary geographies*. John Wiley & Sons.

Parr, H., & Philo, C. (2003). Rural mental health and social geographies of caring. *Social & Cultural Geography*, 4(4), 471-488.

Parr, H., Philo, C., & Burns, N. (2004). Social geographies of rural mental health: experiencing inclusions and exclusions. *Transactions of the Institute of British Geographers*, 29(4), 401-419.

Paugam, S. (1991). *La disqualification sociale. Essai sur la nouvelle pauvreté*. Paris, Presses Universitaires de France.

Peintre, C., Debrach, L., & Marabet, B. (2017). L’accompagnement à domicile des personnes en situation de handicap psychique. *Vie sociale*, (1), 215-235.

Pereira, E. M., & Perrin, M. (2011). Le droit à la ville. Cheminements géographique et épistémologique (France–Brésil–International). *L'information géographique*, 75(1), 15-36.

Périgois, S. (2008). La mobilisation du champ patrimonial dans l'élaboration d'une identité «

petite ville ». *Bulletin de l'Association de géographes français*, 85(1), 23-32.
Perlman, D., & Peplau, L. A. (1982). *Theoretical approaches to loneliness. Loneliness: A sourcebook of current theory, research and therapy*. Wiley.
Phillipson, C. (2007). The 'elected' and the 'excluded': sociological perspectives on the experience of place and community in old age. *Ageing & Society*, 27(3), 321-342.
Phillipson, C., &Walker, A. (1987). The case for a critical gerontology. In S. DeGregorio (Ed.), *Social gerontology: New directions* (pp. 1–15). London: Croom Helm.
Philo, C., Parr, H., & Burns, N. (2005). "An oasis for us": "in-between" spaces of training for people with mental health problems in the Scottish Highlands. *Geoforum*, 36(6), 778-791.
Philo, C., & Wolch, J. (2001). The 'three waves' of research in mental health geography: a review and critical commentary. *Epidemiologia e psichiatria sociale*, 10(04), 230-244.
Pihet, C. (2006). Du vieillissement dans les villes à des villes pour le vieillissement ? Réflexions sur quelques exemples français. *Les Annales de la recherche urbaine*, 100(1), 14-22.
Pinfold, V. (2000). "Building up safe havens… all around the world": users' experiences of living in the community with mental health problems. *Health & Place*, *6*(3), 201–212.
Pitaud, P. et Redonet, M. (2010). Solitude de l'âge. Solitude des âges. In P. Pitaud (Eds.), *Solitude et isolement des personnes âgées,* (pp. 25-76). Toulouse, France : Éditions Érès.
Plard, M. (2012). *Vieillissement et care dans les familles transnationales indiennes. Experiences de vie de brahmanes à Chennai et Coimbatore* (thèse de doctorat en géographie sociale, Université d'Angers).
Potvin, L., Moquet, M. J., & Jones, C. M. (Eds.). (2010). *Réduire les inégalités sociales en santé.* Saint-Denis : INPES, coll. Santé en action.
Puijalon, B. & Trincaz, J. (2014). L'injonction normative au « bien vieillir ». In C. Hummel, I. Mallon & V. Caradec (Eds.), *Vieillesses et vieillissements : regards sociologiques,* (pp.61-72). Presses Universitaires de Rennes.
Purcell, M. (2009). Le Droit à la ville et les mouvements urbains contemporains. *Rue Descartes*, (1), 40-50.
Quétel, C. (2014). *Histoire de la folie, de l'antiquité à nos jours*. Tallandier.

R

Ramirez, L. K. B., Hoehner, C. M., Brownson, R. C., Cook, R., Orleans, C. T., Hollander, M., ... & Petersmarck, K. (2006). Indicators of activity-friendly communities: an evidence-based consensus process. *American journal of preventive medicine*, 31(6), 515-524.
Raucher-Chéné, D. & al. (2015). Mental healthcare in older adults with schizophrenia: results from 118 French public psychiatric departments. *International Psychogeriatrics*, 27(10), 1749-1750.
Raymond, E. (2013). *Les discours et les pratiques de participation sociale d'aînés handicapés : Exploration critique d'un carrefour peu fréquenté* (thèse de doctorat en travail social, McGill University, Montréal).
Raymond, E., Gagné, D., Sévigny, A., & Tourigny, A. (2008). *La participation sociale des*

aînés dans une perspective de vieillissement en santé. Réflexion critique appuyée sur une analyse documentaire. Québec (QC), Institut national de santé publique du Québec, Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale, Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec et Institut sur le vieillissement et la participation sociale des aînés de l'Université Laval, 111p.

Raymond, E., & Grenier, A. (2016). La participation sociale des aînés ayant des incapacités : un photoroman pour passer de la marge à l'inclusion. *Service social*, 62(2), 131-149.

Raymond, E., Sévigny, A. et Tourigny, A. (2012). *Participation sociale des aînés : la parole aux aînés et aux intervenants.* Institut national de santé publique du Québec, Institut sur le vieillissement et la participation sociale des aînés de l'Université Laval, Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale et Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec du Centre hospitalier affilié universitaire de Québec, 53 p.

Regroupement des Ressources Alternatives en Santé Mentale du Québec, (2011). *Promouvoir l'entraide selon une approche alternative*, RRASMQ.

Rhenter, P. (2007). *De l'institutionnel au contractuel : psychiatrie publique et politiques de santé mentale en France (1945-2003)* (thèse de doctorat en science politique, Université Lyon 2).

Ripoll, F. (2005). S'approprier l'espace… ou contester son appropriation ? Une vue des mouvements sociaux contemporains. *Norois. Environnement, aménagement, société*, (195), 29-42.

Ripoll, F., & Veschambre, V. (2006). L'appropriation de l'espace : une problématique centrale pour la géographie sociale. In R. Séchet & V. Veschambre (Eds.), *Penser et faire la géographie sociale. Contributions à une épistémologie de la géographie sociale*, (pp. 295–304). Presses Universitaires de Rennes.

Robertson, R., Robertson, A., Jepson, R., & Maxwell, M. (2012). Walking for depression or depressive symptoms: a systematic review and meta-analysis. *Mental health and physical activity*, 5(1), 66-75.

Rochefort, R. (1965). Pour une géographie sociale de la vieillesse. *Revue de géographie de Lyon*, 40(1), 5-33.

Roe, J., & Aspinall, P. (2011). The restorative benefits of walking in urban and rural settings in adults with good and poor mental health. *Health & place*, 17(1), 103-113.

Roelandt, J. L., Caria, A., Benradia, I., & Bacle, S. V. (2012). De l´autostigmatisation aux origines du processus de stigmatisation. A propos de l´enquête internationale Santé mentale en population générale : images et réalités-en France et dans 17 pays. *Psychology, Society & Education*, 4(2), 137-149.

Rogers, Y., & Marsden, G. (2013). Does he take sugar? Moving beyond the rhetoric of compassion. *Interactions*, 20(4), 48-57.

Rosa, H. (2010). *Accélération. Une critique sociale du temps*. Paris, La Découverte.

Rowles, G. D. (1978). Prisoners of Space? Exploring the geographical experience of older people Boulder Colorado". *Westview Press*, 1, 301-314.

Rowles, G. D. (1983). Place and personal identity in old age: Observations from Appalachia. *Journal of Environmental Psychology*, 3(4), 299-313.

Rowles, G. D. (1986). The geography of ageing and the aged: toward an integrated

perspective. *Progress in Human Geography*, 10(4), 511-539.

Roy, S. N. (2009). L'étude de cas. In B. Gauthier (Eds.), *Recherche sociale de la problématique à la collecte de données*, (pp. 199-225). Québec : Presses de l'Université du Québec.

S

Sansot, P. (1996). *Marcher, marcher dans la ville…* In P. Sansot (Eds.), *Poétique de la ville, (pp.* 138-145). Paris : Armand Colin.

Savoie-Zajc, L. (2006). Comment peut-on construire un échantillonnage scientifiquement valide ? *Recherches qualitatives*, 5, 99-111.

Scharf, T., & Keating, N. C. (2012). *From exclusion to inclusion in old age: A global challenge*. Policy Press.

Scharf, T., Phillipson, C., & Smith, A. (2005). Social exclusion and quality of life of excluded older people. *Working with Older people*, 9(3), 32-35.

Schovanec, J. (2017). *Rapport présenté à la Secrétaire d'État chargée des Personnes handicapées et de la Lutte contre l'exclusion sur le devenir professionnel des personnes autistes*, 76p.

Séchet, R., & Garat, I. (2008). Conclusion générale, Libres cours et chemins de traverse. La mobilité et la visibilité comme condition. In R. Séchet, I. Garat & D. Zeneidi (Eds.), *Espaces en transactions*, (pp.321-339). Presses Universitaires de Rennes.

Séchet, R., Garat, I., & Zeneidi, D. (Eds.). (2008). *Espaces en transactions*. Presses Universitaires de Rennes.

Séchet, R., & Veschambre, V. (2006). Penser et faire la géographie sociale. Introduction. In R. Séchet & V. Veschambre (Eds.), *Penser et faire la géographie sociale. Contributions à une épistémologie de la géographie sociale ;* (pp. 7–24). Presses Universitaires de Rennes.

Secours Populaire Français. (2017). Seniors, la pauvreté pour horizon. *Convergences*, 356.

Secrétariat d'Etat chargé des personnes handicapées (2018). *Stratégie nationale pour l'Autisme au sein des troubles du neuro-développement*, 124p.

Sedrati-Dinet, C. (2016). Groupes d'entraide mutuelle : le défi de l'émancipation, *Actualités sociales hebdomadaires*, (2989), 28-31.

Séguin, A. M. (2010). Vieillir en milieu urbain. Les enjeux liés à l'exclusion. In M. Charpentier, N. Guberman, V. Billette, J.P. Lavoie, A. Grenier & I. Olazabal (Eds.), *Vieillir au pluriel*, (pp. 369-383). PUQ.

Séguin, A. M., Van Pevenage, I., Wallach, I., Marier, P., Billette, V., Apparicio, P., & Parisien, M. (2015). L'inclusion sociale des personnes âgées, enjeux de reconnaissance et de redistribution. *Cahiers de l'équipe VIES*, (2015-01), 30p.

Sen, A. (2009). *The idea of justice*. Penguin Books.

Serfaty-Garzon, P. (2003). *Chez soi : les territoires de l'intimité.* Armand Colin.

Serfaty-Garzon, P. (2010). Temporalités intimes : le chez-soi de la vieillesse. *Enfances, familles, générations*, (13), 36-58.

Servan-Schreiber, D. (2003). *Guérir le stress, l'anxiété et la dépression sans médicaments ni psychanalyse*. Paris : Robert Laffont.

Sicot, F. (2001). *Maladie mentale et pauvreté*. Editions L'Harmattan.

Singer, J. (1999). Why can't you be normal for once in your life? From a "problem with no name" to the emergence of a new category of difference. In M. Corker & S. French (Eds), *Disability Discourse*, (pp. 59–67). Buckingham: Open University Press.

Smith, C. J., & Giggs, J. A. (Eds.). (1988). *Location and stigma: contemporary perspectives on mental health care*. Unwin Hyman.

Staszak, J. F. (2001). L'espace domestique : pour une géographie de l'intérieur. *Annales de géographie* 110 (620), 339-363.

Stiker, H.-J. (2004). Âges et handicaps. *Gérontologie et société*, 110(3), 13-27.

Stock, M. (2012). « Faire avec de l'espace » : pour une approche de l'habiter par les pratiques. In B Frelat-Kahn & O. Lazzarotti (Eds.), *Habiter : vers un nouveau concept*, (pp. 59-78). Armand Colin.

T

Taylor, C. (1998). *Les sources du moi. La formation de l'identité moderne*. Éditions du Seuil.

Thomas, R. (2007). La marche en ville. Une histoire de sens. *L'Espace géographique*, 36(1), 15-26.

Touraut, C. (2017). Vieillir en prison. Épreuves partagées et pluralité des expériences. *ethnographiques.org*, (35).

Townley, G., Kloos, B., & Wright, P. A. (2009). Understanding the experience of place: expanding methods to conceptualize and measure community integration of persons with serious mental illness. *Health & Place*, *15*(2), 520–531.

Troisoeufs, A. (2009). La personne intermédiaire. Hôpital psychiatrique et groupe d'entraide mutuelle. *Terrain. Anthropologie & sciences humaines*, (52), 96-111.

Troisoeufs, A. (2012). *Le passage en actes : Du malade mental à la personne liminaire: Anthropologie des associations d'usagers de la psychiatrie* (thèse de doctorat en ethnologie, Paris 5).

Tryssenaar, J., Chui, A., & Finch, L. (2009). Growing older: The lived experience of older persons with serious mental illness. *Canadian Journal of Community Mental Health*, 22(1), 21-36.

Tuan, Y. F. (1974). *Topophilia*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

V

Vahia, I. V., Diwan, S., Bankole, A. O., Kehn, M., Nurhussein, M., Ramirez, P., & Cohen, C. I. (2008). Adequacy of medical treatment among older persons with schizophrenia. *Psychiatric Services*, 59(8), 853-859.

Vallée, J. (2012). L'influence croisée des espaces de résidence et de mobilité sur la santé. L'exemple des recours aux soins de prévention et de la dépression dans l'agglomération parisienne. *Bulletin de l'Association de géographes français*, 89(2), 269-275.

Van Amerongen, A. P. (2009). Familles et patient souffrant de schizophrénie : questions liées à l'avancée en âge ? *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 167(6),

478-481.
Van Dongen, E. (2004). *Worlds of psychotic people: wanderers,'bricoleurs' and strategists*. Routledge.
Velche, D., & Roussel, P. (2011). *La participation sociale des personnes présentant un handicap psychique : effet de rhétorique ou perspective nouvelle ?* CNSA, 191p.
Velpry, L. (2004). Ce que disent les personnes confrontées à un trouble mental grave. In M. Joubert (Eds), *Santé mentale, ville et violences* (pp. 35-60). Eres.
Velpry, L. (2008). *Le quotidien de la psychiatrie : sociologie de la maladie mentale*. Armand Colin.
Veschambre, V. (2006). Penser l'espace comme dimension de la société. Pour une géographie sociale de plain-pied avec les sciences sociales. In R. Séchet & V. Veschambre (Eds.), *Penser et faire la géographie sociale. Contributions à une épistémologie de la géographie sociale,* (pp. 211–227). Presses Universitaires de Rennes.
Veschambre, V. (2010). Appréhender la dimension spatiale des inégalités : l'accès au « conservatoire de l'espace ». In B. Bret, P. Gervais-Lambony, C. Hancock, F. Landy (Eds.), *Justice et injustices spatiales*, (pp. 263-280). Presses Universitaires de Paris Nanterre.
Vidal-Naquet, P. A. (2009). Quels changements dans les politiques sociales aujourd'hui ? Le projet entre injonction et inconditionnalité. *La nouvelle revue de l'adaptation et de la scolarisation*, (3), 61-76.

W

Wahl, H.W. and Oswald, F. (2010). Environmental perspectives on aging. In D. Dannefer (Eds.), *The Sage Handbook of Social Gerontology*, (pp. 111-125). Sage, Thousand Oaks, California.
Wahl, H. W., & Weisman, G. D. (2003). Environmental gerontology at the beginning of the new millennium: Reflections on its historical, empirical, and theoretical development. *The Gerontologist*, 43(5), 616-627.
Walsh, K., Scharf, T., & Keating, N. (2017). Social exclusion of older persons: A scoping review and conceptual framework. *European journal of ageing*, 14(1), 81-98.
Ware, N. C., Hopper, K., Tugenberg, T., Dickey, B., & Fisher, D. (2007). Connectedness and citizenship: Redefining social integration. *Psychiatric Services*, 58(4), 469-474.
Warnes, A. M. (1981). Towards a geographical contribution to gerontology. *Progress in Geography*, 5(3), 317-341.
Warnes, A. (ed.) (1982). *Geographical Perspectives on the Elderly*. Wiley, Chichester, UK.
Warnes, A. M. (1990). Geographical questions in gerontology: needed directions for research. *Progress in Human Geography*, 14(1), 24-56.
Whitehead, M. (1995). *Tackling inequalities: a Review of Policy Initiatives.* London: King's Fund Publishing.
Whitley, R., & Berry, S. (2013). Trends in newspaper coverage of mental illness in Canada: 2005–2010. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 58(2), 107-112.
Wiebe, I. (2018). *Les pratiques et expériences de mobilité quotidienne des personnes âgées dans l'arrondissement Rosemont-La Petite-Patrie* (thèse de doctorat en études

urbaines, INRS-UCS).
Wiles, J. (2005). Conceptualizing place in the care of older people: the contributions of geographical gerontology. *Journal of Clinical Nursing*, 14(2), 100-108.
Williams, A. (1999). *Therapeutic landscapes: The dynamic between place and wellness*. Maryland: University Press of America Inc
Wittmann, A. F. (2003). Vieillir dans une cité : un double stigmate. *Sociétés contemporaines*, (3), 107-128.
Wolpert, J. & Wolpert E. (1974). From asylum to ghetto. *Antipode*, 6(3), 63-76.
Wright, J. D. (1988). The mentally ill homeless: What is myth and what is fact? *Social Problems*, 35(2), 182-191.

Y-Z

Yanos, P. T. (2007). Beyond "Landscapes of Despair:" The Need for New Research on the Urban Environment, Sprawl, and the Community Integration of Persons with Severe Mental Illness. *Health & Place*, *13*(3), 672-676.
Young, F. W., & Glasgow, N. (1998). Voluntary social participation and health. *Research on Aging*, 20(3), 339-362.
Zeneidi, D. (2002). *Les SDF et la ville : géographie du savoir-survivre*. Editions Bréal.

Textes officiels

Arrêté du 18 mars 2016 fixant le cahier des charges des groupes d'entraide mutuelle en application de l'article L. 14-10-5 du code de l'action sociale et des familles.

Arrêté du 13 juillet 2011 pris pour l'application de l'article L. 14-10-5 du code de l'action sociale et des familles et fixant le cahier des charges des groupes d'entraide mutuelle mentionnés aux articles L. 114-1-1 et L. 114-3 du même code**.**

Circulaire du 15 mai 1960 relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales.

Circulaire DGAS/AVIE/2 C n° 2001-224 du 18 mai 2001 relative aux centres locaux d'information et de coordination (CLIC).

Circulaire DGAS/3B no 2005-418 du 29 août 2005 relative aux modalités de conventionnement et de financement des groupes d'entraide mutuelle pour personnes souffrant de troubles psychiques.

Circulaire DGAS/SD/3B no 2007-121 du 30 mars 2007 relative aux groupes d'entraide mutuelle pour personnes handicapées psychiques.

Instruction DGAS/3B n 2008-167 du 20 mai 2008 relative aux groupes d'entraide mutuelle pour personnes handicapées psychiques.

Instruction DGCS/SD3/CNSA/ 2011/301 du 26 juillet 2011 relative à l'application du cahier des charges des groupes d'entraide mutuelle.

Instruction DGCS/SD3B/2016/277 du 9 septembre 2016 relative aux modalités de pilotage du dispositif des groupes d'entraide mutuelle (GEM) par les agences régionales de santé au regard du nouveau cahier des charges fixé par arrêté du 18 mars 2016.

Loi du 1er juillet 1901 relative au contrat d'association.

Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.

Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.

Loi n° 2014-173 du 21 février 2014 de programmation pour la ville et la cohésion urbaine.

Table des figures

Figure 1 : Une thèse réalisée dans le cadre d'un double-diplôme franco-québécois en géographie sociale et en études urbaines 12
Figure 2 : « Modèle social de la santé mentale », basé sur le « modèle social de la santé » proposé par Whitehead et Dalgren (Whitehead, 1995) 40
Figure 3 : Récapitulatif de l'approche adoptée dans la thèse 81
Figure 4 : Les sessions d'observation participante au sein du GEM de B 89
Figure 5 : Extrait du journal du GEM de mars 2017 91
Figure 6 : La grille d'observation 94
Figure 7 : Calendrier de mise en place des outils de collecte (observation, série 1 des entretiens) 100
Figure 8 : Calendrier de mise en place des outils de collecte (observation, séries 1 et 2 des entretiens) 102
Figure 9 : Extrait d'une vidéo réalisée lors d'un entretien avec carte mentale 104
Figure 10 : Nombre de lieux fréquentés ayant été cités lors des entretiens par chaque participant 125
Figure 11 : La représentation de l'isolement dans la carte mentale d'une participante dans la cinquantaine 129
Figure 12 : Ordre d'apparition sur les cartes mentales des lieux fréquentés selon leur catégorie 131
Figure 13 : Trois manières de dessiner les lieux dans les cartes mentales 132
Figure 14 : Trois profils de cartes mentales (de gauche à droite : thématique, cheminement, lieux non reliés) 133
Figure 15 : Indications temporelles présentes dans les cartes mentales 135
Figure 16 : Répartition schématique des lieux fréquentés par les 6 participants vivant à B .. 136
Figure 17 : Répartition schématique des lieux fréquentés par les 8 participants vivant dans les villages autour de B 137
Figure 18 : La représentation d'un équilibre entre le GEM et le logement dans les cartes mentales 138
Figure 19 : Les lieux de soins en psychiatrie représentés négativement dans les cartes mentales 140
Figure 20 : La représentation du CMP en noir dans la carte mentale d'un participant dans la cinquantaine 140
Figure 21 : La représentation de la frustration liée aux commerces alimentaires dans la carte d'une participante dans la cinquantaine 144
Figure 22 : Synthèse des spécificités des espaces de vie des participants 148
Figure 23 : La représentation de « Chez Maman », un espace refuge qui aide à retrouver de l'énergie, dans la carte d'un participant dans la soixantaine 155
Figure 24 : La représentation de la maison d'un proche visité pour sortir de la solitude, dans la carte d'une participante dans la cinquantaine 157
Figure 25 : La représentation des « déplacements téléphoniques » dans la carte d'un participant dans la soixantaine 161
Figure 26 : La représentation du ou des voisins « privilégiés » dans les cartes mentales 164
Figure 27 : La représentation des commerces comme des lieux agréables 165
Figure 28 : Le café comme lieu de rencontres 169
Figure 29 : Une pratique sociale du café, pour se resocialiser avec le tout-venant, dans la carte d'un participant dans la soixantaine 170

Figure 30 : Un sens interdit dessiné sur la carte pour marquer un café où ce participant dans la soixantaine ne se sent pas accepté 180
Figure 31 : La représentation de la promenade au bord de l'eau dans les cartes mentales 210
Figure 32 : La représentation de la nature sous forme de texte dans les cartes mentales 211
Figure 33 : L'expression du lien entre la marche et la méditation dans la carte mentale d'une participante dans la cinquantaine 212
Figure 34 : La représentation du caractère essentiel de la pratique de la marche dans la carte mentale d'une participante dans la cinquantaine 213
Figure 35 : La représentation du club de marche dans la carte mentale d'une participante dans la cinquantaine 214
Figure 36 : La promenade, une pratique qui permet d'être au contact des autres 214
Figure 37 : Ecouter de la musique en marchant, une tentative pour éviter la solitude de la promenade 217
Figure 38 : La représentation de micro-espaces appropriés dans le logement 241
Figure 39 : La représentation de la nature comme ceinture de protection autour du chez soi 242
Figure 40 : La représentation de la centralité du logement au sein de l'espace de vie dans les cartes mentales 244
Figure 41 : La représentation de l'ancrage de soi dans le logement sur la carte d'une participante dans la cinquantaine 245
Figure 42 : La représentation de l'importance que revêt la présence de l'animal dans le logement 248
Figure 43 : Les chaises disposées en cercle pour le « temps info » au GEM de B 290
Figure 44 : Reproduire au GEM de B l'intérieur d'un café en utilisant le mobilier 290
Figure 45 : Les liens entre le GEM et le centre social représentés dans les cartes mentales . 299
Figure 46 : Se voir en dehors du GEM 306
Figure 47 : Un manque de mobilité mis en avant dans la carte mentale d'un participant dans la soixantaine 317
Figure 48 : La schématisation de l'action du GEM sur la ville 324

Table des tableaux

Tableau 1 : Les principaux éléments de réflexion issus de la définition des termes du sujet .. 61
Tableau 2 : Les objectifs de l'observation participante, selon le type d'observation 89
Tableau 3 : Les thèmes de la première série d'entretiens..... 100
Tableau 4 : Les thèmes de la deuxième série d'entretiens 103
Tableau 5 : Synthèse du matériau de recherche 105
Tableau 6 : Les outils utilisés pour classer les données de recherche..... 106
Tableau 7 : Récapitulatif des outils de collecte des données 109
Tableau 8 : Canaux par lesquels les participants ont appris l'existence du GEM de B 118
Tableau 9 : Nombre de lieux fréquentés par les participants selon leur catégorie..... 126
Tableau 10 : Ecart entre le nombre de lieux cités et le nombre de lieux dessinés sur la carte mentale 127
Tableau 11 : Contenu des catégories de lieux dessinés sur les cartes mentales..... 130
Tableau 12 : Eléments dessinés sur les cartes mentales autres que des lieux 134
Tableau 13 : Trois profils selon la composition de l'entourage familial des participants 152
Tableau 14 : Recensement des participants fréquentant le domicile d'un voisin, certains commerces ou certains cafés comme des points d'ancrage relationnel 163
Tableau 15 : Classification des pratiques de loisirs des participants (en dehors du GEM) ... 190
Tableau 16 : Les types de promenade selon le nombre de participants concernés 207
Tableau 17 : Une diversité d'activités proposées au GEM de B..... 273

Table des matières

Remerciements 3
Sommaire 5
Liste des abréviations 7
Introduction générale 9
Le contexte de réalisation de la thèse 9
Faire partie de la ville ? 12
Faire la ville ? 13
Problématique générale de la recherche 14
Plan de la thèse 14
Précisions sur les choix rédactionnels 17
PARTIE I : Environnement de recherche 19
Introduction de la partie I 19
Chapitre 1 – Vieillissement, santé mentale et population d'étude, des repères théoriques 21
I Regard sur le vieillissement 22
1 Le vieillissement comme processus construit, pluriel et multidimensionnel 22
1.1 Précisions sur l'approche en gérontologie sociale 22
Une volonté affichée de transformation sociale 23
Le recours à la notion d'exclusion sociale 23
1.2 La construction sociale et politique du vieillissement 26
2 Les parcours de vie forgent des vieillissements différenciés 26
3 L'inscription spatiale des vieillissements 28
3.1 Les vieillissements au regard des contextes locaux 28
3.2 Géographie et gérontologie sociale 30
II Regard sur la santé mentale 31
1 Quels mots pour nommer ? 31
1.1 L'approche par diagnostic 31
1.2 Des personnes en fragilité psychique 33
Des « usagers » ? 33
« On n'est pas obligatoirement malades, mais on est tous fragiles » (F, 1) 34
La fragilité, un terme qui fait écho à la « santé mentale positive » 36
2 Pour une approche globale de la santé mentale 39
2.1 La santé mentale est influencée par une multitude de déterminants 39

2.2 Déterminants sociaux de la santé mentale : les apports de la géographie de la santé 41
2.3 Quelques déterminants sociaux essentiels de la santé mentale 42
Santé mentale et environnement physique et matériel 42
Santé mentale et inclusion sociale 45
III La population d'étude 46
1 Les personnes en fragilité psychique vieillissantes 46
1.1 Vieillir quand on est en fragilité psychique 46
Quelques estimations 46
Que sait-on des conditions de vie des personnes en fragilité psychique vieillissantes ? 47
Une sous-estimation des problèmes somatiques 47
Un fort isolement social et des risques élevés de dépression 49
1.2 La santé mentale des personnes âgées 50
Les injonctions au bien vieillir 50
Devoir s'adapter à mesure qu'on vieillit 51
2 Vivre et vieillir dans une petite ville 52
2.1 Qu'est-ce qu'une petite ville ? 53
Le nombre d'habitants, un critère variable et insuffisant 53
Une catégorie incertaine malgré quelques caractéristiques communes 54
2.2 Habiter, pratiquer la petite ville 54
3 Les GEM, un dispositif d'entraide ouvert sur la ville 56
3.1 Création et définition des GEM 56
3.2 Quelques principes essentiels des GEM 57
Un dispositif d'entraide entre pairs 57
Une association gérée par ses adhérents, de manière démocratique 58
Des salariés présents pour épauler les adhérents 59
Le défi de l'autogestion 59
Conclusion du chapitre 1 61
Chapitre 2 - Problématisation et approche 63
I Réflexions sur la notion d'inclusion 63
1 L'inclusion n'est pas l'intégration 64
2 L'inclusion, un changement de paradigme 65
2.1 L'inclusion, un terme dévoyé ? 65
2.2 Penser l'inclusion en termes de possibilités plutôt que de capacités 68
2.3 Penser l'inclusion dans la ville 70

II L'inclusion dans la ville : une approche par les pratiques dans les espaces du quotidien 71
1 Accéder au vécu des personnes dans les espaces du quotidien 72
2 Interroger l'accessibilité des espaces et donc les possibilités de vivre avec et parmi les autres dans la ville 74
2.1 L'appropriation comme clef de lecture des pratiques de la ville 74
2.2 Les multiples contraintes à l'appropriation de la ville 75
3 Explorer la question du « faire avec » et des bricolages 77
3.1 Bricoler avec les espaces du quotidien 77
3.2 Bricolages et espaces-ressources 79
III Questions de recherche 80
1 Récapitulatif de l'approche 80
2 Les questions « opérationnelles » de recherche 81
Chapitre 3 – La démarche méthodologique 83
I Une démarche qualitative et exploratoire, sur un terrain spécifique 83
1 Une démarche qualitative et exploratoire 83
2 Le terrain de recherche 86
2.1 Pourquoi mener la recherche dans un GEM ? 86
2.2 Sélection du terrain d'enquête et prise de contact avec le GEM de B 86
3 Le choix des participants de la recherche 88
II L'observation participante 88
1 Définition et objectifs de l'observation participante 88
2 Les conditions de l'observation participante 90
2.1 Une observation ouverte 90
2.2 L'évolution des postures 92
2.3 S'impliquer, être affectée, observer 93
3 Les outils d'objectivation 94
3.1 La grille d'observation 94
3.2 Le carnet de terrain 94
III Les entretiens semi-directifs 95
1 Considérations éthiques à propos des entretiens 96
1.1 La question du consentement « libre et éclairé » des participants 96
1.2 La préservation du bien-être des participants 98
2 La première série d'entretiens semi-directifs 99
2.1 Les objectifs 99
2.2 La mise en œuvre 101
3 La deuxième série d'entretiens semi-directifs, avec cartes mentales 102

3.1 Les objectifs 102
3.2 La mise en œuvre 103
IV L'analyse des données 105
Conclusion du chapitre 3 108
Conclusion de la partie I 110

PARTIE II : Des géographies quotidiennes oscillant entre prises et manque de prises, marquées par un sentiment mitigé d'appropriation des espaces 111

Introduction de la partie II 111

Quelques remarques préliminaires 111
Agencement des chapitres 112

Chapitre 4 – L'analyse des lieux du quotidien : une première lecture des modalités d'appropriation de la ville 115

I Qui sont les participants de la recherche ? 115
1 Description de l'échantillon enquêté 115
1.1 Age et sexe 115
1.2 Des situations résidentielles différenciées mais toujours en milieu ordinaire . 116
1.3 Des rapports différents au GEM mais une appréciation globalement très positive de l'association 117
2 Une majorité de participants sans activité professionnelle et vivant de petits revenus 120
2.1 Des parcours professionnels différents mais marqués par des ruptures souvent en lien avec les fragilités psychiques 120
2.2 Une minorité de participants bénéficiant d'une mesure de protection 122
3 Des fragilités psychiques qui se conjuguent à des problèmes de santé physique ... 123
II L'identification des lieux du quotidien 124
1 Recenser et classer les lieux fréquentés 124
2 Précisions sur l'apport des cartes mentales 126
2.1 Ecart entre le nombre de lieux cités et dessinés 126
2.2 Le contenu des cartes 129
2.3 Types de représentation 132
2.4 La carte mentale, un déclencheur de commentaires 134
III Quelles spécificités des espaces de vie des participants ? 135
1 Des espaces de vie aux échelles différentes selon la situation résidentielle 136
2 Des géographies quotidiennes assez restreintes, centrées sur le GEM et le logement 138
2.1 Le logement et le GEM, deux points d'ancrage essentiels 138

2.2 De nombreux rendez-vous médicaux et d'accompagnement social 139
Les soins en santé mentale 139
Les soins de santé 142
L'accompagnement social 143
2.3 Les commerces, sorties incontournables du quotidien 144
3 Un manque d'accès aux lieux liés à la vie sociale, aux loisirs et au travail 145
3.1 Les lieux associés au travail 145
3.2 Les lieux associés aux loisirs et à la vie sociale 146
Conclusion du chapitre 4 148
Chapitre 5 – Vivre avec et parmi les autres dans la ville ? 151
I L'entourage familial des participants 152
1 La composition de l'entourage familial 152
2 Des relations familiales marquées par plusieurs formes de soutien… 153
2.1 Apporter un soutien émotionnel 154
2.2 Eviter de se sentir seul 156
2.3 Les aides en tout genre 157
3 … Malgré la persistance de points de tension 158
II Un réseau relationnel en demi-teinte 159
1 Un réseau amical limité, souvent relégué au passé 160
2 Peu d'amis, mais des connaissances dans certains lieux de la ville 162
2.1 Chez le voisin 163
2.2 Dans les commerces 165
2.3 Au café 168
III Un sentiment de solitude à l'égard d'une vie sociale jugée insatisfaisante 170
1 Des difficultés à tisser des relations de qualité 171
1.1 Des relations vécues comme insuffisamment satisfaisantes 171
1.2 L'impression de ne pas avoir de maîtrise sur son réseau relationnel 172
2 Le manque de liens au sein du voisinage 174
3 Ne pas se sentir à sa place dans les espaces publics 177
3.1 De l'indifférence au rejet 177
3.2 Les cafés, des lieux vraiment accessibles pour tous les participants ? 182
Conclusion du chapitre 5 184
Chapitre 6 – Pratiques et expériences de loisirs dans la ville 187
I Quelles sont les pratiques de loisirs des participants (hors GEM) ? 188
1 Quelques remarques préliminaires sur les loisirs 188
2 Recensement et classification des pratiques de loisirs des participants 189

II Les facteurs influençant les pratiques de loisirs des participants 192
1 Les facteurs individuels 192
1.1 Les capacités physiques et cognitives 192
1.2 La capacité à faire face aux limitations 194
1.3 La motivation 195
1.4 Les retombées positives des activités 196
1.5 La confiance en soi, l'estime de soi 197
2 Les facteurs organisationnels et environnementaux 197
2.1 Le coût financier 197
2.2 La distance et les moyens de transport 198
2.3 Les horaires et la durée des activités 199
2.4 L'offre d'activités accessibles 201
2.5 Le cadre institutionnel des activités 202
3 Les facteurs relationnels 203
3.1 La présence/absence des proches 203
3.2 Suivre le rythme du groupe 204
3.3 Le rapport aux autres dans les groupes 205
III Zoom sur une pratique importante et à préserver : la promenade 206
1 Une pratique importante au sein des géographies quotidiennes 206
2 Une pratique d'ancrage qui favorise le mieux-être 208
2.1 Pratiquer une activité physique accessible 208
2.2 Ressentir la nature 209
2.3 Evacuer les tensions, se vider la tête 212
3 La promenade, une pratique sociale 213
4 Une pratique qui n'est pas exempte de contraintes 215
4.1 Limitations physiques et manque d'accessibilité des lieux de promenade 215
4.2 N'avoir personne pour partager sa promenade 216
4.3 Une pratique à soutenir pour favoriser l'inclusion dans la ville 217
Conclusion du chapitre 6 218
Chapitre 7 – « Chez moi, je me sens bien sans me sentir bien » - l'appropriation du chez soi 219
I Un manque de prises sur le logement déjà présent, qui s'accroit en vieillissant 220
1 Des logements qui ne correspondent pas aux attentes des participants 220
1.1 Des appartements perçus comme trop petits… 220
1.2 … Et des maisons qui semblent trop grandes 221
1.3 Un risque de chutes déjà présent mais qui s'accroit en vieillissant 223
2 Des difficultés à entretenir son logement 223

2.1 Une difficulté à se mettre en mouvement, surtout quand on vit seul et qu'on vieillit 224
2.2 Des aides limitées voire inexistantes à la réalisation des tâches domestiques . 225
II Expériences d'isolement et de mal-être dans le logement 228
1 Le logement, un lieu marqué par l'absence de l'autre 228
2 Temps morts et angoisses solitaires dans le logement 231
3 L'équilibre précaire des rythmes quotidiens 232
3.1 Ne pas avoir d'horaires de travail structurant la journée 232
3.2 Des rythmes de sommeil et d'alimentation perturbés 234
3.3 Des rythmes quotidiens qui peuvent éclater en morceaux 236
III Retrouver prise et faire de son logement un chez-soi malgré tout 238
1 Le logement décrit comme un chez soi 238
1.1 Le logement comme bulle protectrice 239
1.2 Le logement comme espace thérapeutique 241
1.3 Le logement comme pivot central des espaces de vie 243
2 Faire en sorte de se sentir bien chez soi 245
2.1 Aménager l'intérieur de son logement 246
Transformer le logement pour assurer plus de confort 246
Aménager un intérieur qui nous plaît et nous ressemble 247
Remplir l'espace d'une présence 248
2.2 Meubler le temps passé chez soi pour s'occuper la tête 249
2.3 Structurer son quotidien et modifier ses pratiques 251
Conclusion du chapitre 7 253
Conclusion de la partie II 254

PARTIE III : Le GEM, une association qui aide à retrouver prise sur la ville 257

Introduction de la partie III 257
Quelques remarques préliminaires 257
Agencement des chapitres 258
Chapitre 8 – Offrir un espace-ressource dans la ville 259
I Un espace d'échanges et de soutien entre pairs 259
1 Un collectif d'entraide entre pairs 259
2 Les bienfaits exprimés par les participants 263
2.1 Briser la solitude et rencontrer d'autres personnes 263
2.2 Sentir qu'on fait partie d'un groupe 264

2.3 Se sentir compris et réconforté du fait qu'on partage des expériences similaires 265
2.4 Echanger des services et/ou des informations pratiques qui aident au quotidien 267
2.5 Faire l'objet d'une veille relative à sa santé physique et mentale 267
II Un espace de participation sociale accessible 268
1 Pouvoir participer aux décisions 269
1.1 Précisions sur un GEM qui chemine progressivement vers plus d'autogestion 269
1.2 Des décisions prises et mises en œuvre collectivement 270
2 Un espace hors des objectifs individualisés d'insertion et/ou de guérison 273
2.1 Une diversité d'activités, une liberté de fréquentation 273
2.2 Une absence d'objectifs individualisés, mais des effets bénéfiques recherchés 274
3 Permettre la participation de chacun, à son rythme 276
3.1 Reconnaître et soutenir la diversité des formes de participation 276
3.2 Construire des temporalités bienveillantes 279
Le temps de l'accueil et de l'exploration 279
Le rythme des activités 280
Le rythme des réunions et des temps de réflexion collective 282
Un risque d'épuisement à ne pas négliger 284
III Un lieu approprié collectivement 285
1 Avoir un lieu à soi 285
1.1 Un espace marqué par une histoire collective 286
1.2 Un usage libre de l'espace du GEM 286
1.3 Un espace à la charge des adhérents, dont ils doivent s'occuper 287
2 Organiser l'espace pour favoriser les échanges 288
2.1 Créer un espace chaleureux, similaire à un chez-soi 289
2.2 Jouer sur l'aménagement physique de l'espace 289
3 Maintenir un cadre rassurant et bienveillant 291
3.1 Un lieu de tolérance vis-à-vis de comportements dérogeant à la norme 291
3.2 La présence rassurante des salariées 292
Conclusion du chapitre 8 294
Chapitre 9 – Des géographies individuelles aux pratiques collectives : s'ouvrir et agir sur la ville par l'intermédiaire du GEM 297
I Diversifier les géographies quotidiennes par l'intermédiaire du GEM 298
1 Un GEM situé dans un centre social 298
1.1 Une acception progressive du GEM au sein du centre social 298

1.2 Fréquenter le centre social en venant au GEM 299
2 Retrouver des prises sur les lieux par l'intermédiaire du GEM 301
2.1 Découvrir de nouveaux lieux 301
2.2 (Ré)investir différemment certains lieux du quotidien 302
3 L'influence du GEM sur le rapport des participants à leur logement 303
3.1 Mettre en mouvement les participants..... 303
3.2 Redonner au chez soi une fonction de socialisation..... 305
II Une volonté de lutter contre un fonctionnement du GEM en vase clos 306
1 Des sorties appréciées, mais insuffisantes pour favoriser l'inclusion des participants dans la ville..... 307
1.1 Une appropriation partielle des lieux mise en lumière dans les cartes mentales 307
1.2 Des participants confrontés lors des sorties au syndrome du « *does he take sugar ?* »..... 308
2 Le GEM, « mon fils ne veut pas en entendre parler »..... 310
3 La prise de conscience des adhérents du risque d'un fonctionnement du GEM en vase clos 312
III Comment le GEM de B s'ouvre-t-il sur la ville ? 313
1 Sensibiliser et se faire connaître à l'échelle locale..... 314
1.1 Sensibiliser les habitants, une démarche plutôt classique 314
1.2 Reprendre possession de soi par le témoignage 315
1.3 Tisser des liens avec les acteurs locaux 316
2 Agir sur la ville : le GEM comme acteur de la vie sociale et culturelle locale 318
2.1 Du bar pour les adhérents au bar mobile accessible à tous 318
2.2 Ouvrir le GEM aux habitants par la mise en place d'un café associatif 319
2.3 Se rendre visible dans l'espace public ?..... 320
2.4 Réinvestir le droit à la ville par le GEM 321
Conclusion du chapitre 9..... 323
Conclusion de la partie III..... 326
Conclusion générale 329
Principaux résultats et apports de la thèse..... 329
Un sentiment mitigé d'appropriation spatiale : Prises et manques de prises dans les espaces du quotidien..... 330
Favoriser le lien social, un déterminant essentiel de la santé mentale 330
L'émergence de géographies inclusives et créatives au travers du GEM 332
Retour sur la méthodologie 333
Accéder au point de vue des personnes..... 333
Les limites de la méthodologie..... 335

Perspectives de recherche 337
Vieillir avec le GEM, l'épineuse question de l'autonomie 337
L'inclusion dans la ville des personnes autistes 338
Pour conclure 339
Bibliographie 341
Table des figures 367
Table des tableaux 369
Table des matières 371
Annexes 381

Annexes

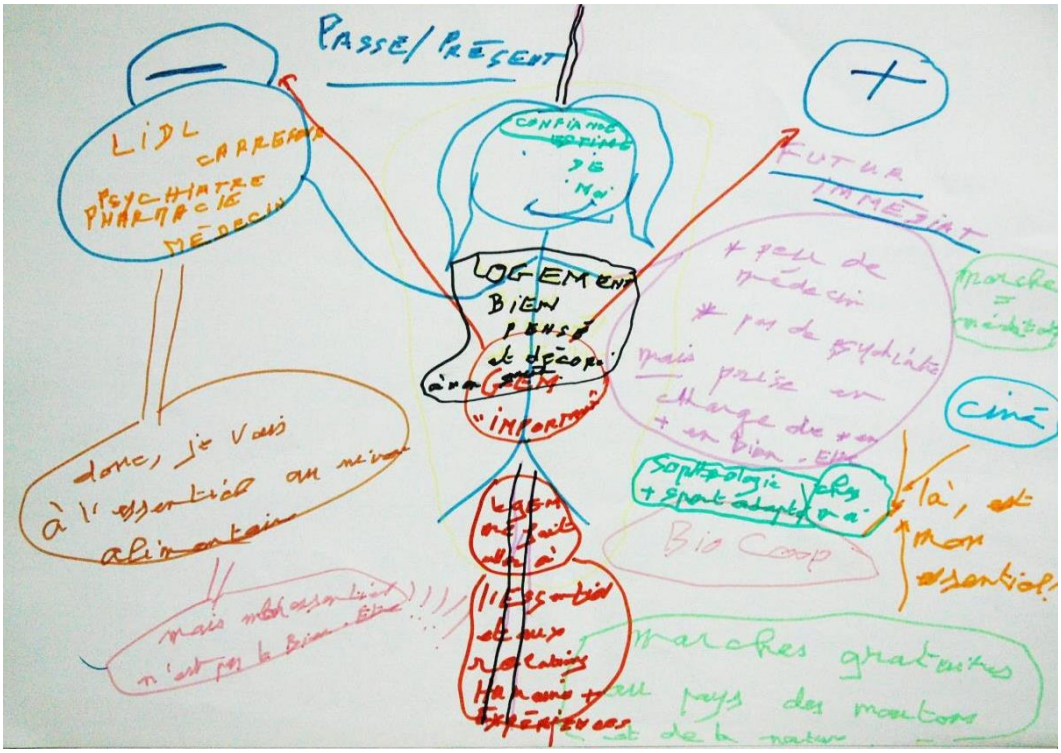
Annexe 1 : Les cartes mentales des participants de la recherche
Annexe 2 : Formulaire de consentement utilisé pour l'entretien avec carte mentale

Annexe 1 : Les cartes mentales des participants de la recherche

Précisions : certains éléments des cartes mentales ont été camouflés afin de préserver l'anonymat des participants

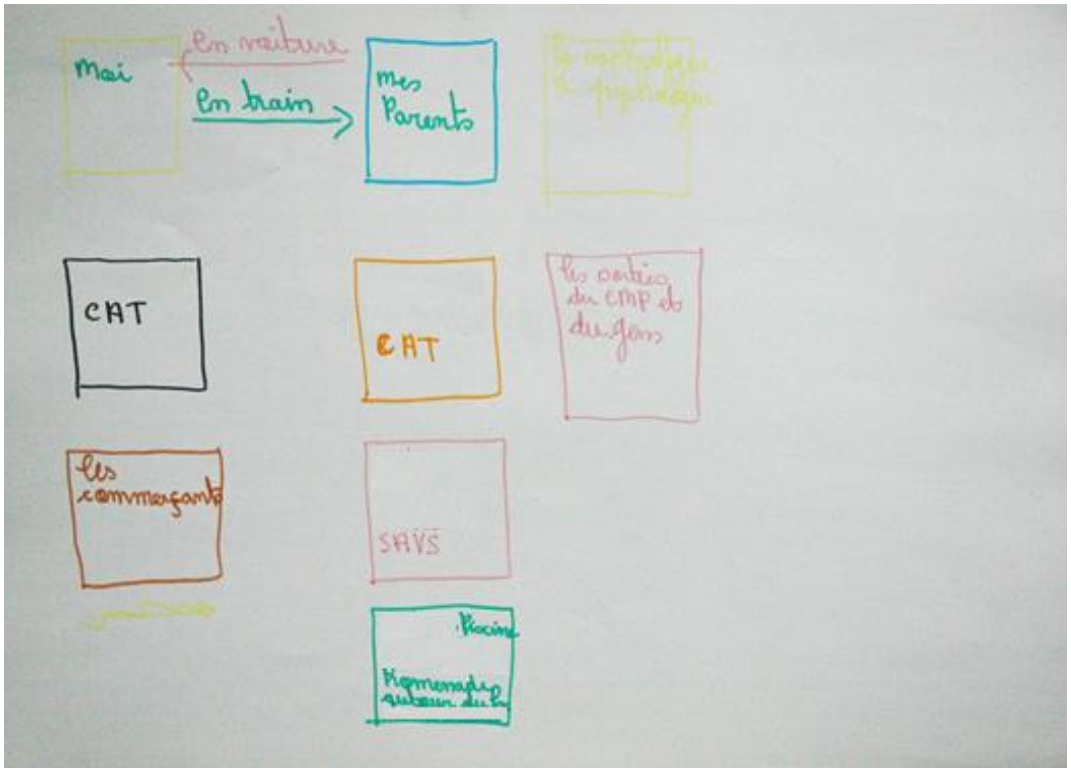
Carte mentale de type thématique :

Carte mentale de type thématique :

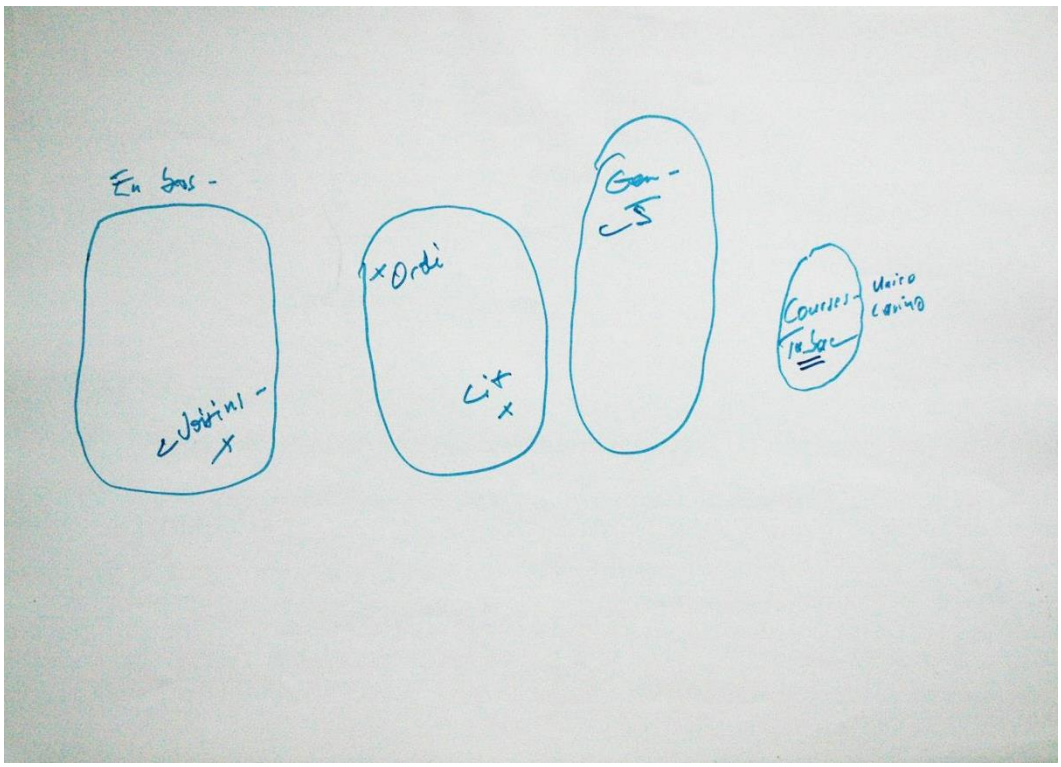


Carte mentale de type thématique :

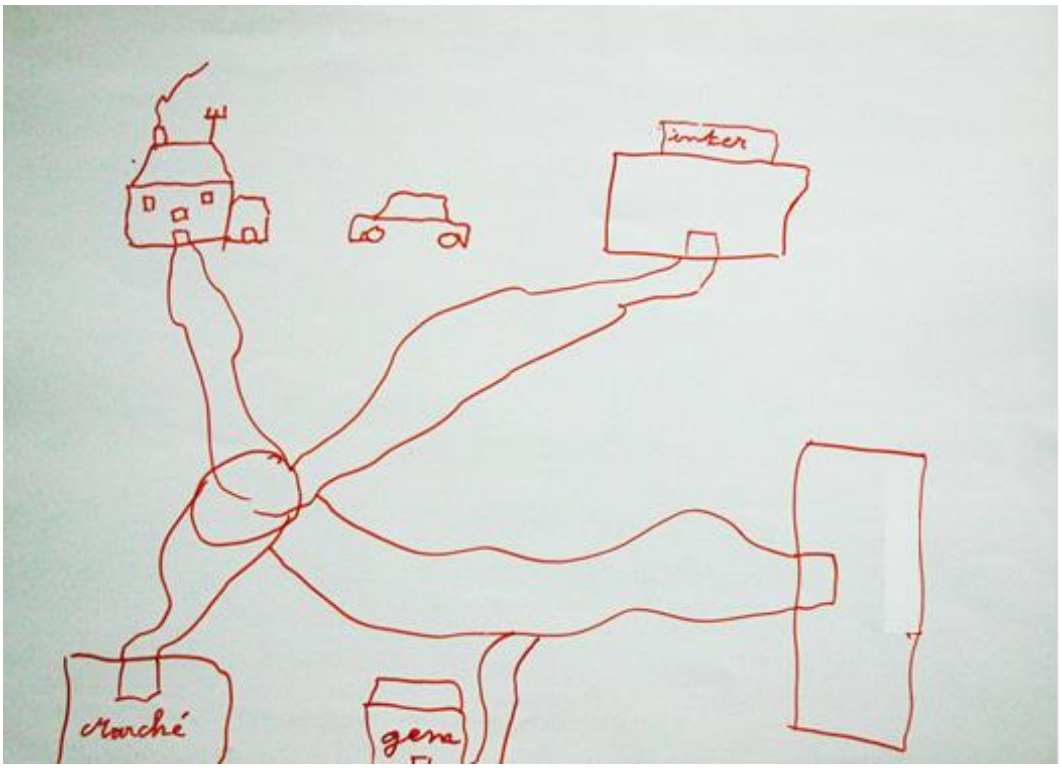
Carte mentale de type thématique :



Carte mentale de type thématique :

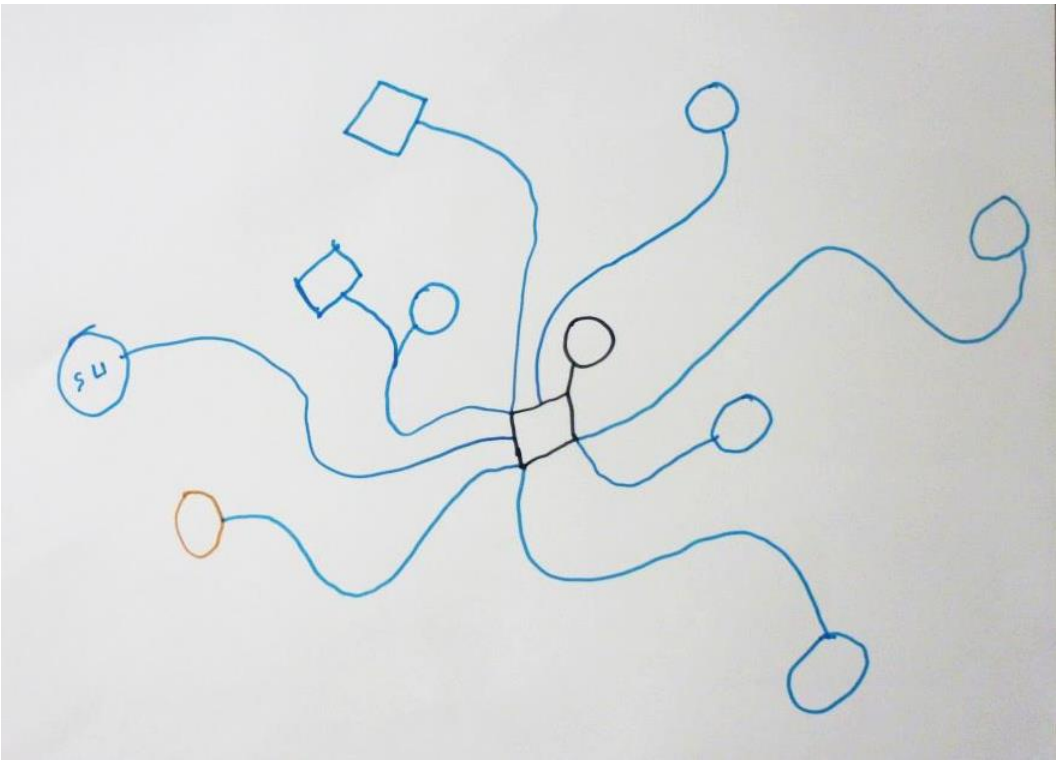


Carte mentale de type cheminement :

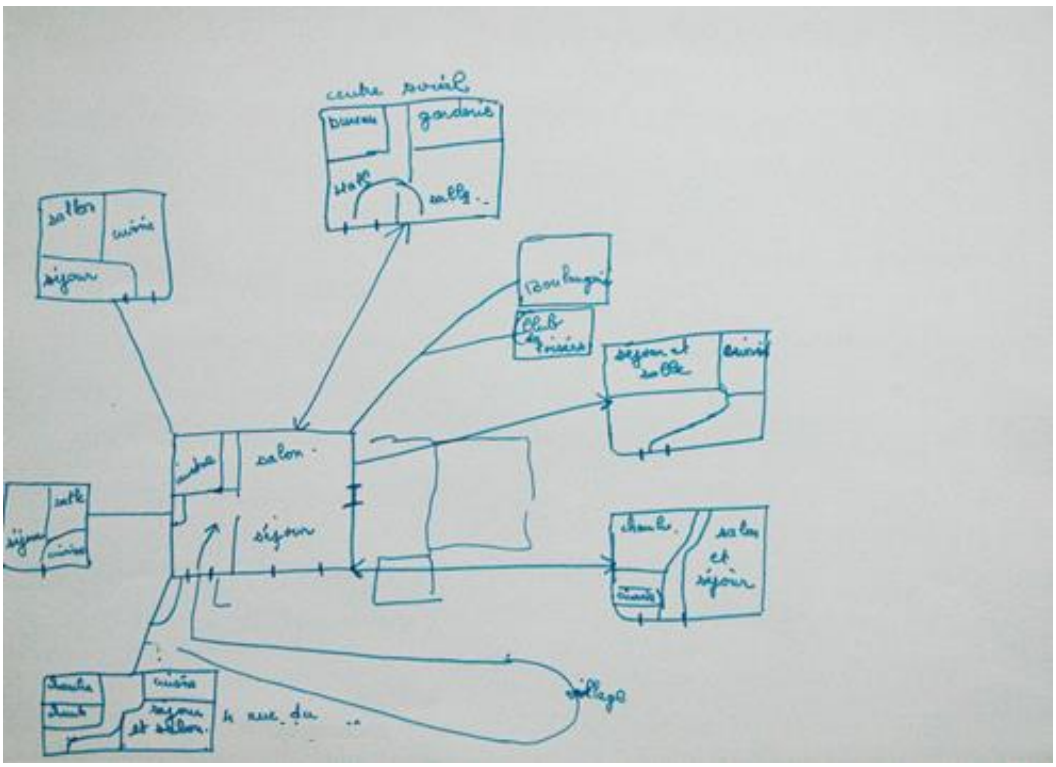


Carte mentale de type cheminement :

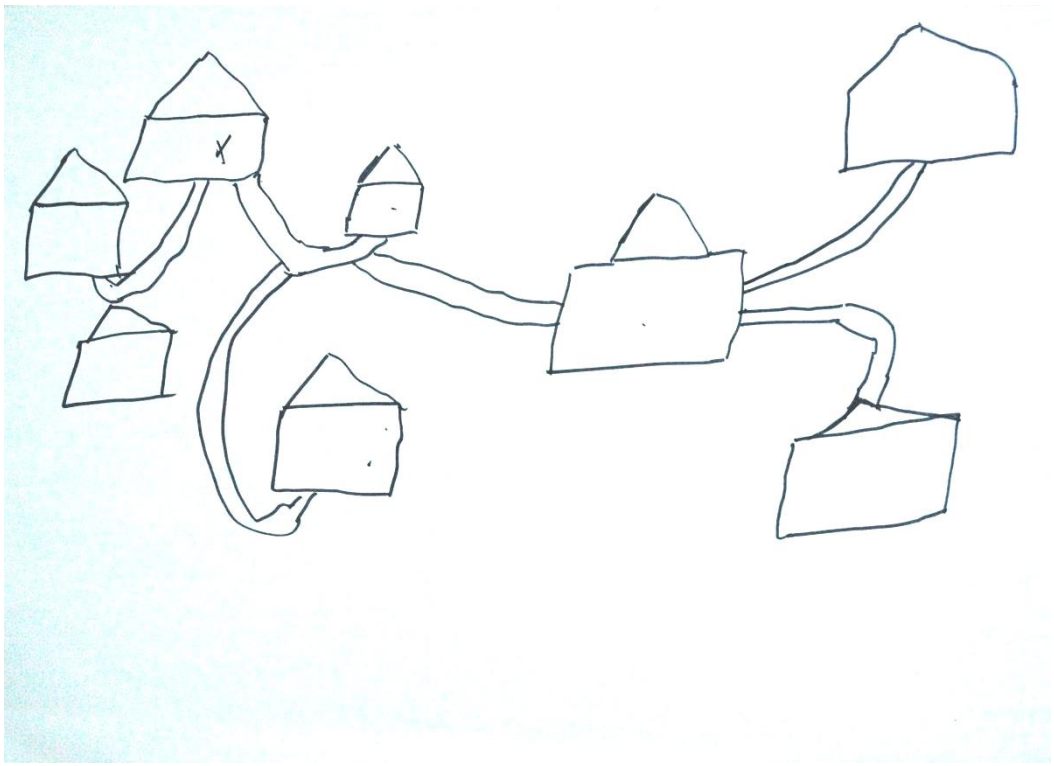
Carte mentale de type cheminement :



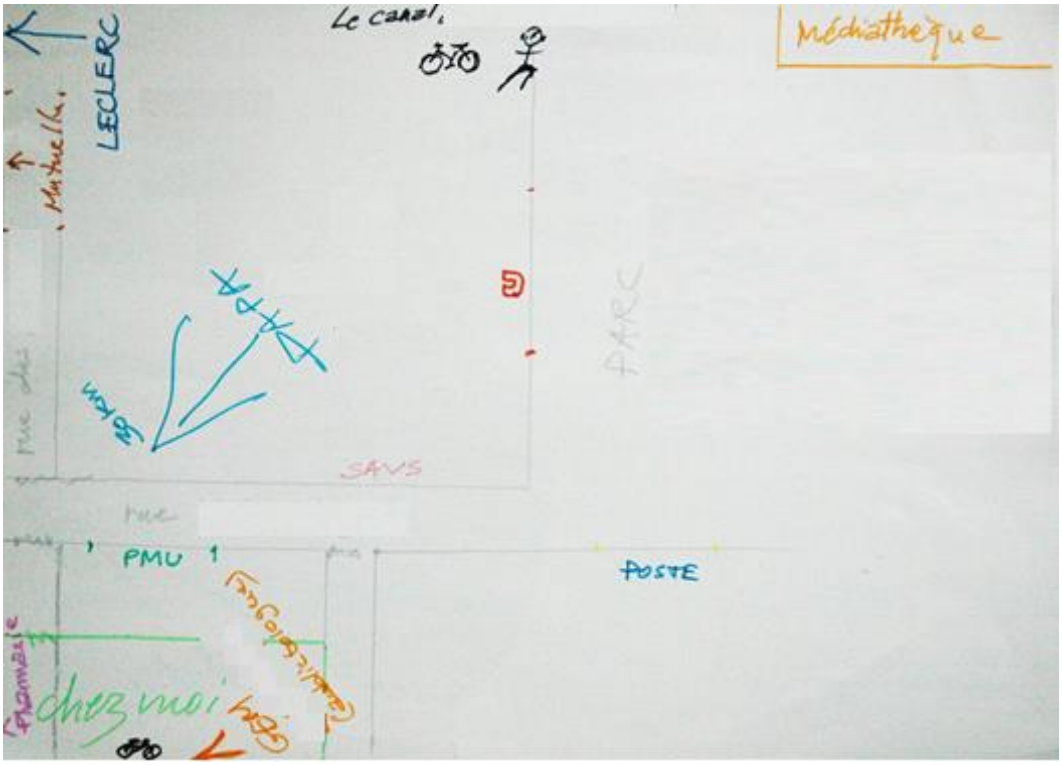
Carte mentale de type cheminement :



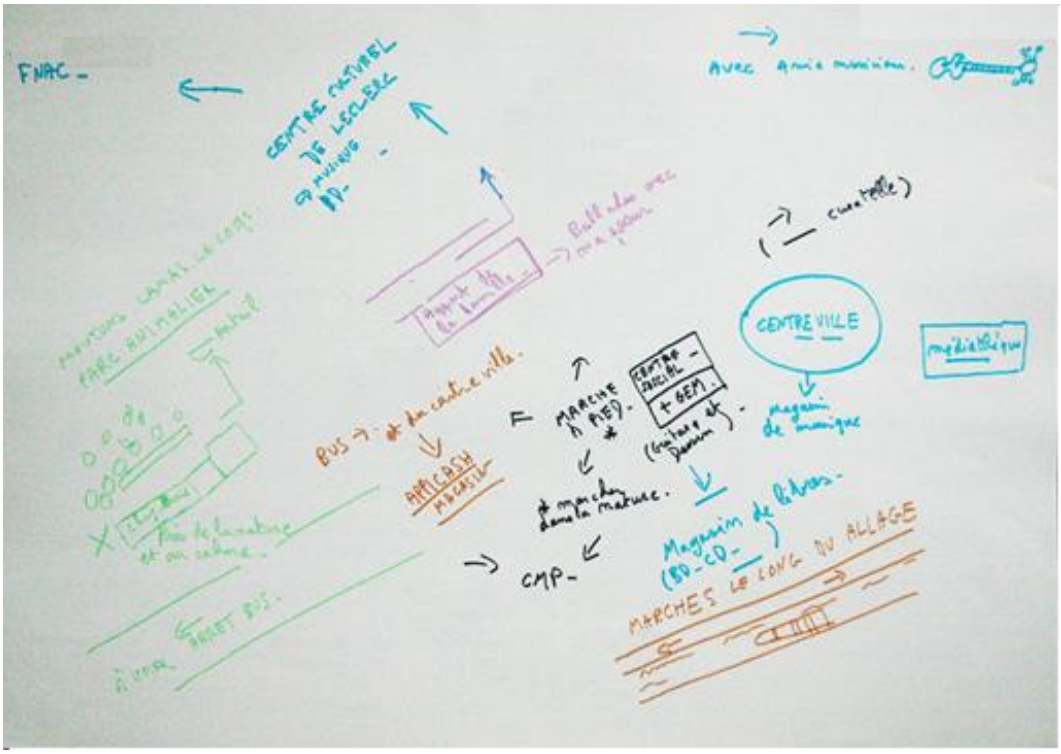
Carte mentale de type cheminement :



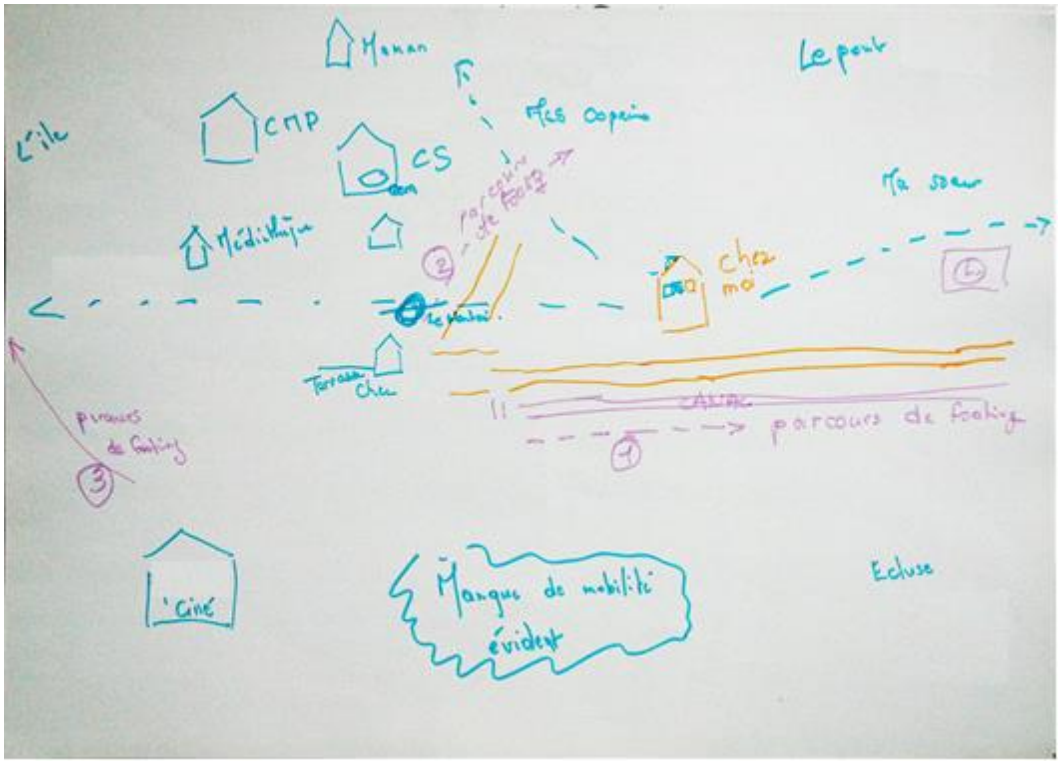
Carte mentale de type lieux non reliés :



Carte mentale de type lieux non reliés :



Carte mentale de type lieux non reliés :



Annexe 2 : Formulaire de consentement utilisé pour l'entretien avec carte mentale

Formulaire de consentement

J'ai pris connaissance de la recherche de Sara Painter et j'accepte de participer à son travail. Pendant l'entretien, je réaliserai une carte mentale consistant à dessiner les lieux de mon quotidien.

Droits du participant :

- Ma participation n'est pas obligatoire. J'ai le droit de changer d'avis à n'importe quel moment et cela n'aura aucune conséquence pour moi.
- Je peux décider à tout moment de mettre fin à l'entretien ou à son enregistrement, ou de ne pas répondre à certaines questions, sans avoir à fournir d'explications.

Anonymat :

- Les propos et la vidéo recueillis pendant l'entretien seront conservés de façon confidentielle. Personne, à part Sara Painter n'y aura accès.
- Sara Painter s'engage à ne pas révéler ce que je dirai pendant l'entretien. Aucun adhérent ni salarié du GEM n'aura accès à ce que je dirai, sauf si je suis en danger ;
- Mes propos seront traités de façon anonyme. Cela veut dire que dans son travail, Sara Painter s'engage à modifier les informations personnelles me concernant (âge, nom etc.) pour garantir, dans la mesure du possible, mon anonymat. Cependant, je suis conscient que malgré toutes les précautions prises à cet effet, il demeure possible que je sois identifié de manière indirecte.
- Les données seront conservées par Sara Painter pour une durée indéterminée. Elles pourront servir pour des publications faisant suite à la recherche doctorale de Sara Painter.

Accord :

En cochant ces cases, j'autorise Sara Painter, à :

☐ Enregistrer l'entretien avec un dictaphone

☐ Filmer la réalisation de la carte (on ne verra pas mon visage)

Si j'ai des questions :

Si j'ai des questions sur le projet, je peux contacter Sara Painter par mail (adresse) ou bien lors d'une des permanences au GEM.

Je signe ce formulaire en deux exemplaires et j'en conserve une copie.
Fait à : ……., le ……., en 2 exemplaires

Signature du participant : **Signature de Sara Painter :**

L'inclusion dans la ville des personnes en fragilité psychique vieillissantes.
Une étude qualitative des espaces de vie d'adhérents d'un Groupe d'Entraide Mutuelle (GEM) d'une petite ville française

En posant un regard scientifique sur le vécu quotidien d'une population souvent négligée en sciences sociales et dans le débat public, la thèse vise à nourrir la réflexion sur l'inclusion dans la ville des personnes en fragilité psychique vieillissantes. L'objectif est d'interroger le rapport qu'elles entretiennent avec la ville, à travers l'étude de leurs géographies quotidiennes. Peuvent-elles pratiquer et s'approprier la ville comme elles le voudraient ? Trouvent-elles une place qui leur convient en tant qu'habitantes ? La recherche consiste en une étude qualitative des espaces de vie de 14 personnes en fragilité psychique vieillissantes (+50 ans) vivant dans une petite ville française ou dans les villages alentour. Ces personnes sont aussi adhérentes d'un Groupe d'Entraide Mutuelle (GEM), un dispositif d'entraide entre pairs organisé sous forme associative. La collecte des données s'appuie sur plusieurs mois d'observation participante au sein du GEM et sur deux séries d'entretiens (dont l'une avec réalisation d'une carte mentale) auprès des participants.

L'analyse montre la multitude de facteurs contraignant les pratiques des participants, en particulier au regard de leur vie sociale, des loisirs et du logement. Les participants évoquent un sentiment mitigé d'appropriation des espaces, avec des géographies quotidiennes marquées par une alternance constante entre prises et manques de prises. L'analyse met aussi en lumière le statut particulier du GEM au sein de leurs espaces de vie. Celui-ci offre un espace-ressource dans la ville que les participants peuvent s'approprier. Ce dispositif, ouvert sur la ville, leur permet également de profiter de lieux où ils n'iraient pas seuls ou bien d'eux-mêmes, contribuant ainsi à diversifier et à accroître le périmètre des espaces de vie. L'analyse souligne la manière dont les adhérents se sont saisis collectivement de leur GEM pour agir eux-mêmes sur la ville et la rendre davantage inclusive.

Mots-clefs : inclusion, santé mentale, pratiques spatiales, vieillissement, Groupe d'Entraide Mutuelle

Inclusion in the city of ageing psychologically fragile people.
A qualitative study of everyday geographies of ageing members of a peer-support group (GEM) in a small town in France

This research seeks to inform the discussion on inclusion in the city of ageing psychologically fragile people by applying a scientific perspective to the daily experience of this population which is often overlooked in the social sciences and in public debate. The aim is to question their relationship to the city by analysing their everyday geographies. Are their urban practices constrained? Are they able to take their place in the city? This research consists of a qualitative study of the living spaces of 14 ageing psychologically fragile people living in a small town and its surrounding villages. These people are members of an associative peer-support group called a "GEM". The data collection is based on several months of participatory observation in the GEM and on two series of interviews, which included the drawing of a mental map, with the 14 participants.

The participants expressed a mitigated sense of spatial appropriation as their everyday geographies are characterized by a constant oscillation between control and lack of control. The analysis highlights the particular status of the GEM in the participants' living space. It offers a spatial resource in the city which the participants can have control of. As the GEM opens onto the urban environment, it allows them to enjoy places they would not go to as individuals, thus diversifying and extending their living space. The analysis also shows how the members have collectively taken hold of their GEM in order to make the city more inclusive.

Keywords: inclusion, mental health, spatial practices, ageing, peer-support group