



HAL
open science

Les dynamiques discriminatoires de l'invisibilité psychique en quartier prioritaire

Matthijs Gardenier

► **To cite this version:**

Matthijs Gardenier. Les dynamiques discriminatoires de l'invisibilité psychique en quartier prioritaire. Les Cahiers de la LCD, 2023, 2023/2 (17), <https://www.cairn.info/revue-cahiers-de-la-lcd-lutte-contre-les-discriminations-2023-2-page-77.htm>. hal-04490892

HAL Id: hal-04490892

<https://univ-montpellier3-paul-valery.hal.science/hal-04490892>

Submitted on 7 Mar 2024

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NoDerivatives 4.0 International License

Les dynamiques discriminatoires de l'invisibilité psychique en quartier prioritaire

Matthijs Gardenier

DANS CAHIERS DE LA LCD 2023/2 (N° 17), PAGES 77 À 92
ÉDITIONS L'HARMATTAN

ISSN 2496-4956

Article disponible en ligne à l'adresse

<https://www.cairn.info/revue-cahiers-de-la-lcd-lutte-contre-les-discriminations-2023-2-page-77.htm>



CAIRN.INFO
MATIÈRES À RÉFLEXION



Découvrir le sommaire de ce numéro, suivre la revue par email, s'abonner...

Flashez ce QR Code pour accéder à la page de ce numéro sur Cairn.info.

Distribution électronique Cairn.info pour L'Harmattan.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

Les dynamiques discriminatoires de l'invisibilité psychique en quartier prioritaire

MATTHIJS GARDENIER¹

Cet article propose une réflexion sur les discriminations subies par les personnes en situation de handicap psychique dans les espaces particuliers des métropoles que sont les quartiers prioritaires de la politique de la ville. Il s'appuie sur une recherche de l'observatoire des discriminations de Montpellier menée en 2020 sur discriminations subies par les personnes en situation de handicap dans les QPV. En effet, un état des lieux mené en 2017 avait souligné la présence d'une importante population en situation de handicap dans ces quartiers, ne faisant pas forcément l'objet d'une politique d'accompagnement social spécifique (Gardenier, 2017). De ce travail préliminaire ressortait l'idée que cette population subissait de nombreuses discriminations, dans un contexte de non-recours aux droits très important.

Ce constat a suscité une étude sur les discriminations subies par les personnes en situation de handicap dans les QPV autour d'une double perspective : acquérir une meilleure connaissance de ces populations, mieux connaître le rapport au handicap, ses spécificités, ses effectifs mais aussi acquérir une connaissance affinée des discriminations subies. Cette thématique amène à questionner les liens entre deux facteurs de discrimination : la dimension territoriale des discriminations (c'est-à-dire le lieu de résidence) et l'état de santé (c'est-à-dire la situation de handicap psychique). Est-il pertinent de vouloir penser ces discriminations de manière spécifique dans les espaces particuliers que sont les QPV ? Les discriminations liées au handicap psychique peuvent-elles être aggravées par la résidence dans un QPV ? Si tel est le cas, quels en sont les mécanismes ? Dans quelle mesure la dimension territoriale est-elle un réel facteur de discrimination ?

Toute une série de travaux sur les discriminations ont interrogé la dimension spécifique des discriminations territoriales. Ainsi Thomas Kirzbaum a montré que, derrière les réelles discriminations liées à l'origine géographique que peuvent rencontrer les habitants de certains quartiers dans leurs recherches d'emploi et de logement, se cristallisent souvent des discriminations liées aux origines ethno-raciales (Kirszbaum, 2020). Yannick L'Horty a décrit comment le dispositif des emplois francs avait fait reculer les taux de

¹ Matthijs Gardenier est docteur en sociologie. Après une thèse consacrée à la sociologie des mouvements sociaux et à la police des foules, il poursuit ses recherches sur deux thématiques : le vigilantisme anti-migrants et la sociologie des discriminations

discriminations à l'emploi des résidents des QPV, mais avec d'importantes disparités selon les origines : la situation des non-immigrés s'est améliorée alors que la discrimination des personnes issues de l'immigration, notamment du Maghreb, persiste (Petit, Duguet et l'Horty, 2016). Tout comme les discriminations liées au patronyme, les discriminations territoriales dériveraient d'une discrimination qui les précède, la discrimination sur des critères ethno-raciaux.

Les apports de ces travaux doivent être pris en compte. Néanmoins, les populations immigrées vivant dans les QPV présentent aussi des spécificités socio-économiques par rapport au groupe des immigrés en général. Ainsi, les derniers travaux sur les catégories socioprofessionnelles ont révélé que le groupe des immigrés des pays du Maghreb comptait une proportion importante de cadres et professions intellectuelles supérieures, ainsi que de professions intermédiaires par rapport à d'autres pays d'immigration comme le Portugal ou les pays d'Afrique subsaharienne². À Montpellier, dans les populations des QPV étudiées où se concentrent de manière très importante des immigrés issus du Maroc et d'une moindre mesure d'Algérie, ces proportions ne se retrouvent pas : cadres et professions intellectuelles supérieures sont sous-représentés alors qu'employés et ouvriers sont surreprésentés, caractéristiques que ne partage pas le reste du groupe des immigrés de Montpellier. Il est difficile d'affirmer qu'il y a une causalité entre la résidence en QPV et un niveau de qualification et de salaire plus bas : la résidence en QPV peut aussi être le résultat de faibles revenus et des dynamiques ségrégatives du marché du logement (Pan Ke Shon Scodellaro, 2016). Pour autant, la population des immigrés en QPV forme un sous-groupe spécifique à la population générale des immigrés, dont le vécu de discrimination s'avère accentué comme le montrent les travaux de Talpin et ses collègues (Talpin *et al.*, 2021).

La question de cette spécificité va aussi se poser en ce qui concerne le handicap psychique. Par ailleurs, il s'avère nécessaire d'examiner la définition du handicap psychique. En effet, le champ de la psychiatrie ne rentre que relativement tardivement dans le champ du handicap avec la loi de 2005. De plus, ce n'est pas l'ensemble des troubles relevant de la psychiatrie qui peuvent être qualifiés de handicap, mais uniquement ceux qui sont reconnus comme entraînant une limitation significative dans la participation à la vie sociale (et professionnelle). La notion de handicap psychique est ici encore une illustration du caractère contextuel de la situation de handicap : ce n'est pas tant la limitation physiologique liée à une situation d'altération de la santé mentale que le caractère limitant de l'environnement social qui constitue le

² « Migrations, territoire, logement », en ligne : www.nomenclature-pcs.fr/decrire/migrations-territoires-et-log, consulté le 6 décembre 2022.

nœud de la situation de handicap (Fougeyrollas 2011). Enfin, les discriminations liées au handicap revêtent deux principaux aspects. Le premier consiste en une discrimination directe : le stigmate, lié à l'identité du handicap, entraîne une série de discriminations (emploi, logement...) ; alors que le second est la discrimination indirecte, liée à l'absence de prise en compte des situations de handicap dans l'accès à la vie sociale.

Si ces discriminations concernent l'ensemble des personnes en situation de handicap, la dimension territoriale pourra potentiellement exacerber ces discriminations : l'accès aux soins est plus faible dans les QPV que dans le reste des espaces urbains, ce qui entraîne une sous-détection ou une détection tardive des troubles. De même, bien souvent, les troubles et les illégalismes (c'est-à-dire l'ensemble des pratiques qui soit transgressent délibérément, soit contournent ou même détournent la loi) des personnes en situation de handicap psychique semblent faire l'objet d'un traitement sécuritaire, plutôt que d'une logique de soin. Si ce mouvement de sécurisation (Balzacq, 2010) de problématiques précédemment sanitaires semble généralisé, il semble accentué dans les QPV qui font l'objet d'un traitement policier qui leur est spécifique (Talpin *et al.*, 2021), comme le montrent les données qualitatives recueillies à Montpellier.

La surreprésentation des personnes en situation de handicap dans les QPV qui nous semble également importante : les données nationales de l'ONPV (observatoire national de la politique de la ville) montrent que les personnes titulaires de l'obligation d'emploi, de la RQTH (reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé) ainsi que de l'AAH (allocation aux adultes handicapés) sont fortement surreprésentées dans les quartiers politiques de la ville. À Montpellier, les 12 quartiers prioritaires regroupent près de 20 % des 300 000 habitants de la ville. Les plus importants se regroupent dans le quadrant Nord-Ouest de la ville (Celleneuve, Petit Bard, Pergola, Mosson), le quartier de la Mosson regroupant à lui seul près de 41 % de la population des QPV de la ville avec 21 650 habitants. Dans un premier temps, nous tenterons de décrire les caractéristiques des populations en situation de handicap dans les QPV par le biais d'indicateurs statistiques, avant de poser la question de la spécificité des discriminations vécues par les personnes en situation de handicap psychique dans ces QPV.

En l'absence de données préexistantes spécifiques à notre problématique, nous nous appuyons sur deux séries d'éléments. La première concerne des données nationales produites par l'ONPV ainsi que par l'INSEE, qui permettent de mieux comprendre la situation socio-économique des personnes en situation de handicap dans les QPV. Si elles apportent un important éclairage sur le rapport des personnes en situation de handicap à certaines sphères de la vie sociale, ces données ne permettent pas de penser de manière fine le handicap dans les QPV

de la ville de Montpellier. Pour ces raisons, il a été nécessaire de travailler des données plus précises, afin de mieux envisager de manière territorialisée ces enjeux. Nous avons pu bénéficier pour cela du concours d'un certain nombre d'institutions et d'acteurs des politiques sociales, qui nous ont fourni leurs statistiques : la CAF, CAP emploi, Pôle emploi, la CPAM. Dans cet article, seule une partie des données recueillies sera mobilisée, afin de laisser plus de place aux éléments qualitatifs de la recherche.

Une trentaine d'entretiens ont été menés afin d'avoir une compréhension précise des difficultés rencontrées par les publics concernés. L'objectif est d'identifier des problématiques et des pratiques spécifiques qui peuvent être sources de discriminations. Nous avons rencontré plusieurs types d'acteurs, classés en trois grandes catégories. La première concerne des responsables de projet et travailleurs sociaux travaillant pour des structures publiques et agences, souvent à caractère généraliste, chargées de mettre en œuvre des dispositifs de droit commun : la CPAM, la CAF, Pôle emploi, PRE de la ville de Montpellier. La deuxième catégorie d'acteurs regroupe les membres de structures associatives actives dans le champ du social, qu'ils soient salariés ou bénévoles dont l'activité prend en compte les situations de handicap. La troisième rassemble des associations de personnes concernées par différentes situations de handicap. Il convient de noter une importante particularité concernant le déroulement de la partie qualitative de l'étude. En règle générale, les études de l'observatoire des discriminations s'appuient sur le croisement d'entretien avec des acteurs institutionnels, des associations actives dans le travail social, des structures et associations représentant les populations discriminées ainsi que des entretiens et ateliers avec des personnes concernées par les discriminations. Le terrain de cette étude ayant été mené au premier semestre 2020, du fait de la crise liée au Covid-19, les ateliers et entretiens avec les personnes en situation de handicap (à l'exception des représentants d'associations de personnes concernées) n'ont pu être menés. Néanmoins, malgré cette limite, l'ensemble de ces entretiens a permis de fournir une perspective plus concrète, une vision fine et précise des interactions sociales qui sont le tissu et la fabrique des discriminations.

Quid de la détection des handicaps et du recours aux droits ?

L'analyse des indicateurs nationaux nous a permis d'avoir une meilleure idée de la population des personnes résidant en QPV qui bénéficient d'une forme de reconnaissance administrative de handicap³. Les indicateurs suivants sont issus

³ Cette reconnaissance est plus large car elle inclut les personnes bénéficiant de l'OETH (obligation d'emploi des travailleurs handicapés), ainsi que des personnes n'étant pas classifiées comme faisant partie de la population active.

des données de l'ONPV. Nous voyons qu'en QPV, la proportion des personnes en situation de handicap est plus élevée de 3,5 points que sur l'ensemble du territoire français métropolitain (c'est un peu plus d'un habitant des QPV sur dix qui est reconnu administrativement comme en situation de handicap).

Proportion des bénéficiaires d'une reconnaissance de handicap dans les QPV de France métropolitaine	Proportion des bénéficiaires d'une reconnaissance de handicap en France métropolitaine	Écart
10,1 %	6,6 %	+3,5 %

Tableau 1. Part des bénéficiaires d'une reconnaissance administrative du handicap ou de perte d'autonomie selon le lieu de résidence (en %).

Source : enquête Emploi 2015. Champ : France métropolitaine, population âgée de 15 ans et plus. Traitements : CGET (commissariat général à l'égalité des territoires)⁴.

De plus, les allocataires de l'AAH semblent se concentrer dans les QPV, probablement par le jeu des attributions de logements sociaux, mais aussi en raison de discriminations dans le parc privé, où de nombreux bailleurs privés refusent de prendre en compte les ressources des allocataires de l'AAH.

QPV en France	France métropolitaine	Écart absolu
5,2 %	2,7 %	2,5 %

Tableau 2. Part d'allocataires de l'AAH selon le lieu de résidence (en %).

Source : fichier des CAF au 31 décembre 2015 et recensement de la population, Insee 2010.

Champ : France métropolitaine, population âgée de 15 à 59 ans. Traitement : CGET.

⁴ Devenue agence nationale pour la cohésion des territoires en 2020.

À l'échelle nationale, ces deux indicateurs montrent une population en situation de handicap importante numériquement, représentant une portion significative de la population des QPV. Enfin, à l'échelle locale les données en gris foncé tendent à montrer que le non-recours aux soins est plus important dans la zone recouverte par le code postal 34080, qui correspond au quadrant Nord-Ouest de la ville, avec notamment le quartier Mosson. Une partie importante de la population n'a pas de mutuelle, ni de suivi médical régulier, et pratique moins les dépistages que la moyenne de la population de l'Hérault. La dématérialisation de l'accès aux droits ainsi que le manque de connaissance des dispositifs complexes expliquent ces difficultés d'accès aux droits. En conséquence, les situations de handicap sont détectées moins souvent, plus tardivement, et connaissent un moins bon suivi.

Commune	Avec mutuelle	Sans mutuelle	CMUC	ACS ⁵ avec mutuelle	ACS sans mutuelle
172 - MONTPELLIER-34000	55,5 %	3,2 %	10,9 %	29,6 %	0,8 %
172 - MONTPELLIER-34070	56,3 %	4,3 %	15,2 %	23,0 %	1,2 %
172 - MONTPELLIER-34080	37,0 %	7,9 %	27,4 %	25,0 %	2,7 %
172 - MONTPELLIER-34090	55,3 %	3,0 %	11,3 %	29,4 %	0,9 %
999 – HÉRAULT	62,9 %	2,6 %	10,8 %	22,2 %	0,7 %

Tableau 3. Répartition de la population de Montpellier et de l'Hérault en termes de différentes solutions de complémentaire santé.

Source : Indicateurs statistiques 2017 de la CPAM de l'Hérault

Si ces chiffres pointent des difficultés d'accès aux soins, les données qualitatives du travail de recherche inscrivent ce manque de recours au soin dans une perspective plus large : une part significative des personnes en situation de handicap psychique, tout particulièrement dans les QPV, vivraient

⁵ Ces données concernent les deux dispositifs que sont la couverture maladie universelle complémentaire (CMU) et l'aide pour une complémentaire santé (ACS). Depuis les deux dispositifs ont fusionné pour devenir complémentaire santé solidaire (CSS).

un fort isolement social, ne paraissant que peu ou pas dans l'espace public. Cette situation serait aggravée par l'absence de suivi social en termes d'insertion et d'accompagnement global. Ces éléments qualitatifs laissent supposer qu'une partie importante de la population des QPV - et particulièrement les femmes - ne disposerait pas d'une reconnaissance administrative de leur situation de handicap, générant donc un important non-recours aux droits. Un de nos interlocuteurs nous fait remarquer que de nombreuses jeunes femmes « n'osent pas sortir, tout simplement ». Ces situations d'isolement auraient été aggravées par le confinement, ce que confirme une travailleuse sociale :

« J'ai des personnes qui n'arrivaient plus à sortir de chez elles parce qu'elles étaient dans la peur permanente, au moment du déconfinement et même dans les semaines après. Ce sont des personnes qui sont dans des extrêmes. (...). Les personnes que j'accompagne ne sont pas en établissement, donc elles n'ont pas forcément de relais si vous voulez... Et là, je vous parle de celles que j'ai accompagnées, mais je ne vous parle même pas de celles qui se sont retrouvées vraiment seules et qui [ne] sont accompagnées par personne. »

Par ailleurs, l'anticipation de la discrimination et du stigmate lié au handicap psychique pousserait les personnes à passer en quelque sorte « sous le radar », et à ne pas faire les démarches pour faire reconnaître un handicap ou à ne pas en faire état lors d'un suivi d'insertion. Cette problématique concernerait tout particulièrement les personnes bénéficiaires du revenu de solidarité active (RSA). Ainsi, des membres d'une association nous font savoir que les conseillers d'insertion du département leur ont confié que de nombreux allocataires du RSA présenteraient des comportements qui les pousseraient à s'interroger sur le fait que leur cas relève de la psychiatrie, et non du RSA. Dans ces cas, ceux-ci devraient être bénéficiaires de l'AAH et non du RSA. Cette problématique est mise en évidence par une autre association suivant des personnes au RSA avec des problématiques d'addiction ou en sortie d'incarcération dans un QPV de la ville de Montpellier. Il convient de noter qu'une étude menée par le comité départemental d'éducation pour la santé (CODES) corrobore ces résultats, notant une sous-détection et un très faible accès aux droits en ce qui concerne les problématiques de santé mentale dans les QPV de la ville de Montpellier. En ce qui concerne une grande proportion du public accueilli :

« On se rend compte que leur profil ne correspond pas, ils devraient avoir un suivi lié au handicap. Les addictions sont certes une problématique, mais ce n'est clairement pas la principale. Avec un accompagnement spécifique, ils seraient mieux suivis qu'avec le RSA. On n'a plus d'interlocuteur pour suivre ces profils handicap éloignés de l'emploi. Il leur manque le financement et les interlocuteurs. »

Ces professionnels ajoutent qu'une forte proportion des personnes qu'ils suivent est finalement aiguillée vers des dispositifs liés au handicap, mais qu'une fois bénéficiaires de l'AAH, elles n'ont plus de suivi approprié en termes d'insertion ou d'approche globale :

« Sur 250 personnes qu'on suit, on accompagne vers 30 demandes d'AAH par an (...). Le problème, c'est que ce dispositif n'offre pas de suivi performant que ce soit en termes d'insertion ou d'approche globale. (...) On ne peut pas faire à la place de ce suivi qui n'existe pas à l'heure d'aujourd'hui. »

Un éducateur de rue fait le constat des difficultés d'accompagnement et d'identification pour les jeunes en situation de handicap psychique :

« Beaucoup de jeunes handicapés n'ont pas été accompagnés par la MLI [mission locale d'insertion]. Des jeunes avec troubles ne pouvaient pas être suivis par la mission locale. Le jeune que je connais qui n'a pas été suivi par la MLI a "explosé", on ne le voit plus et il y a eu une escalade de violence au domicile avec la mère. ».

Cet éducateur fait remarquer que cette absence de prise en charge est aussi en lien avec une autre problématique : la question de l'isolement et du retrait de l'espace social. Ainsi, ce jeune ne « paraît plus dans l'espace public ». Il convient néanmoins de nuancer ce propos. Si l'isolement social est bien réel pour une proportion des personnes en situation de handicap psychique, le fait d'habiter dans un QPV est vu par certains acteurs comme revêtant un aspect positif. La tolérance sociale et la stigmatisation des personnes en situation de handicap seraient plus faibles dans les QPV que dans le reste des espaces urbains, y compris dans le cas des personnes atteintes de troubles psychiques. Selon le responsable d'une association de soutien aux proches de personnes en situation de handicap psychique :

« Dans ces quartiers, cette forme de tolérance amène une certaine acceptation et cela fait que ces populations-là ont tendance à se réfugier dans ces quartiers. Certains psychiatres disent (...) [que] ces personnes qui relèvent de ce type de handicap, qui a des manifestations plus démonstratives, sont plus à l'aise dans ces quartiers où les normes sont moins rigides. »

Cette affirmation est à nuancer dans le sens où il est relativement difficile de mesurer la « rigidité » ou non des normes sociales dans certains espaces sociaux. En revanche, plusieurs personnes avec qui nous nous entretenons affirment que les comportements liés à une santé mentale altérée sont moins stigmatisés. Pour reprendre les termes de Goffman, le comportement vis-à-vis de l'autre obéit à des critères de lisibilité permettant par des microgestes une performance de la santé mentale et de la conformité, les personnes atteintes

de troubles psychiques parvenant peu ou pas à performer ces codes. Il serait ainsi possible d'interpréter la plus grande tolérance sociale vis-à-vis de ces situations de handicap comme appartenant d'un niveau de demande de ces microgestes plus bas que dans d'autres catégories socioprofessionnelles (Goffman, 1975). Cette tolérance pourrait aussi trouver son origine dans la prévalence plus fréquente des troubles de santé psychique au sein des classes populaires soulignée par les travaux de Murcia (Murcia et *al.*, 2011).

Enfin, les discriminations liées au handicap psychique semblent aussi concerner le champ de l'emploi. Il convient de noter que cet aspect n'est pas une spécificité des QPV, mais une discrimination qui concerne l'ensemble des personnes en situation de handicap psychique. De nombreux employeurs rechigneront à embaucher des personnes atteintes de ces pathologies. Selon un acteur de l'insertion professionnelle dans les QPV, le handicap psychique serait un vrai frein pour les recruteurs :

« Parce qu'une personne qui arrive avec un bras en moins, bon le bras ne va pas repousser, ça peut marcher ou pas sur le poste. Un handicap psychique est lié à l'instant T. Aujourd'hui, il a l'air bien, est-ce que demain il sera bien ? Et toute difficulté ou tout problème, imaginé même par l'employeur, va être un frein à l'emploi, qui va être plus inconscient que conscient. Ce que l'employeur veut c'est le maximum de certitudes possible et la moins forte prise de risque possible. (...). C'est le risque qui fait peur, ce n'est pas le handicap en soi. Cette peur n'est pas énoncée clairement par les employeurs. L'employeur souvent va nous dire : "Moi il me faudrait quelqu'un qui puisse gérer la pression". Ça peut vouloir dire "je ne veux pas un psy [handicap psychique]". Ils ne vont pas me dire "je ne veux pas d'un fou". La folie fait peur parce qu'elle n'est pas quantifiable. Comme je le disais, quelqu'un qui arrive avec un bras en moins, bon lui, c'est le bras qui manque... »

I. Sécuritisation et gestion pénale des illégalismes de personnes atteintes de troubles psychiques dans les QPV

La manière dont sont traités les illégalismes des personnes en situation de handicap psychique semble aussi appartenir au champ de la discrimination. Comme nous l'avons évoqué précédemment, de nombreuses personnes dont la santé mentale est plus ou moins fortement altérée vivent sans suivi psychiatrique dans les QPV. Il semblerait qu'un nombre conséquent d'illégalismes et d'actes de délinquance puissent être mis en lien avec cette absence de prise en charge. De plus, les illégalismes des personnes en situation de handicap psychique subissent une réponse pénale plutôt que sanitaire. Pour être plus explicite, nous identifions comme une discrimination (indirecte) le fait que des personnes en situation de handicap psychique peu ou pas du tout soignées

subissent une réponse uniquement pénale, sans reconnaissance de leur situation de handicap. Ce traitement s'explique par un faisceau de causes, dont la principale est l'absence de prise en compte suffisante des problématiques de santé mentale dans les QPV. Il est aussi lié à un contexte politique plus général : dans un contexte de réduction du périmètre de la capacité d'action des pouvoirs publics, toute une série de difficultés qui relevaient de politiques sociales relèvent désormais d'un traitement sécuritaire.

Dans le champ des études de sécurité (*security studies*), ce processus est connu sous le terme de sécuritisation. Il se définit par le fait d'adopter, concernant une problématique sociale donnée, un point de vue uniquement sécuritaire, amenant à un traitement politique en accordance. Cette dynamique se traduit par une consommation accrue de services privés de sécurité par les particuliers et les pouvoirs publics (Balzacq, 2010). Par ailleurs, depuis les années 1980, il est possible de constater un recul de la place de l'État au sein de la société, dans le cadre d'un tournant néolibéral global. Néanmoins, ce recul n'est pas uniforme. Si l'emprise de l'État sur la société diminue, c'est avant tout ce que Pierre Bourdieu (2012) appelle la main gauche de l'État qui s'atrophie : services publics, travail social ou salaire indirect finançant diverses prestations telles que l'assurance chômage, les retraites ou l'assurance-maladie (Jourdain Naulin, 2011). Au contraire, l'armée et les services de police, que Bourdieu appelle la main droite de l'État, ont réussi à maintenir leurs financements et occupent une place croissante dans les politiques publiques. Dans les cas des États-Unis, à partir des années 1980, Loïc Wacquant affirme que les difficultés que traversent les quartiers *ghettos* cessent d'être traitées du point de vue des politiques sociales, et le sont uniquement du point de vue pénal. Alors que la plupart des programmes sociaux voient leur financement diminuer, le traitement pénal des populations les plus pauvres, dont les minorités ethniques, se substitue aux politiques sociales. Cette réponse aux divers actes délictueux devient de plus en plus sévère et les taux d'incarcérations connaissent une forte inflation (Wacquant, 2004).

Selon le psychiatre Mathieu Bellahsen, ce processus concerne aussi la psychiatrie en France. Celle-ci est confrontée, depuis près de 20 ans, à une baisse des moyens consacrés à la santé mentale et une désinstitutionnalisation croissante des patients : passage de 71 000 lits en 1997 à 57 000 en 2015. De même, sur le territoire de la France métropolitaine, près de 20 % des centres médico-psychologiques (qui permettent un accueil en ambulatoire) ferment entre 2011 et 2019. Dans le champ même de la psychiatrie, les personnes atteintes de troubles seraient de plus en plus considérées comme des délinquants potentiels, tout autant que des patients (Bellahsen Knaebel, 2020). Ce changement d'orientation se retrouve dans la loi du 5 juillet 2011 sur le soin sans consentement : la procédure d'hospitalisation forcée est facilitée et

surtout se prolonge hors de l'hôpital : 44 % des personnes en soin sans consentement le sont hors de l'institution. Elles reçoivent des injections contraintes de neuroleptiques, dont l'effet dure plusieurs semaines. La dimension uniquement restrictive de ce type de soins interroge l'aspect curatif de cette procédure : les patients peuvent-ils réellement aller mieux s'ils n'acceptent pas de s'inscrire dans une démarche de soins ?

Nous retrouvons ces problématiques dans les entretiens avec différents acteurs de terrain dans les QPV de Montpellier. Selon le responsable d'une association de soutien aux proches de personnes, il y aurait un traitement pénal et sécuritaire de problématiques sanitaires. Ainsi, des personnes en situations de handicap psychique commettraient des actes délictueux sous l'emprise de délire ou d'hallucinations, ce qui mènerait à une incarcération. À leur sortie de prison, ces personnes seraient fréquemment en rupture familiale, en manque de soins et sans travail. Elles se retrouveraient alors en QPV, car ce sont des quartiers aux loyers bas et où la tolérance sociale est plus élevée. Elles échapperaient alors totalement au processus de soins ou celui-ci se réduirait aux injections contraintes, causant des délits en cascade et un traitement pénal en accordance.

Selon un éducateur de rue actif sur plusieurs QPV :

« La grosse majorité des problématiques de violence de déviance sont liées à [la psychiatrie]. On accompagne quatre jeunes qui ont décompensé. Avant de décompenser, il y a eu une escalade au niveau des déviances, des addictions. C'était compliqué. On en voit de plus en plus. Ce n'est pas notre public, mais ça le devient par la force des choses [pour mettre en place un suivi]. C'est complexe car tout le monde se renvoie la balle. Dans le cas d'un jeune, la mission locale refuse de le suivre et renvoie vers Cap emploi qui refuse aussi. C'est un parcours du combattant. En tant qu'éduc', on trouve le parcours compliqué, alors imaginez quelqu'un des quartiers, qui est isolé. [De plus,] la psychiatrie n'est pas abordée par les services publics au niveau des quartiers... »

Selon notre interlocuteur, cette problématique aurait été accentuée par le confinement :

« Après le confinement il y a eu une escalade de violence : deux trois jeunes sont partis en psychiatrie. Et beaucoup de personnes restent à leur domicile et ne bougent pas. Ils sont totalement hors des radars. Ils ont l'AAH, mais pas de suivi. Ils ont le côté financier, mais pas de projection dans leur vie. Il leur manque un accompagnement global. Il y a beaucoup de filles dans ce cas. »

Il ajoute que par ailleurs les soins contraints auraient des résultats pour le moins contre-productifs dans certains cas :

« Le seul traitement c'est une arrestation suivie d'une injonction de soin – avec la piqûre obligatoire de neuroleptiques et ce n'est pas accepté. La maladie n'est pas acceptée et la piqûre pousse à la paranoïa. "C'est l'état qui veut me faire taire", "je suis sur écoute". Il n'y a absolument pas de démarche de soin. Un jeune dans ce cas (...) a beaucoup bu, pété des plombs, eu des problèmes de violence, a été incarcéré et ensuite décompensé en prison où il a vécu beaucoup de traumatismes. Il est finalement parti en psychiatrie au bout de six mois en prison, après avoir vécu beaucoup de violence. (...) C'est aussi le cas dans le quartier XXX où trois jeunes suivis sont dans ce cas de figure : un a été incarcéré et, maintenant il serait inatteignable par les éducateurs : "on ne peut plus rien faire pour lui". »

Par ailleurs, ce même éducateur fait remarquer le rôle contenant que peuvent jouer les habitants d'un quartier à cet égard. Ainsi dans le quartier XXX, c'est un jeune « sous piqûre » (soins sans consentement à domicile) qui est encadré par ses pairs, qui l'appuient et l'empêchent de faire des bêtises et vont par exemple lui interdire de fumer. Dans le même quartier, l'interviewé donne aussi l'exemple d'un jeune en crise psychotique :

« [II] est sorti avec un sabre dans le quartier. Il n'y a rien eu car ses amis l'ont maîtrisé, désarmé et mis au sol. Heureusement que le quartier sécurise dans ces cas-là. Un autre voulait tabasser tout le monde. Son frère est sorti et l'a maîtrisé, mais il s'est fait fracturer la mâchoire. (...) Une meilleure prise en charge éviterait des actes de délinquance, mais aussi des incarcérations – une vraie prise en charge éviterait ces trajectoires. (...) Il faudrait éviter ces difficultés. [J'ai été] témoin de jeunes armés qui pétaient des plombs, que ce soient des armes blanches mais aussi à feu. Ça joue à dégrader la sécurité du quartier. Même si les armes sont présentes dans les quartiers, beaucoup de gens ont du recul et les utilisent peu. Lorsqu'elles sont utilisées, c'est parfois en lien avec la psychiatrie. »

Un responsable d'une association d'aide aux familles partage ce constat et va plus loin. Selon lui, les personnes atteintes de troubles psychiques seraient aussi ciblées par des logiques sécuritaires dans le cadre du recroisement des fichiers médicaux et des fiches S :

« Les personnes avec troubles psychiques sont de vraies éponges, elles vont avoir des délires issus de la société. Le délire se fixe sur des objets sociaux. Il peut se fixer sur la radicalisation, c'est un véritable piège, il n'y a plus de défenses psychologiques. On s'est rendu compte de peu de cas, mais cela existe bel et bien, des personnes piégées par des idées. Ça pourrait être le cas avec les Martiens... n'importe quel objet. Les pouvoirs publics dans un

réflexe sécuritaire ont imaginé de joindre ces deux dossiers. Pour nous, c'est un danger : si vous êtes malades, vous n'êtes pas radicalisé et vice versa. C'est un exemple concret de situations qui mènent à une grande confusion. Dans ces quartiers, on peut plus facilement rentrer dans une situation difficile, problématique. En y associant un élément social, on rentre vite dans des situations explosives. »

Il identifie aussi des difficultés concernant les dynamiques de consommation de stupéfiants :

« Dans les pathologies psychiatriques, vous avez une très forte probabilité d'avoir des comorbidités, des pathologies associées, notamment d'addiction. Forcément des personnes fragiles sont absorbées par la drogue. Comme elles sont malléables, fragiles, elles sont aisément utilisées par des réseaux, et seront en première ligne le jour où ça accroche. Les associations doivent repérer ces personnes fragiles qui seront utilisées par des réseaux. Ces personnes vont rentrer dans le champ judiciaire et commettre des délits alors qu'elles auraient dû rester dans une filière médicale. »

L'ensemble de ces éléments constitue une excellente illustration des processus de discrimination indirecte que connaissent les personnes en situation de handicap dans les QPV. Plutôt qu'une intention discriminatoire directe, c'est le recul de l'État social qui crée un contexte où les personnes n'ont plus accès à la prise en charge qui leur convient. Cet état de fait pénalise non seulement les personnes en situation de handicap, mais alimente différents phénomènes de délinquance.

Enfin, il semblerait aussi que les personnels de sécurité, que ce soient les contrôleurs des transports en commun ou les agents des forces de l'ordre, ne soient pas sensibilisés aux problématiques et aux vulnérabilités des personnes en situation de handicap. Lors de difficultés comportementales liées aux handicaps des personnes, ceci amène à des situations d'usage de la force dont la légitimité est questionnée par nos interlocuteurs. Ainsi, un directeur d'ESAT (établissement et service d'aide par le travail) dans un QPV nous relate les faits suivants :

« J'ai un autre ouvrier qui a un peu des problèmes avec l'autorité quand elle est cassante et ne lui est pas expliquée au préalable. Un jour il est monté dans le bus, effectivement il a passé sa carte. Le contrôleur au fond du bus n'a pas entendu le bruit, je sais que cet ouvrier a passé sa carte, il est très respectueux du règlement. Le contrôleur lui a fait remarquer qu'il n'a pas passé sa carte. Il savait qu'il l'avait fait, ils se sont un peu échauffés et puis le bus s'est arrêté, il s'est fait rouer de coups par terre. Effectivement, il est français, mais il vient un peu des îles. Il s'est fait rouer de coups, il est passé en médecine légale. Une enquête a été ouverte, qui bien évidemment n'a rien

donné. Le contrôleur a fait arrêter le bus où d'autres contrôleurs attendaient à côté. Je comprends que ces contrôleurs rouent de coups une personne. Je comprends aussi cet ouvrier qui n'a pas compris pourquoi le contrôleur s'en est pris à lui et qui ne supporte pas qu'on le touche. Il n'a pas aimé être saisi par le bras et c'est parti en live. (...) Les (...) contrôleurs sont revêtus d'une responsabilité par le droit et peuvent interpellier les gens. L'agent ne prend pas le temps d'expliquer. Autrefois les personnes en situation de handicap avaient une carte orange qu'ils pouvaient brandir pour se protéger de la police et [des services de sécurité]. »

La fondatrice d'une association de parents d'enfants atteints de troubles « dys » fait état d'une situation similaire :

« Le gamin jouait au foot et il y a eu ce que l'on appelle un "lâcher de filet", les flics arrivent dans le quartier et ramassent tout ce qu'ils peuvent. Et lui revenant du foot, il a vu ce lâcher de filet. Tous les autres jeunes ont couru. Lui ne se sentant pas menacé, a été pris. Il a été tabassé par les flics qui lui ont tapé dessus à quatre. Je ne sais pas pourquoi ils lui sont tombés dessus. C'est allé jusqu'au procès, mais c'est lui qui a été condamné. Il avait 14 ans. Il aurait mis quatre policiers à terre qui auraient eu sept jours d'ITT (incapacité totale de travail). Aujourd'hui les parents, précaires, [doivent payer] presque 700 € pour rembourser les frais des policiers qui auraient été mis par terre. On a des photos du gamin tabassé. C'était un enfant très motivé, qui a été traumatisé et qui est sorti du système scolaire à la suite du choc. Il ne croit plus en la société. On a saisi le Défenseur des droits. »

Nous présentons uniquement ces deux exemples, mais il s'agit d'une problématique rencontrée de façon récurrente au cours de notre recherche. Un des responsables de structure d'accueil explique cette situation par l'absence de formation des divers personnels de sécurité à l'identification des personnes vulnérables.

Conclusion

Pour conclure, les résultats des recherches sur les discriminations frappant les personnes en situation de handicap psychique dans les QPV montrent une surreprésentation en général des populations reconnues en situation de handicap dans les QPV. Les données qualitatives pointent *a contrario* une plus faible détection des situations de handicap en général et du handicap psychique en particulier. Cela s'explique notamment par de plus faibles infrastructures de soin, la dématérialisation de l'accès aux droits, mais aussi par une meilleure acceptation par l'environnement social des situations de handicap. Ainsi, le nombre de personnes en situation de handicap en QPV serait probablement beaucoup plus important de ce que montrent les données officielles, qui révèlent déjà une surreprésentation. Un autre aspect significatif qui apparaît au cours de la recherche est le constat d'une forte discrimination des employeurs vis-à-vis des personnes faisant état de leur handicap psychique ou du moins ne parvenant pas à le rendre invisible, caractéristique qui n'est pas propre aux QPV.

Il convient aussi de noter qu'une série de ces constats ont été un des facteurs qui a mené à la mise en place d'un conseil local de santé mentale regroupant différents partenaires (élus locaux, professionnels de la santé mentale et de la psychiatrie, représentants d'usagers et leurs familles, associations et institutions du secteur social et médico-social, services de police, justice, pompiers), afin de pallier ces discriminations, notamment en améliorant la détection des troubles ainsi que l'accès aux droits.

Enfin, l'invisibilisation des situations de handicap psychique se manifeste tout particulièrement dans le processus de sécuritisation des illégalismes des personnes en situation de handicap, ce qui, à notre sens, constitue une forme de discrimination vis-à-vis des personnes en situation de handicap psychique. Le recul de la psychiatrie laisse de nombreuses personnes sans accès aux soins. En l'absence de suivi, les manifestations les plus troublantes de ces situations sont traitées de manière sécuritaire, amenant une réponse pénale : des personnes nécessitant une hospitalisation se retrouvent incarcérées. Par ailleurs, le processus de sécuritisation concerne aussi la psychiatrie en elle-même, par des pratiques insufflant les dynamiques sécuritaires dans le soin, comme le développement de l'hospitalisation sous contrainte à domicile, mais aussi diverses mesures autour de la potentielle radicalisation des personnes en situation de handicap psychique.

Le passage de la gestion des illégalismes des personnes en situation de handicap psychique de la sphère du soin à la sphère sécuritaire ne semble pas revêtir un caractère unique propre aux QPV, mais l'importance du non-recours au soin et les pratiques spécifiques du *policing* dans ces espaces semblent

néanmoins donner une ampleur particulière au phénomène (Talpin *et al.*, 2021).

Références

- Balzacq T. (2010), « A theory of securitization Origins, core assumptions, and variants » in Balzacq T. (dir.), *Securitization Theory, How Security Problems Emerge and Dissolve*, Routledge, pp. 7-24.
- Bellahsen M. et Knaebel R. (2020), *La Révolte de la psychiatrie*, La Découverte.
- Fougeyrollas P. (2011), *La funambule, le fil et la toile : transformations réciproques du sens du handicap*, Presses Université Laval.
- Gardenier M. (2017), *État des lieux des discriminations subies sur le territoire de la ville de Montpellier*, Service de la cohésion sociale de la ville de Montpellier, 97 p.
- Erving G. (1975), *Stigmaté : Les usages sociaux des handicaps*, Les Éditions de Minuit.
- Jourdain A. et Naulin S. (2011), *La théorie de Pierre Bourdieu et ses usages sociologiques*, Armand Colin.
- Kirszbaum T. *et al.* (2020), « “Sortir de l’approche individualisante du droit pour combattre les discriminations territoriales” : entretien avec Thomas Kirszbaum », *Les cahiers de la LCD*, vol. 12, pp. 23-37.
- Murcia M., Chastang J., Cohidon C. et Niedhammer I. (2011), « Différences sociales dans les troubles de la santé mentale en population salariée : résultats issus de l’enquête Samotrace », *Santé Publique*, n° 23, pp. 59-73.
- Pan Ké Shon J.-L. et Scodellaro C. (2016), « L’habitat des immigrés et des descendants : ségrégation et discriminations perçues », in Beauchemin C., Hamel C. et Simon P. (dir), *Trajectoires et origines Enquête sur la diversité des populations en France*, Ined, Grandes enquêtes.
- Petit P., Duguet E. et L’Horty Y. (2015), « Discrimination résidentielle et origine ethnique : une étude expérimentale sur les serveurs en Île-de-France », *Économie & prévision*, vol. 206-207, n°s 1-2, pp. 55-69.
- CODES (2018), *Promotion de la santé mentale dans les quartiers prioritaires de la ville de Montpellier*, 50 p.
- ONPV (2017), Rapport annuel de l’observatoire national de la politique de la ville, 225 p.
- Talpin J. *et al.* (2021), *L’épreuve de la discrimination. Enquête dans les quartiers populaires*, PUF.
- Wacquant L. (2020), *Punir les pauvres, le nouveau gouvernement de l’insécurité sociale*, Agone.