

DCB 18

Mémoire d'étude / décembre 2009

Lecture publique et santé mentale : exemples de partenariats et perspectives

Julien Pauthe

Sous la direction de Christophe Evans

Chargé d'études en sociologie – Bibliothèque publique d'information

Remerciements

Mme Marine BEDEL, directrice, Bibliothèque municipale de Rennes

Mme Audrey CHEVALIER, éducatrice, Hôpital de jour pour adolescents L'Olivier, Saint-Brieuc (Centre hospitalier Saint-Jean-de-Dieu, Dinan)

Mme Camille DEGEZ, commission Culture et handicap, Direction du livre et de la lecture, ministère de la Culture

Mme Patricia DELAMARE, infirmière, Hôpital de jour pour adolescents L'Olivier, Saint-Brieuc (Centre hospitalier Saint-Jean-de-Dieu, Dinan)

M. Sébastien DISDET, psychologue, Hôpital de jour pour adolescents L'Olivier, Saint-Brieuc (Centre hospitalier Saint-Jean-de-Dieu, Dinan)

M. Christophe EVANS, Chargé d'études en sociologie, Bibliothèque publique d'information

Mme Josette FRANÇOIS, responsable du Service Prêt aux collectivités, BM de Rennes

Mme Véronique JAVON, responsable du Pôle sourds, Bibliothèque Fessart, Paris XIX^e

M. Alain LE BOUËTTE, psychologue, Centre hospitalier Guillaume Régnier, service G04, Rennes

Mme Florence LE PICHON, chargée de l'animation des réseaux de lecture publique, Livre et lecture en Bretagne

Mme Françoise MALO, psychologue, Centre hospitalier Guillaume Régnier, Rennes

Mme Marie-Annick MARION, Service du Prêt aux collectivités, BM de Rennes

Mme Caroline PAUTHE-LEDUC, psychologue, Centre hospitalier Guillaume Régnier, service G04, Rennes, Institut Jean-Baptiste Messenger, Laval

Mme Sophie PELLE, Pôle sourds, Bibliothèque Fessart, Paris XIX^e

Mme Carolle PELTIER, directrice, Bibliothèque Fessart, Paris XIX^e

Mme Marie-France PEYRELONG, Enseignant-chercheur, École nationale supérieure des sciences de l'information et des bibliothèques

Résumé :

Présentation et exploration du travail des bibliothèques de lecture publique en direction des personnes concernées par une démarche de santé mentale. Une approche critique des concepts de « handicap mental » et « handicap psychique » est associée à une présentation de leur contexte juridique et administratif actuel, ainsi qu'à un paysage des institutions de santé mentale, du champ sanitaire comme médico-social, afin de permettre une approche problématisée d'un public spécifique mais hétérogène. Des exemples de partenariats complètent la démarche pour déboucher sur une réflexion concernant les outils à mobiliser, les conditions de réussite et enfin les enjeux tant professionnels que sociaux et thérapeutiques de telles opérations. Cette réflexion entend plaider pour un renforcement de l'accessibilité pour tous des bibliothèques.

*Descripteurs :**Hospitalisés -- Livres et lecture**Handicapés mentaux -- Livres et lecture**Bibliothèque municipale -- Lecture – Promotion***Abstract :**

General layout and extensive research on working procedures and undertaking in public libraries aimed at all populations concerned by public mental health policy. A critical view over mental and psychological handicaps together with outlining current legal and administrative backgrounds, linked with the institutional frameworks of public health, both in the medical and social fields. This will lead to review questions pertaining to one specific yet divers population. A description of partnerships leads to possible actions to be undertaken as well as achievement requisites and professional, social and public health issues. The all matter being about strengthening public access to public libraries.

Keywords :

Mental handicap – Public Policy

Mental health

Public libraries

Droits d'auteurs



Cette création est mise à disposition selon le Contrat :
Paternité-Pas d'Utilisation Commerciale-Pas de Modification 2.0 France
disponible en ligne <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/fr/> ou par courrier
postal à Creative Commons, 171 Second Street, Suite 300, San Francisco, California
94105, USA.

Table des matières

INTRODUCTION.....	11
PARTIE 1 : APPROCHES D'UN PUBLIC SPECIFIQUE ET HETEROGENE	14
LA SANTE MENTALE, UN SOUCI CROISSANT	14
<i>La démocratisation, une exigence renouvelée.....</i>	15
1. LA NOTION DE HANDICAP : CONSTRUCTION ET REPRESENTATIONS.....	15
<i>Aux origines du terme, un souci d'égalité des chances... dans le sport.....</i>	15
<i>Le développement de la notion en France.....</i>	16
La définition des handicaps par l'OMS	17
Courant médical et courant anthropologique	18
<i>Les enjeux du débat.....</i>	19
Concrètement : une plasticité parfois mal perçue	20
<i>Les représentations sociales du handicap.....</i>	21
Entre reconnaissance et indifférence... ..	23
2. LE CAS PARTICULIER DU HANDICAP MENTAL	23
<i>De la tradition taxinomique des aliénistes à la notion de handicap mental.....</i>	24
« Soigner ou classer ? »	24
<i>Approches contemporaines.....</i>	26
Handicap mental ou déficience intellectuelle et mentale	26
Handicap mental et maladie mentale	27
Handicap psychique et handicap par maladie mentale	28
<i>La prise en charge par les institutions.....</i>	29
3. QUELQUES DONNEES DE POPULATION CHIFFREES.....	29
Population concernée par une démarche de soin mental	30
Population en situation de handicap	30
Données administratives	30
Données d'enquêtes	30
CONCLUSION	31
PARTIE 2 : AVEC QUI TRAVAILLER ?	33
1. CADRE JURIDIQUE ET ADMINISTRATIF	33
<i>Le cadre législatif actuel.....</i>	34
La définition juridique du handicap	34
Les grands principes de la loi	35
La non-discrimination	35
Le droit à la compensation des conséquences du handicap	35
La participation et la proximité	35
L'accessibilité généralisée	36
Les modifications apportées aux obligations légales	36
Le calendrier des obligations.....	36
L'obligation d'emploi	37
L'exception au droit d'auteur.....	37
<i>Le cadre administratif : conventions, actions et recommandations</i>	38
La lecture à l'hôpital.....	38
Le cas des Centres hospitaliers spécialisés (CHS)	39
Les actions de la DLL.....	39
Les recommandations de l'IFLA	40

2. PAYSAGE DES INSTITUTIONS DE SANTE MENTALE EN FRANCE	40
<i>De l'asile au secteur</i>	40
<i>La psychiatrie de secteur et la promotion des alternatives à l'hospitalisation</i>	41
Institutions psychiatriques et institutions médico-sociales	41
Secteur sanitaire.....	42
Secteur médico-social	43
Articulation des secteurs sanitaire et médico-social	45
3. LES PARTENAIRES INSTITUTIONNELS ET ASSOCIATIFS	46
<i>Les structures relais ou ressources</i>	46
<i>Les structures d'accueil et de soins susceptibles de fréquenter les bibliothèques</i> ...	46
CONCLUSION	47
PARTIE 3 : EXEMPLES, OUTILS, ET ENJEUX	49
1. EXEMPLES DE PARTENARIATS	50
<i>Enquête</i>	50
<i>Témoignages</i>	51
<i>Visites de terrains</i>	51
Bibliothèque municipale de Rennes	51
Hôpital de jour pour adolescents L'Olivier, Saint-Brieuc.....	53
Bibliothèque municipale Fessart, Paris XIX ^e	54
<i>Entretiens complémentaires</i>	56
<i>Synthèse des questionnements liés aux partenariats</i>	57
2. OUTILS ET CONDITIONS DE REUSSITE	58
<i>Formalisation des objectifs</i>	58
Formalisation organisationnelle.....	58
Formalisation des partenariats	58
<i>Forger une culture professionnelle</i>	59
Veille locale et extérieure	59
Voyages d'études.....	60
Formation.....	60
Emploi de personnes handicapées.....	60
<i>Approches de l'accueil pour tous</i>	60
Accueil général	61
Politique documentaire	62
Signalétique spécifique	62
Informatique adaptée	63
Communication.....	63
3. ENJEUX PROFESSIONNELS, SOCIAUX, THERAPEUTIQUES	63
<i>Du côté des bibliothèques</i>	64
Répondre à une exigence éthique.....	64
Diversifier les publics.....	64
Profiter d'un retour sur nos pratiques, outils et services.....	64
<i>Du côté sanitaire et médico-social</i>	65
Bibliothérapie et autres démarches de soin	65
La socialisation et l'intégration.....	66
CONCLUSION	67
BIBLIOGRAPHIE.....	69
Ouvrages	69
Articles.....	70

Erreur ! Source du renvoi introuvable.

Sites Internet consultés	71
Documentation administrative	72
TABLE DES ANNEXES.....	73

Introduction

Les publics dits « empêchés » ou « éloignés de la lecture » constituent une cible privilégiée des politiques culturelles, politiques dont l'effort vise à réduire l'inégalité d'accès à la culture. Les bibliothèques publiques sont concernées au premier chef par cette problématique : ayant pour mission d'être au service de toute la population, et non de leurs seuls usagers inscrits, elles se doivent de développer des actions en direction de groupes sociaux spécifiques.

Cette exigence politique est ainsi défendue par Bertrand Calenge :

Le bibliothécaire ne peut ignorer par ailleurs que la notion même d'égalité devant le service public a changé de sens. Nos sociétés contemporaines ont découvert qu'il ne pouvait y avoir égalité de traitement d'une réalité sociale profondément inégalitaire : on se trouve contraint de réaliser des actions inégalitaires dans l'ambition toujours poursuivie d'atteindre l'égalité.¹

Le développement d'actions ciblées passe nécessairement, avant même la recherche de partenariats propices, par la catégorisation des groupes que l'on entend atteindre. Cette catégorisation est liée au contexte dans lequel s'inscrit la bibliothèque, que le programme politique y fasse directement référence (projet de mandat municipal, schéma départemental de lecture publique, etc.) ou que la discussion avec les tutelles directes (adjoint à la culture, élu en charge de la lecture, DG Culture, etc.) les définissent.

Mais que l'accent soit mis sur telle ou telle catégorie, on retrouve peu ou prou les mêmes segmentations : publics en situation de handicaps (aveugles et malvoyants, sourds, handicapés moteurs, etc.), de grande pauvreté, d'illettrisme ; personnes hospitalisées, incarcérées, en maisons de retraites ; et catégorisations par classes d'âge et par profils professionnels.

Cet effort de catégorisation n'est pas contradictoire avec l'exigence d'universalité du service public, ainsi que le défend Bertrand Calenge :

Segmenter la population (« le public ») en groupes identifiés par des catégories socioprofessionnelles, des usages et/ou des comportements n'équivaut ni à avoir un regard réducteur sur la variété de ces publics ni à contourner la vocation universelle du service dit public ; cela répond essentiellement à une exigence de lucidité quant au caractère partiel, voire partial, des publics actuellement servis, et donc quant à l'analyse des moyens nécessaires pour servir les « autres » publics. L'universalité du service public est un objectif, non un mode d'activité.²

¹ Bertrand Calenge, *Accueillir, orienter, informer*. Paris : Cercle de la Librairie, 1996. p. 37.

² Bertrand Calenge, *op. cit.*, p. 37.

Cette approche peut néanmoins être confrontée à des « zones d'ombres » sociales, à des catégories floues ou à des notions qui tout en étant présentes dans le discours politique sur les populations ne recouvrent pas ou mal les réalités humaines.

Nous souhaitons aborder dans la présente étude le travail que les bibliothécaires peuvent mettre en place en direction d'une population particulière : celle qui a affaire, ponctuellement ou au long cours, avec ce qu'il est convenu d'appeler désormais les institutions de santé mentale. Or il se trouve que la santé mentale est l'une de ces notions floues que nous évoquons : ses contours le sont, puisqu'elle peut tour à tour englober des atteintes aussi diverses que les pathologies psychiatriques, les addictions, les conduites à risque, la souffrance psychique, les handicaps mentaux ; son usage l'est tout autant puisque les réponses thérapeutiques données aux atteintes en question reposent sur des approches théoriques souvent en désaccord entre elles sur leur dénomination, leur réalité clinique ; sa définition, telle que s'emploie à la diffuser avec un certain succès l'Organisation mondiale de la santé (OMS) ne l'est enfin pas moins, puisque cette institution nous propose la santé comme un « état de parfait bien-être physique, mental et social », ce qui ne nous aide pas à délimiter le propos.

Pour certains cliniciens la santé mentale apparaît ainsi comme un concept délié de la clinique et d'un usage essentiellement administratif, en ce qu'il recouvre l'organisation et la planification des politiques sanitaires. De fait, malgré son emploi malaisé, ce terme rencontre un intérêt politique croissant. Ceci, combiné au fait que lors de la phase exploratoire à cette étude nous avons pu observer que les bibliothécaires abordaient majoritairement la dimension de la santé mentale par le biais de la notion de « handicap », nous a conduit à proposer dans un premier temps une approche critique et problématisée de la terminologie en question, en nous attachant plus particulièrement aux notions de « handicap mental » et de « handicap psychique ».

La plasticité que se révèle avoir la notion de handicap et la variété des situations qu'elle recouvre a plaidé en faveur d'une seconde approche qui s'attache à décrire le cadre de prise en charge et de soin, donnant ainsi un paysage des institutions sanitaires et médico-sociales françaises. Nous n'avons pas cherché à voiler ce que la complexité de l'organisation de ces deux champs pouvait recouvrir de potentiellement conflictuel en leur sein. Si les bibliothécaires n'ont pas à prendre position dans les querelles doctrinales qui s'y jouent, il nous a semblé qu'ils avaient cependant à connaître le plus précisément possible les dispositifs institutionnels et leur démarches s'ils souhaitaient développer des partenariats pérennes avec ces structures.

Enfin nous avons souhaité compléter cette exploration par une approche plus pragmatique, en exposant des exemples tirés de visites de terrains, afin de dégager de l'ensemble d'une part des outils et des conditions de réussite à l'usage des bibliothécaires, d'autre part les enjeux professionnels et sociaux d'un travail en direction de ces publics. La visée étant, nous l'avons dit, de favoriser l'accès de tous au savoir, à la culture et à l'information.

Partie 1 : Approches d'un public spécifique et hétérogène

LA SANTE MENTALE, UN SOUCI CROISSANT

La santé mentale si elle reste une notion floue n'en recouvre pas moins un souci croissant des sociétés modernes. En témoignent notamment les initiatives politiques récentes, tel le Plan santé mentale 2005-2008 mené sous l'égide du ministère de la Santé.

Le même ministère avance des chiffres³ qui donnent une idée de l'amplitude des publics potentiellement concernés :

En médecine de ville, le nombre de recours aux soins pour troubles de la santé mentale – regroupant troubles névrotiques et psychotiques, anxiété, dépression, troubles de l'enfance et troubles du sommeil – s'accroît pour l'ensemble des médecins généralistes et spécialistes (près de 49 millions de recours de septembre 2001 à août 2002 contre 44 millions sur la même période deux ans auparavant). Le nombre de consultations par les psychiatres en ville est passé de 13,4 millions en 1992 à près de 16 millions en 2001 (+ 19,4 %). Le dispositif public spécialisé en psychiatrie suit aussi davantage de personnes : 1,1 million de personnes adultes vues en 1999, soit +56 % de 1989 à 1999.

Ils montrent aussi une augmentation du recours aux institutions de santé mentale, en émettant l'hypothèse d'un changement du regard de notre société sur ces troubles :

Un net accroissement du recours aux soins concernant les troubles mentaux est noté en France depuis une dizaine d'années. Il peut en partie s'expliquer par les phénomènes de souffrance psychique. Mais d'autres facteurs sont à considérer comme le changement des attitudes et des représentations – en particulier chez les femmes, les jeunes et les personnes ayant fait des études supérieures – qui permet aussi de moins stigmatiser les troubles mentaux. [...] Entre 1991 et 2000, le nombre global de jeunes suivis en psychiatrie infanto-juvénile a presque doublé, passant de 254 700 à 432 000.

Cette attention accrue portée aux problématiques de santé mentale se conjugue avec un renouvellement de l'abord du handicap dans la société qui met l'accent sur la nécessité d'une amélioration générale de l'accessibilité de tous les domaines de la vie sociale (éducation, emploi, transports, cadre bâti, etc.).

³ <http://www.sante.gouv.fr/hm/dossiers/sante_mentale/sommaire.htm> [consulté le 5 juin 2009]

La démocratisation, une exigence renouvelée

Les services publics culturels sont bien évidemment concernés au premier chef par cette exigence d'accessibilité, qui est aussi pour eux une question de démocratisation culturelle. On peut en effet penser que les débats récents autour d'un échec relatif de la démocratisation culturelle peuvent s'enrichir de cette problématique de l'amélioration de l'accès pour tous aux lieux, aux services et aux collections des bibliothèques.

Face aux situations de handicaps l'approche par l'accessibilité généralisée propose en effet la mise en place systématique de compensations au handicap, afin de tendre à une égalité de tous dans la vie sociale. Elle affirme un devoir des institutions, dans une démarche comparable à la discrimination positive, devoir qui en s'inscrivant dans une démarche globale d'accessibilité a aussi l'intérêt de nourrir la réflexion sur l'organisation de l'accueil de tout un chacun et non des seuls publics dits « empêchés ».

Dans le cadre du présent travail, ce sont les visites de terrain, à la recherche d'exemples de partenariats entre des bibliothèques publiques et des institutions de santé mentale, qui m'ont amené à m'interroger plus avant sur la notion de « handicap ». Il se trouve en effet que selon les professionnels rencontrés (éducateurs spécialisés, psychologues, bibliothécaires) le recours à cette notion était très variable. Parfois épousée parfois repoussée : il y avait l'indice d'une nécessité à creuser plus avant la notion et ses usages.

1. LA NOTION DE HANDICAP : CONSTRUCTION ET REPRESENTATIONS

La notion de handicap a pris ces dernières décennies une importance croissante dans les préoccupations publiques, comme en témoignent notamment les récentes évolutions du cadre législatif. C'est l'une des approches privilégiées par les bibliothèques publiques lorsqu'il s'agit d'élaborer un travail en direction des publics dits « empêchés » ou « éloignés de la lecture ». Cela passe cependant pour le moment par des opérations surtout destinées à faciliter l'accès des handicapés moteurs et l'accès aux collections à des publics aveugles et malvoyants. Nous verrons en effet qu'en ce qui concerne les troubles mentaux, la problématique n'est pas encore très développée, beaucoup de partenariats dépendant essentiellement de l'opportunité de rencontres personnelles et la littérature professionnelle sur le sujet n'étant pas très fournie.

Face à cette problématique, il s'agit cependant de ne pas s'en tenir à cette seule approche, ni par ailleurs de manquer de distance critique eu égard à la complexité de la notion de handicap, au croisement de problématiques sociales, politiques et médicales. Il nous faut donc faire retour sur l'origine des termes employés, la construction récente de la notion et les usages de cette notion par les différents acteurs impliqués.

Aux origines du terme, un souci d'égalité des chances... dans le sport

Le dictionnaire⁴ nous apprend que le terme fait son apparition dans la langue française au XIX^e siècle, « probablement » depuis l'anglais *hand in cap* (la main dans la

⁴ Ici *Le Petit Robert de la langue française*, version électronique 2.2, Paris : Dictionnaires Le Robert, 2002.

casquette), qui venant des jeux de hasard avait fini par désigner un désavantage imposé à certains coureurs les plus favorisés afin d'approcher l'égalité des chances. Littré ne le connaît que dans ce sens, toujours employé aujourd'hui au turf pour des courses où l'on ajoute à certains chevaux des poids afin d'équilibrer les chances.

Notons que pendant que les orientations politiques allaient de plus en plus dans le sens d'une meilleure intégration des handicapés à la société, le monde du sport semblait voir la question d'une tout autre manière : aux Jeux olympiques se sont ajoutés les *Deaflympics* (1924), destinés aux sourds, les Jeux paralympiques (1960), destinés aux handicapés moteurs et les Jeux olympiques spéciaux (*Special Olympics*, 1968), destinés aux handicapés mentaux. La réunion des épreuves, à défaut d'aller jusqu'à réunir les participants, n'est pas à l'ordre du jour (même s'il est acquis depuis novembre 2009 que les handicapés mentaux reviennent dans les Jeux paralympiques dont il étaient exclus depuis 2000), les différents Jeux pour handicapés gardant donc une notoriété très restreinte au lieu de profiter de celle des Jeux olympiques⁵.

Le développement de la notion en France

Toujours selon le dictionnaire c'est à partir du début du XX^e siècle que le terme en vient à désigner une déficience physique ou mentale, d'abord dans les milieux spécialisés. Il se diffuse peu à peu tout en conservant son premier sens, et cette seconde acception rejoint la langue commune aux alentours de 1950. Les termes « handicap » et « personnes handicapées » vont peu à peu supplanter ceux d'« infirme », « invalide », « inadapté », « paralysé », « mutilé » ou encore « débile », à la fois dans la langue commune et dans certains langages spécialisés (médical, social, juridique)⁶. Le terme est utilisé par les travailleurs sociaux et les associations s'occupant des personnes avec des infirmités ou des incapacités, qui le jugent moins réducteur et moins stigmatisant (on peut cependant noter que chacun des termes jugés dévalorisants ont été initialement proposés par le corps médical ou administratif sans cette connotation, qui n'a pas manqué de venir par la suite ; « handicapé » a déjà pris cette connotation pour certains – il n'est qu'à écouter dans une cours de récréation – et il y a fort à parier malheureusement qu'aucun des termes imaginés n'échappe à cette pente). Il est définitivement admis avec son apparition dans le droit des personnes handicapées à l'occasion de la loi de 1957 sur les travailleurs handicapés et, surtout, par celle du 30 juin 1975 « en faveur des personnes handicapées ».

Il ne faut cependant pas croire que cette adoption du terme se soit faite sans tensions : en effet, derrière la diffusion politique et sociale de cette terminologie se trouvent des controverses vives dans les milieux médicaux – particulièrement psychiatriques – et médico-sociaux, controverses ayant trait au caractère stigmatisant ou non des termes, à une possible mise en arrière-plan de la position soignante (le handicap s'opposant alors à la maladie, curable, comme désignation d'une position incurable), ainsi qu'à une volonté de ne pas enfermer le fait humain dans des classifications rigides.

⁵ Même si le cas d'Oscar Pistorius, qui amputé des deux pieds, coure sur des lames de carbone, a beaucoup fait parler de lui lorsqu'il a essayé de participer aux Jeux olympiques (2008). La Fédération internationale d'athlétisme a jugé, après qu'il ait réussi à se placer deuxième d'une course d'athlètes valides (Rome, 2007), que ses prothèses lui donnaient un avantage sur les non-handicapés. On peut se demander si la volonté de ne pas organiser des épreuves pour valides et des épreuves pour handicapés sous la même bannière n'est pas aussi révélatrice des questions posées par le dopage et par la frontière floue entretenue entre le « normal » et le « médical », le monde de la compétition sportive vivant encore sur le fantasme d'une « normalité fonctionnelle ».

⁶ Cf. HAMONET, Claude. *Les personnes handicapées*. Paris : Presses universitaires de France, 2006. p. 3.

Ces controverses, qui pour certaines remontent aux travaux de classifications nosographiques des aliénistes du XIX^e siècle (Pinel, Esquirol)⁷ se sont cristallisées, à la suite de la loi de 1975, dans les années quatre-vingt, avec la diffusion des travaux de Philip Wood par l'OMS. Comme la polarisation autour de cette approche marque encore fortement le paysage contemporain, nous allons brièvement en exposer les données.

La définition des handicaps par l'OMS

L'OMS est chargée, depuis sa création en 1948, d'établir et de tenir à jour la Classification internationale des maladies (CIM, 10 éditions de 1948 à 1996) qu'elle a repris de la Classification des causes de décès du statisticien Jacques Bertillon (5 éditions de 1893 à 1938). C'est dans ce cadre qu'il a été demandé par l'OMS à Philip Wood, spécialiste de l'épidémiologie anglais, et à André Grossiord, créateur de la médecine de rééducation en France, d'élaborer en complément une Classification internationale des handicaps (CIH)⁸.

Un groupe de travail se met en place en 1975, qui rend ses résultats à l'OMS en 1980, sous la forme d'une classification « expérimentale » (dite CIH-1), traduite en français, par l'INSERM⁹, en 1981 (et éditée publiquement seulement en 1988). Claude Hamonet résume les controverses qui s'en suivirent ainsi :

[Le premier projet CIH] ne sera pas intégré dans la révision de la CIM et, après une longue période de controverses et de discussions, y compris au sein de l'OMS, il sera remanié et aboutira, après une phase intermédiaire (CIH-2), à une version hybride (2001) qui marquera cependant une évolution conceptuelle réelle : la classification internationale des fonctionnements, des handicaps et de la santé (CIF).¹⁰

Il a été essentiellement reproché au « système de Wood » un usage central de la notion de « désavantage », définissant le handicap comme la conséquence d'un état pathologique (maladie ou accident). Si cette approche avait le mérite aux yeux de beaucoup d'en finir avec le clivage entre maladie (curable) et handicap (incurable), d'autres ont noté d'une part le caractère stigmatisant de la notion de « désavantage », d'autre part et surtout l'évacuation de la dimension sociale et environnementale du handicap. En effet Philip Wood organisait toute sa classification autour des trois termes de « déficience » (*impairment*), « incapacité » (*disabilty*) et « désavantage » (*handicap* – dans ce dernier cas le choix de la traduction non littérale est le fait de l'INSERM), délivrant ainsi une approche avant tout fonctionnelle du handicap, consacrant de fait une séparation entre personnes handicapées et personnes valides, là où d'autres approches tentaient de mettre en avant la construction du handicap par la confrontation à des situations et des cadres de vie (pouvant ainsi inclure le deuxième sens du mot « handicap », apparu dans les années soixante, comme « infériorité momentanée », et ne concernant donc plus seulement les personnes reconnues administrativement comme handicapées, mais voulant replacer la notion dans un contexte social global).

⁷ Cf. AZÉMA, Bernard, et al. *Classification Internationale des Handicaps et santé mentale*. Paris : Centre technique national d'études et de recherches sur les handicaps et les inadaptations, 2001. p. 23.

⁸ Cf. HAMONET, Claude. *op. cit.* p. 43-45.

⁹ Institut national de la santé et de la recherche médicale.

¹⁰ HAMONET, Claude. *ibid.* p. 44.

Ainsi, à partir de 1997, à la demande de nombreux professionnels et d'acteurs associatifs, une révision du projet expérimental de l'OMS a été entreprise pour aboutir à la CIF, qui propose un compromis entre les définitions initiales de Philip Wood et l'introduction de facteurs environnementaux défendus par le « courant anthropologique ». La CIF s'articule ainsi sur cinq dimensions : les fonctions organiques, les structures anatomiques, les activités, les participations et les facteurs environnementaux.

Courant médical et courant anthropologique

De fait, les débats autour de l'initiative de classification initiée par l'OMS ont vu se former deux courants de perception du handicap assez nettement opposés, le « courant médical » (dit aussi « médicalisé ») qui « considère le handicap comme la conséquence pour un individu d'un état pathologique »¹¹, et le « courant anthropologique » (dit aussi « situationniste », « médico-social » ou « humaniste ») qui considère que le handicap est la résultante de la confrontation d'un être humain avec ses capacités et ses exigences à son environnement.

Face au courant médical, qui promeut l'approche de Philip Wood et qui a longtemps semblé profiter de relais forts dans les pouvoirs publics¹², le courant anthropologique s'est développé par les travaux d'équipes que l'on présente habituellement comme pôle québécois et pôle européen.

Au Québec, dans les années quatre-vingt, une politique sociale appuyée sur la recherche s'est mise en place face aux situations de handicaps. C'est dans ce contexte que l'anthropologue Patrick Fougeyrollas et son équipe de la société canadienne de la CIDIH (Classification internationale des handicaps) ont proposé un « processus de production des handicaps » (selon des facteurs environnementaux, personnels et contextuels) pour bâtir une classification qui reflète une préoccupation sociologique visant à replacer l'homme handicapé dans la société. Cette approche qui rencontra un succès d'estime dans certains milieux associatifs, de travailleurs sociaux et d'ergothérapeutes, bien que parfois critiquée comme trop complexe pour un usage clinique et social au quotidien a néanmoins influencé les évolutions de la classification de l'OMS, de la CIH-1 à la CIF. Elle a contribué à introduire les facteurs environnementaux dans cette dernière.

L'approche européenne, elle, entend dépasser le cadre classificatoire en substituant à la notion de classification celle d'identification. Elle est représentée d'un côté par les travaux de Pierre Minaire, qui introduisit le concept de « handicap de situation » (en 1983), de l'autre par ceux de Claude Hamonet (université de Paris 12 Val-de-Marne à Créteil) et de Teresa Magalhaes (Faculté de médecine de l'université de Porto), qui proposèrent un autre système de présentation du handicap avec le SIMH (Système d'identification et de mesure du handicap). Cette approche se propose d'aborder le handicap en articulant deux éléments : les situations de la vie qui conditionnent le handicap et la subjectivité (ou point de vue de la personne) qui conditionne sa façon de réagir face à son état corporel, fonctionnel et situationnel. Cette approche, qui se veut « positive », ne parle plus de classification (terme jugé trop stigmatisant) mais d'identification. Elle se veut universelle, simple et éthique (ne dévalorisant pas la

¹¹ HAMONET, Claude. *ibid.* p. 45.

¹² Il faut noter qu'une approche strictement médicale et fortement classificatoire (proposant des seuils) a pu aussi bénéficier de l'aspect pratique qu'elle offre quand il s'agit de déterminer qui a accès aux compensations financières auxquelles donnent droit le statut de handicapé dans différents pays.

personne). Elle repositionne la notion de personne face à la société et à la santé et entend introduire une démarche de santé qui dépasse le seul handicap puisqu'elle est utilisable également pour aborder la douleur ou les soins palliatifs.

Cette évolution, de « l'infirme » à la « personne en situation de handicap » est donc récente, mais désormais bien ancrée dans les milieux associatifs et professionnels spécialisés. Pour Claude Hamonet,

Cette formulation [« personne en situation de handicap »] situe parfaitement le problème. Elle met en évidence le fait que ce sont le cadre de vie et l'organisation sociale, du fait de contraintes incompatibles avec les capacités restreintes d'une partie croissante de la population, qui créent le handicap.¹³

Cette problématique a des effets dans la façon qu'à la société de percevoir les handicapés (« à part » ou « avec ») et donc sur les manières envisagées pour compenser les handicaps : s'agit-il d'améliorer les conditions de vie de certains groupes de personnes, de façon spécifique et ponctuelle, ou s'agit-il d'améliorer le cadre de vie global de chacun en le rendant le plus accueillant possible à tous ?

Les enjeux du débat

Ce débat, qui est toujours d'actualité dans les sphères de la santé publique, peut sembler éloigné des préoccupations des professionnels des bibliothèques, et des politiques culturelles en général, qui sont plus accoutumés à se positionner face au handicap en termes d'accès (comment le faciliter pour tous ?) et d'accueil (comment accueillir sans discrimination ?).

On peut en voir un indice dans cet extrait du compte rendu d'une journée d'étude sur le thème « Bibliothèques publiques et handicap mental », organisée par l'ABF (Association des bibliothécaires français) et la BPI (Bibliothèque publique d'information) en novembre 2002 :

Reprenant la définition de l'Organisation mondiale de la santé, le docteur Gayda a souligné le tournant des années 1980, qui a introduit dans la prise en compte du handicap la dimension sociale, jusqu'alors ignorée. La situation de handicap ou de « désavantage social » peut en effet provenir du regard des autres dans une situation déterminée, de l'impossibilité de s'intégrer dans la société et ses canons de « normalité ». Un débat a agité l'assistance, parmi les représentants d'associations et les représentants du corps médico-social, sur une question de définition, entre maladie et handicap, handicap mental et handicap psychique. La problématique demeure donc sensible, cependant ce débat n'a que peu d'incidence sur notre pratique.¹⁴

Nous pensons, à l'inverse de la dernière affirmation de cette citation, que sans pour autant s'immiscer comme partie prenante dans ce débat où n'est certes pas leur place

¹³ HAMONET, Claude. *ibid.* p. 3.

¹⁴ DOUGNAC, Marie-Hélène. Bibliothèques publiques et handicap mental. *Bulletin des bibliothèques de France*, 2003, n° 2, p. 121-122. [en ligne] <<http://bbf.enssib.fr/>> [consulté le 17 juin 2009].

professionnelle, les bibliothécaires soucieux d'organiser leurs établissements et leurs services pour un meilleur accueil de ces publics se doivent d'être au courant des enjeux de positionnements qui sont très importants pour les professionnels des champs médical, médico-social et psychiatrique. Un travail de partenariat avec ces professionnels ne pouvant que gagner à être éclairé sur les problématiques et les signifiants utilisés par les partenaires. Nous verrons d'ailleurs, avec les représentations sociales du handicap, que les manières dont on se représente la maladie mentale et les handicaps conditionnent le type de réponses que l'on met en place, ce qui engage les bibliothécaires à un abord théorique éclairé et non à une simple inscription de leur action dans des dispositifs politiques d'accessibilité.

L'actualité de ce débat et sa dimension politique (le fait qu'il ne concerne donc pas que les spécialistes) sont du reste vivement soulignées par Claude Hamonet :

*C'est entre ces deux pôles que se débat aujourd'hui la question du handicap en sachant que, en toile de fond, il y a le risque de stigmatisation et de marginalisation. C'est dire l'importance de l'enjeu médico-socio-économique pour nos sociétés contemporaines vieillissantes et médicalisées.*¹⁵

Nous verrons plus loin que les controverses autour des classifications et des définitions du handicap eurent des formes particulières dans le champ de la psychiatrie, aboutissant à une situation encore aujourd'hui complexe et polémique. Mais avant d'exposer le cas particulier du handicap mental, nous voulons introduire une illustration concrète des difficultés rencontrées sur le terrain face aux situations de handicap, en développant quelques exemples de l'extrême plasticité des situations de handicap.

Concrètement : une plasticité parfois mal perçue

Derrière la notion de handicap il y a d'abord la grande variété des conditions rencontrées (cécité, surdité, paralysies, infirmités motrices cérébrales, myopathies, troubles mentaux, autisme, etc.), de leur degré de gravité et éventuellement de cumul (polyhandicap). Mais il y a aussi une grande variété d'appréhensions par les personnes concernées, et par leur entourage, des situations de handicap. Ce que cache en effet une approche trop étroitement fonctionnelle des handicaps, c'est la multiplicité des situations recouvertes par les termes employés, vécues au quotidien par de nombreuses personnes, reconnues handicapées ou non. C'est ce que tente de faire reconnaître l'approche anthropologique :

*Cette notion [« personne en situation de handicap »] met l'accent sur la nécessaire évolution d'un environnement physique et humain handicapant et sur le fait qu'il n'est pas nécessaire d'être « infirme » (ou « déficient » selon une nouvelle terminologie aussi stigmatisante que l'ancienne) pour être en situation de handicap ou de pénibilité. Ainsi les petits enfants, en poussette ou non, les personnes lourdement chargées, sont en situation de handicap pour prendre le métro parisien. Le concept de situation de handicap a aussi pour avantage de ne plus faire de distinction ségrégationniste entre les valides et les « autres ».*¹⁶

¹⁵ HAMONET, Claude. *op. cit.* p. 45.

¹⁶ HAMONET, Claude. *ibid.* p. 4.

Cette plasticité de la notion de handicap est aussi une réalité sensible au sein même de chaque population reconnue selon tel ou tel handicap. On sait ainsi que la notion d'« aveugle » ou « de mal voyant » recouvre des niveaux de perception visuelle très différents (ainsi, dans le sens réglementaire français, la cécité commence dès que l'acuité est inférieure à 1/20), ainsi que des types d'atteintes de la perception visuelle variés qui amènent à des modalités de perception de l'espace, de l'interlocuteur ou des objets elles-mêmes très différentes d'un individu à un autre.

Les personnes valides n'ont ainsi pas forcément conscience des réalités spécifiques propres aux différentes conditions de handicap. Un bon exemple en est donné par la reconnaissance toute récente en France d'une « culture sourde » et de ce qu'elle implique comme liens particuliers au langage (voir notamment les ouvrages de l'ethnologue Yves Delaporte consacrés à cette culture et cités en bibliographie). On ne sait ainsi que rarement que pour les sourds de naissance, le français écrit est perçu comme « non seulement une langue étrangère, mais aussi une “langue d'entendants” »¹⁷. L'enseignement en langue des signes française (LSF) ayant été écarté au profit de l'oralisme en 1880, ce n'est ainsi qu'en 1991 que la loi Fabius¹⁸ consacre le libre choix des parents pour une éducation bilingue LSF/français.

Le sociologue Bernard Mottez, qui a travaillé sur les représentations sociales de la surdité¹⁹, est ainsi allé jusqu'à remettre en cause la notion de handicap, concernant les sourds, en arguant qu'il s'agissait plus d'un problème de langue, la communication n'étant un problème qu'entre sourd et entendant, pas entre sourds eux-mêmes. Il rejoignait là cependant l'avis de nombreux sourds.

Ceci montre à quel point il serait illusoire de vouloir travailler en direction de ce public sans posséder soi-même des clés conceptuelles sur la culture sourde. Le terrain réalisé à la bibliothèque Fessart, dans le XIX^e arrondissement parisien, exposé dans notre troisième partie, prouve à l'inverse que les initiatives qui se construisent à partir des représentations des premiers concernés sont sans doute à privilégier si l'on veut être sûr d'éviter autant que possible les incompréhensions de part et d'autre et d'organiser des accueils adaptés en fonction des partenariats propres à chaque bibliothèque.

Ces incompréhensions, dont les bibliothécaires ne sont bien évidemment pas exempts, tiennent en grande part à des préjugés, à des automatismes de pensée tels que la sociologie les formalise dans la théorie des représentations sociales ; un détour par les travaux consacrés par Jean-Sébastien Morvan aux représentations sociales du handicap nous apportera ainsi un éclairage précieux.

Les représentations sociales du handicap

Jean-Sébastien Morvan est un psychologue qui situe son travail au croisement de la psychologie sociale, de la psychanalyse et des sciences de l'éducation. Dans son ouvrage *Représentations des situations de handicaps et d'inadaptations*²⁰ il s'interroge

¹⁷ DELAPORTE, Yvan et LEVISALLES, Nathalie. Le monde du silence. *Libération*, 25 avril 2002.

¹⁸ Loi 91-73 (titre III) article 33 du 18 janvier 1991.

¹⁹ MOTTEZ, Bernard. *Les Sourds existent-ils ?*. Paris : L'Harmattan, 2006.

²⁰ MORVAN, Jean-Sébastien. *Représentations des situations de handicaps et d'inadaptations*. Paris : Centre technique national d'études et de recherches sur les handicaps et les inadaptations, 1997.

sur « les supports et les ressorts qui dynamisent l'intention de travailler auprès des personnes handicapées ».

À partir de cinq catégories d'images sous-tendant selon lui les représentations des personnes handicapées (images *sémiologique*, *figure porteuse*, *secondaire*, *affective* et *relationnelle*), J.-B. Morvan met en évidence cinq types de représentations sociales à propos du handicap :

- des représentations qui sous-tendent et sont sous-tendues par des concepts qui classifient les handicaps ;
- des représentations qui sont source d'exclusions, de rejets, de refus des différences ;
- des représentations qui ramènent le handicap à des prothèses techniques, humaines, physiques ou institutionnelles ;
- des représentations qui réduisent le handicap à des affects de souffrance ;
- des représentations qui assimilent la personne handicapée à l'enfant.

La combinaison de ces différentes représentations génère des images complexes de la personne handicapée, vue comme « enfant, classée, prothésée, rejetée, institutionnalisée, souffrante ». Il décèle dans ces constructions, mêmes chez des personnes animées de bienveillance, une objectivation de l'autre, une « classification dans un monde réducteur », qui entraîne de prime abord une relation de sujet à objet (de *je* à *il*). Si la relation d'aide rétablit une communication intersubjective²¹ (de *je* à *tu*), le professionnel (par exemple éducateur spécialisé) garde l'initiative dans les représentations mises en jeu. Une relation positive se développe, mais où le *je* du professionnel reste dominant. Il valorise les personnes sur le versant de la volonté de vivre et de faire face, mais il faut aller plus loin pour modifier les représentations sociales négatives et aboutir à une communication de *je* à *je*. C'est selon l'auteur l'enjeu des valorisations des rôles sociaux (la question de l'emploi), de la créativité, de la participation à la vie sociale, des partenariats.

Cette exploration théorique des représentations ouvre à un dilemme qui reste souvent irréductible, à défaut d'associer les publics concernés à la démarche entreprise pour eux, entre une négation du sujet, réduit à son handicap, et une négation du handicap, que l'on gomme chez le sujet. Réduire au handicap c'est tout concevoir en terme de manques, de dysfonctionnements (c'est le risque pointé dans l'approche « médicalisée » à la suite de Philip Wood), mais nier le handicap, ce qui peut résulter de bonnes intentions, d'une volonté de respect des différences, c'est ne pas reconnaître le sujet pleinement, avec la part qu'a le handicap dans sa subjectivité.

J.-B. Morvan pointe ainsi, particulièrement concernant les handicaps mentaux, des attitudes de respect de la différence qui impliquent des représentations qui maintiennent à distance, qui évitent les ressemblances et favorisent le sentiment de stigmatisation.

C'est aussi à la transformation de ces représentations qu'entend œuvrer le courant anthropologique, lorsqu'il ne se réfère plus à un fantasme de « normalité fonctionnelle » (physique ou psychique) pour identifier les handicaps, mais à la façon dont l'environnement construit des situations de handicaps, potentiellement chez tout le monde et spécifiquement pour chaque cas.

²¹ L'auteur se réfère à l'éthique de la communication, telle que développée par Jürgen Habermas.

Entre reconnaissance et indifférence...

On peut voir un écho de ce dilemme et de la difficulté des professionnels des bibliothèques à se positionner face à la complexité des situations personnelles couvertes par le champ du handicap dans le témoignage suivant, extrait de l'article que Stéphanie Touzan a consacré au projet « Accessibilité pour tous à la culture » à la médiathèque municipale de Gonfreville-l'Orcher :

Enfin, une dernière difficulté réside dans l'accueil de familles accompagnées d'un jeune déficient intellectuel. Nous hésitons entre respecter leur volonté de passer inaperçu (ne pas stigmatiser) et reconnaître la différence de leur enfant par une attention particulière.²²

Cette hésitation devant la différence de l'autre, entre feinte indifférence et reconnaissance appuyée nous semble illustrer concrètement les enjeux des débats précédemment exposé autour de la notion de handicap, comme les développements issus de la théorie des représentations sociales.

Nous allons maintenant voir que cette tension est particulièrement à l'œuvre dans le champ psychiatrique et qu'elle y recouvre des prises de positions qui sont importantes à cerner pour le développement de relations de partenariats avec les institutions de soin mental ou médico-sociales.

2. LE CAS PARTICULIER DU HANDICAP MENTAL

Si l'on ouvre à nouveau un dictionnaire, mais spécialisé cette fois-ci, on peut y lire la définition suivante :

HANDICAPÉ (adj. et n.) - Angl. : handicapped. Esp. : minustralido. Personne souffrant d'un état d'infériorité dans un domaine. Cet état est soit lié au patrimoine génétique soit acquis, secondaire à une incapacité ou à une déficience entravant une activité sociale. La définition du handicap est essentiellement sociale, plus que psychiatrique.²³

On voit ainsi dès l'abord que la question du handicap dans le champ psychiatrique est complexe, renvoyée par ce récent *Dictionnaire critique des termes de psychiatrie et de santé mentale* au domaine social. Sa définition et son usage viennent en effet interroger la discipline sur un tiraillement ancien de son statut entre le médical et le social, sur des démarches vues comme contradictoires (la clinique du cas par cas et l'épidémiologie) et sur l'interprétation même des déficiences intellectuelles, entre maladie handicapante à reconnaître et symptômes susceptibles d'évolutions majeures.

La première question, historiquement, est celle d'une coupure entre maladie et handicap. On a en effet longtemps opposé la stabilité du handicap à l'évolutivité de la maladie, et ceci avant même l'apparition puis la diffusion de la notion de handicap.

²² TOUZAN, Stéphanie. Les usagers déficients intellectuels en bibliothèque. *Bulletin des bibliothèques de France*, 2009, n° 5, p. 49-52. [en ligne] <<http://bbf.enssib.fr/consulter/bbf-2009-05-0049-011>> [consulté le 30 octobre 2009].

²³ KIPMAN, Simon-Daniel (dir.). *Dictionnaire critique des termes de psychiatrie et de santé mentale*. Paris : Doin, 2005. p. 173.

De la tradition taxinomique des aliénistes à la notion de handicap mental

C'est en effet à la tradition française de classification des maladies mentales qu'il faut remonter pour retrouver les premiers exemples de cette opposition. Philippe Pinel est le premier, à la toute fin du XVIII^e siècle, à avoir décrit les cas d'*idiotisme* évoluant vers la chronicité avec « une continuation indéfinie des mêmes symptômes » (*Nosographie philosophique ou Méthode de l'analyse appliquée à la médecine*, 1798). À sa suite, Jean-Étienne Esquirol a développé le concept d'*idiot* dans sa nosographie de la sorte : « L'idiotie n'est pas une maladie, c'est un état dans lequel les facultés intellectuelles ne se sont jamais manifestées (...) Ces idiots sont ce qu'ils doivent être dans tout le cours de leur vie (...) On ne conçoit pas la possibilité de changer cet état. » (*Des maladies mentales considérées sous les rapports médical, hygiénique et médico-légal*, 1838).

Même si cette vision d'une ligne de démarcation tranchée, qui deviendra plus tard le clivage entre maladie et handicap, a été contrebalancée par un mouvement de médecine de réhabilitation, illustré par des noms comme ceux de Jean Itard (1774-1838) et de Désiré-Malgoire Bourneville²⁴ (1840-1909), elle n'en a pas moins marqué profondément la psychiatrie française. Elle s'est par ailleurs croisée avec les débats quant au rôle de la psychiatrie entre une approche sociale et une approche médicale. Si la discipline a fini par acquiescer et défendre son statut de discipline médicale, sans esquiver la réflexion sur la place du malade mental dans la société, il en est néanmoins résulté des séparations marquées entre les institutions psychiatriques et les institutions médico-sociales d'une part et entre les rôles thérapeutiques, éducatifs et administratifs d'autre part. L'invalidité (ou handicap mental) relevant du secteur social, la folie (ou maladie mentale) du secteur sanitaire.

« Soigner ou classer ? »

Dans ce contexte, l'apparition de la notion de « handicap mental » durant les années soixante-dix, et les travaux de l'OMS sur la CIH-CIF à partir de 1981, ont donné lieu à d'abondants débats dans les milieux psychiatriques autour de la notion de handicap mental et de son usage. Les critiques à l'encontre des démarches classificatoires et d'un certain usage de la notion de handicap ont pour soubassement la volonté de suivre les données cliniques au plus près, sans dénaturer la relation thérapeutique, et celle d'éviter la « labellisation » de la personne, son inscription sous une étiquette dont on peut aisément mesurer les conséquences en termes de désavantages sociaux, de stigmatisation.

Si certains psychiatres épousent la démarche initiée par Philip Wood et l'OMS (tels que Claude Veil, François Chapiro ou Stanislas Tomkiewicz), tout en se proposant de l'adapter et de la compléter pour le champ particulier de la santé mentale, d'autres y sont farouchement hostiles. C'est ainsi que lors du premier colloque consacré en France aux enjeux de la CIH (*La santé mentale comme observable*, Nîmes, 20-23 avril 1989), Bernard Odier fait une communication au titre tout à fait explicite : « Soigner ou classer, il faut choisir. »²⁵. Lors du même colloque, Marcel Jaeger, après avoir noté que « le

²⁴ Neurologue français, à l'origine de la loi instituant les classes de perfectionnement en 1909 ; il défendit l'idée que tous les enfants handicapés devaient recevoir une éducation.

²⁵ ODIER, Bernard. « Soigner ou classer, il faut choisir. », in *La Santé mentale comme observable*. Paris : Éditions INSERM, 1989. p. 301-309.

rapport entre une approche médicale et une approche sociale du handicap n'est pas un rapport de pacifique complémentarité », se fait l'écho des préoccupations de nombreux praticiens du soin mental à l'égard du concept de handicap attribué au malade mental :

La reconnaissance du malade comme sujet de droit, dans sa citoyenneté, à laquelle on ne peut qu'adhérer, risque d'être doublement annulée par :

- *la dissolution du soin dans une « prise en charge » ;*
- *l'abandon plus ou moins dissimulé par les allocations dans un milieu ordinaire rejetant ;*
- *le renvoi de l'échec de l'insertion du malade à sa seule problématique personnelle (son handicap).²⁶*

Beaucoup de psychiatres formulaient ainsi, depuis la loi de 1975, la crainte d'une stigmatisation renforcée de leurs patients par la reconnaissance du statut de personne handicapée. Corollaires à cette crainte, ils formulaient les risques d'un retrait de la position soignante avec une dérive figeant les personnes sous une étiquette difficile à manier dans le cadre du soin (une évolution souhaitable des symptômes pouvant se figer du fait de l'épinglage sous ce signifiant). Dans ce débat le neuropsychiatre et psychanalyste Romain Liberman a aussi souligné le risque de la généralisation d'une approche par le désavantage et le handicap mental, le danger consistant selon lui à voir basculer toute une population (psychotiques, autistes) du sanitaire vers le médico-éducatif, en substituant à l'approche du soin celle de l'insertion à tout prix. Il dénonce une utilisation du concept de handicap mental faite

pour intégrer les malades mentaux dans les circuits ordinaires d'éducation et de travail ou à défaut dans des institutions démedicalisées au moindre coût, mais il faut le reconnaître aussi avec une meilleure efficacité au plan de la rentabilité sociale.²⁷

Ce refus d'une rentabilisation sociale n'est pas à interpréter comme un refus de la réinsertion, mais comme un regard critique visant à prévenir les effets de l'extension forcée de la logique de réinsertion à des personnes en état de souffrance mentale importante, ayant besoin d'un suivi médical. Pour d'autres patients, l'allocation liée au statut de handicapé constitue un minimum vital et un facteur de réinsertion, reconnu comme tel, mais avec une séparation observable sur le terrain entre les plans thérapeutiques et/ou éducatif et le plan administratif (la reconnaissance du statut) à laquelle les acteurs sanitaires tiennent beaucoup.

En analysant les rapports entre les concepts de handicap et de maladie mentale à nouveaux frais, dans la suite des approches développées en pédopsychiatrie (notamment par Roger Mises et Nicole Quémada²⁸), Romain Liberman a aussi proposé une nouvelle nomenclature, prônant qu'il s'agissait là « de deux états pour un même sujet » et qu'il convenait de parler de « maladie mentale handicapante » ou encore de « handicap par maladie mentale ». Cette approche tente de dépasser le clivage maladie/handicap en se recentrant sur une définition dynamique qui n'évacue pas la dimension sanitaire. Il est rejoint dans cette approche par Gilles Vidon qui souligne :

²⁶ JAEGER, Marcel. « Classification et orientation : les cas limites. », in *La Santé mentale comme observable*. p. 289-300.

²⁷ LIBERMAN, Romain. *Handicap et maladie mentale*. Paris : Presses universitaires de France, 2003. p. 45.

²⁸ MISES, Roger et QUÉMADA, Nicole. Classification des handicaps en pathologie mentale de l'enfant et de l'adolescent : incapacités, désavantages et retentissement sur la qualité de vie familiale. *L'information psychiatrique*, 70, 5, 1994. p. 453-462.

*Ainsi le handicap ne représente plus tant l'atteinte elle-même que ses répercussions sur la vie sociale, non plus la maladie, mais ses conséquences sociales.*²⁹

Approches contemporaines

On le voit ainsi, l'usage des termes est encore plus sujet à débats dans le champ de la santé mentale que dans le champ médical général. On rencontre aujourd'hui une terminologie qui n'est pas fixe et homogène, reflet d'approches parfois contradictoires, parfois complémentaires d'un ensemble de troubles mentaux que Romain Liberman et d'autres considèrent plus comme un continuum que comme une juxtaposition d'états à classer.

Il y a cependant un usage de la terminologie qui tend à distinguer « handicap mental » et « handicap psychique ». C'est ainsi que Claude Hamonet distingue quatre grandes catégories de handicaps : physique, sensoriel, mental et psychique³⁰. Selon cette approche relèvent du « handicap mental » l'ensemble des déficiences intellectuelles et du « handicap psychique » les conséquences des maladies mentales.

Handicap mental ou déficience intellectuelle et mentale

C'est durant les années 70 que le terme « handicap mental » s'est diffusé pour englober l'ensemble des déficiences intellectuelles (et par la suite d'autres affections mentales générant des états déficitaires). Cette diffusion a surtout été le fait des milieux associatifs (création d'une Ligue européenne des associations d'aide aux handicapés mentaux en 1960, puis d'une Ligue internationale des associations d'aide aux handicapés mentaux en 1962), soutenus par des reconnaissances institutionnelles (Déclaration des droits du déficient mental, ONU, 1972).

Les différentes approches théoriques ne reconnaissent pas la même étiologie aux déficiences mentales, d'une origine surtout génétique et biologique (aberrations chromosomiques, agressions prénatales, périnatales ou postnatales, etc.) à une origine essentiellement psychologique (carences affectives précoces, notamment dues à l'hospitalisme³¹, perturbations des premiers liens entre la mère et l'enfant, etc.), en passant par une origine écologique (milieu socio-culturel défaillant, carence des stimulations intellectuelles, mauvaises conditions de vie, etc.).

Les déficiences, qui se présentent sous des formes variées, affectent le fonctionnement des facultés intellectuelles et s'accompagnent souvent de troubles secondaires du langage, de la motricité, des perceptions sensorielles, de la communication ou du discernement. L'ensemble des troubles a des incidences plus ou moins fortes sur la capacité d'abstraction, de concentration, de coordination, de mémorisation et de repérage dans l'espace et dans le temps.

²⁹ VIDON, Gilles. Quelques données de base pour aborder le concept de réhabilitation. *Nervures*, 1994, 7, 3. p. 20-24.

³⁰ HAMONET, Claude. *op. cit.* p. 20.

³¹ Terme créé par le psychanalyste René Spitz pour rendre compte de retards de développement se traduisant par des déficiences mentales chez des nourrissons séparés plusieurs mois de leur mère. Cette mise en évidence a permis de modifier les conditions de vie des nourrissons en milieu hospitalier ou pénitentiaire.

L'échelle de gravité à une importance réelle lorsqu'on souhaite développer l'accueil de ces publics, ainsi que des activités culturelles spécifiques ou leur intégration aux activités culturelles courantes de la bibliothèque. En effet, si les personnes les plus atteintes (arriération mentale profonde) sont extrêmement dépendantes pour les actes les plus élémentaires de la vie quotidienne, les personnes affectées de déficiences dites légères peuvent d'une part participer à des activités destinées à tout public (avec certaines conditions d'encadrement), d'autre part profiter des adaptations et dispositifs créés pour d'autres types de handicaps (supports et outils multi-sensoriels, documents en gros caractères, signalétique associant texte et image).

Les déficiences mentales ont ainsi traditionnellement été décrites par des classifications hiérarchiques en fonction de leur degré de gravité. La typologie unifiée de 1965, s'appuyant sur le quotient intellectuel (QI) déterminé par des tests mentaux, proposait le classement suivant³² :

- $66 < \text{QI} < 75$: déficience légère
- $51 < \text{QI} < 65$: déficience moyenne
- $31 < \text{QI} < 50$: déficience profonde
- $0 < \text{QI} < 30$: arriération profonde

La classification internationale de l'OMS propose quant à elle le classement suivant :

- $50 < \text{QI} < 70$: retard mental léger / débilité mentale
- $30 < \text{QI} < 49$: retard mental moyen / arriération mentale moyenne / imbécillité
- $20 < \text{QI} < 34$: retard mental grave / arriération mentale grave
- $0 < \text{QI} < 20$: retard mental profond / arriération mentale profonde / idiotie

Bon nombre de chercheurs et de praticiens jugent ces classifications comme caduques, Stanislas Tomkiewicz notant qu'elles amènent à confondre des situations d'échec scolaire avec des situations pathologiques, par exemple. Le débat porte sur l'identification des déficiences mentales, au-delà des situations peu litigieuses de sujets atteints précocement de lésions organiques, les déficiences moyennes et légères sont en effet très diversement interprétées : d'un trouble individuel à une caractérisation née des besoins que l'organisation sociale a de classer les populations. Quel que soit le courant théorique auquel ils se rattachent (organiciste, psychologique, écologique), la plupart des chercheurs et praticiens actuels critiquent en effet les approches traditionnelles, vues comme simplificatrices, qui assimilent les déficiences mentales à des déficits quantifiables et statiques. Ils mettent en avant la complexité et la mobilité des multiples formes de déficiences mentales.

Handicap mental et maladie mentale

L'approche traditionnelle et classificatrice tendait aussi à appuyer une différence nette entre la prise en charge des handicapés mentaux par des aides éducatives (en vue d'une meilleure socialisation) et celle des malades mentaux par des thérapies (en vue de faire disparaître ou d'atténuer les troubles). Cette distinction entre le déficit de raison et la déraison est aujourd'hui vue comme à nuancer fortement.

³² Cf. POUPÉE-FONTAINE, Dominique et ZRIBI, Gérard. *Dictionnaire du handicap*. Rennes : Éditions de l'École nationale de santé, 2002. p. 181.

D'une part l'évolution de certains troubles psychologiques entraîne des comportements dépendants, apragmatiques générant parfois de véritables handicaps, parfois durables (handicaps par la maladie mentale). D'autre part, le handicap mental peut bénéficier de prises en charge éducatives, mais aussi thérapeutiques et paramédicales visant à une bonne accessibilité psychologique et culturelle à l'environnement. Enfin, une personne en situation de handicap mental peut, comme tout un chacun, rencontrer des difficultés et des problèmes s'exprimant par diverses perturbations psychologiques plus ou moins graves nécessitant un traitement psychothérapeutique et/ou chimiothérapeutique dans une démarche sanitaire.

Handicap psychique et handicap par maladie mentale

Le terme de « handicap psychique », dont la diffusion est conjointe à celui de « handicap mental », désigne les conséquences durables, en termes de dépendance, de maladies mentales. S'il est sujet aux réserves et aux débats exposés précédemment, il faut noter qu'il a la faveur du milieu associatif (notamment de l'UNAFAM, Union nationale des amis et familles de malades psychiques, mais aussi les associations des familles d'autistes).

Sur ces maladies il n'existe pas plus que pour les déficiences mentales d'abord théorique univoque, leur étiologie relevant selon les diverses approches théoriques de facteurs organiques, anatomo-pathologiques, psychogéniques, psychodynamiques ou encore sociaux et environnementaux.

La classification théorique classique en psychiatrie est celle issue de la psychanalyse, qui fait la distinction entre névroses et psychoses. Les premières regroupent des affections sans perturbation anatomiques décelables, dans lesquelles le sujet peut reconnaître ses symptômes comme pathologiques et pour lesquelles la persistance du lien à la réalité (absence de délire) permet une relativement bonne adaptation sociale, en dehors des formes graves. Les névroses sont reconnues comme répondant bien au traitement par les différentes psychothérapies. La typologie varie suivant les approches théoriques (psychanalytique, cognitive, comportementale), mais classiquement on reconnaît l'existence des névroses d'angoisse, phobique, hystérique et obsessionnelle. En dehors des cas d'hospitalisation pour tentative de suicide ou état dépressif sévère, les névroses ne relèvent pas de la prise en charge psychiatrique. Les psychoses quant à elles regroupent des affections profondes de l'organisation psychique, avec des symptômes tels que les hallucinations, les troubles majeurs de l'humeur, les troubles de la conscience et de la communication. Le lien à la réalité est perturbé, la principale manifestation en étant le délire, qui affecte temporairement ou en permanence le rapport du psychotique à son environnement. Les symptômes ne sont généralement pas reconnus comme pathologiques par le sujet (certitude psychotique). Il s'agit donc de perturbations profondes de la personnalité et de la relation aux autres, engendrant souvent des situations chroniques de handicap. Les psychoses relèvent d'un suivi psychiatrique et souvent médico-social, psychothérapeutique, éducatif. Les approches étiologiques sont là encore sujets à débats entre partisans d'une organogénèse (facteurs génétiques, immunologiques, endocriniens ou biochimiques) et partisans d'une psychogénèse (facteurs psychologiques et relationnels), ou encore d'une multiplicité de facteurs favorisants et déclenchants.

Il est à noter que pour les courants psychanalytiques ou d'inspiration psychanalytique, névrose et psychose se présentent comme des structures psychiques (auxquelles s'ajoutent la perversion) entre lesquelles se partagent tous les êtres humains : pour la psychanalyse un sujet est soit névrosé, soit psychotique, soit pervers. Le versant pathologique est alors plus une question d'intensité des symptômes que d'une différenciation d'avec la normalité. Dans cette perspective la psychose n'est pas nécessairement la maladie (tant que les symptômes délirants ne sont pas présents ; concept de « psychose ordinaire » ou « non-déclenchée »). À l'inverse l'approche nord-américaine, à travers le DSM (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) édité par l'Association américaine de psychiatrie, ne reconnaît plus ni le terme ni le concept de névrose depuis sa troisième édition en 1980 (DSM-III). Se voulant a-théorique, mais de fait critiqué par de nombreux psychiatres comme orienté principalement par l'approche biologique et cognitivo-comportementale, le DSM substitue à la différenciation névroses/psychoses et à l'idée de maladies mentales une approche par « troubles du comportement » et « troubles psychotiques ».

La prise en charge par les institutions

Nous exposerons dans notre deuxième partie l'organisation des institutions et leur différenciation entre secteur sanitaire et secteur médico-social. Signalons tout de même dès à présent que la frontière est administrative et politique (les sources de financements et les tutelles étant différentes), et que si les institutions n'ont pas les mêmes rôles, une même personne peut être prise en charge par ces deux pôles simultanément ou successivement. Ceci plaide d'ailleurs pour les approches, telle celle de Romain Liberman, qui tendent à nuancer les cloisonnements issus des classifications traditionnelles.

Il est important pour travailler sur l'accueil dans le cadre de partenariats de se renseigner sur des données concernant la composition du groupe à accueillir, le statut et le rôle des encadrants, les types de pathologies présentes. Mais il est aussi important de le faire en ayant à l'esprit les enjeux recouverts par les termes, de manière à bien connaître les signifiants employés par les partenaires dans la mesure où ils peuvent avoir un impact fort sur les bénéfices attendus du partenariat comme sur la façon de présenter la bibliothèque aux participants et les formes mêmes des opérations envisagées (depuis des accueils réservés, hors des horaires publics, jusqu'à l'accueil individuel indifférencié). Nous verrons ainsi avec les exemples de notre troisième partie qu'on peut rencontrer dans le champ de la santé mentale des partenaires pour qui le concept de handicap a une grande importance et d'autres qui n'y ont pas du tout recours (parfois même lorsque certains de leurs patients sont handicapés au sens de la reconnaissance administrative).

3. QUELQUES DONNEES DE POPULATION CHIFFREES

Nous avons vu que notre problématique croisait des dimensions sociales, médicales, psychiatriques et des classifications, des taxinomies très différentes, quand elles ne s'opposent pas. Aussi est-il complexe d'amener des données de population chiffrées qui soient exemptes de biais et n'ouvrent pas à des controverses.

Cependant, afin de rendre compte de l'importance des publics considérés dans ce mémoire, nous souhaitons néanmoins apporter quelques chiffres sur la population concernée par le soin mental et sur la part globale du handicap dans la population.

Population concernée par une démarche de soin mental

Le ministère de la Santé donne les chiffres suivants sur son site³³ :

- 1,1 million d'adultes, dont 86 % en ambulatoire (1999)
- 432 000 jeunes, dont 97 % en ambulatoire (2000)

L'insistance est portée sur une augmentation forte durant la décennie 1990-2000 :

Le dispositif public spécialisé en psychiatrie suit aussi davantage de personnes : 1,1 million de personnes adultes vues en 1999, soit +56 % de 1989 à 1999. [...] Entre 1991 et 2000, le nombre global de jeunes suivis en psychiatrie infanto-juvénile a presque doublé, passant de 254 700 à 432 000.

Ces chiffres sont repris par l'UNAFAM qui cite 1 500 000 personnes ayant recours chaque année aux services de psychiatrie.

Population en situation de handicap

Données administratives

Du côté administratif, *Le Handicap en chiffres*³⁴ fournit quelques données clefs :

- Concernant les enfants :
 - 135 000 familles bénéficiaires de l'allocation d'éducation spéciale (AES) en 2002
 - 185 000 enfants handicapés répertoriés par les Commissions départementales de l'éducation spéciale (CDES) pour l'année scolaire 1999-2000
- Concernant les adultes :
 - 752 900 bénéficiaires de l'allocation adulte handicapé (AAH) en 2002

Données d'enquêtes

Ces données ne recouvrent qu'une faible part des personnes en situation de handicap. Ainsi une enquête de l'INSEE de 1999, « Handicap – Incapacité – Dépendance », arrive par le biais d'une question très large (« Rencontrez-vous dans la vie de tous les jours des difficultés qu'elles soient physiques, sensorielles, intellectuelles ou mentales ? ») à une part de 31,4 % de la population française en situation de handicap (soit 18,9 millions de personnes).

Claude Hamonet insiste sur la difficulté à produire des statistiques concernant des situations très diverses dont découlent des données disparates et relatives. Il s'arrête cependant à une évaluation nettement inférieure à celle de l'INSEE :

³³ <http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/sante_mentale/sommaire.htm> [consulté le 5 juin 2009]

³⁴ BROUARD, Cécile (dir.). *Le Handicap en chiffres*. Paris : Centre technique national d'études et de recherches sur les handicaps et les inadaptations, 2004. 77 p. [en ligne] <www.ctnerhi.com/fr/fichiers/ouvrages/handicap_chiffres_2004.pdf> [consulté le 20 septembre 2009].

Les enquêtes qui ont été effectuées au sein de la population générale, constatent, le plus souvent, que 10 % de la population étudiée est en situation de handicap.³⁵

Il souligne aussi comme d'autres que la croissance régulière de la proportion de personnes âgées de plus de 60 ans amène une augmentation prévisible du nombre de personnes rencontrant des situations de handicaps.

CONCLUSION

Le débat entre une vision dite médicale (classificatoire et fonctionnelle) et une vision dite anthropologique, plus sociale, du handicap, comme celui sur les notions de « handicap mental » et de « handicap psychique » doit donc selon nous intéresser directement les bibliothécaires en tant que spécialiste de l'accueil. La vision en terme de « situations de handicap » qui s'en dégage plaide pour une approche qui, à l'avantage de la non-discrimination, ajoute celui de proposer un cadre conceptuel intéressant pour améliorer l'accueil pour tous à partir d'une réflexion sur son amélioration pour certains.

³⁵ HAMONET, Claude. *op. cit.* p. 120.

Partie 2 : Avec qui travailler ?

Avant d'en venir à une partie développant et appréciant les modalités et les enjeux d'un travail en direction des publics du champ de la santé mentale, nous allons maintenant présenter l'environnement dans lequel les actions envisagées s'inscrivent en exposant le cadre juridique et administratif actuel dans un premier temps, le cadre institutionnel de la santé mentale dans un deuxième temps et des exemples d'institutions susceptibles de fréquenter les bibliothèques publiques dans un dernier temps.

Nous pensons illustrer à nouveau dans cette partie, mais de façon plus concrète cette fois-ci, l'importance qu'il y a pour les bibliothécaires à ne pas s'en tenir à une approche labellisée « handicap » qui ne prendrait pas en compte toutes les dimensions induites et qui ne tenterait pas un dépassement du label vers des questions d'accessibilité généralisée, en profitant des obligations qui se profilent (voir ci-dessous le calendrier) pour renouveler leur réflexion sur l'accueil et les services. C'est en effet l'enjeu même de l'accès démocratique au savoir qui est soulevé par cette problématique du handicap : dans une approche non ségrégative de la population concernée, tel que le veut l'esprit de la loi de 2005, il s'agit, éthiquement comme méthodologiquement, de ne pas scinder ces deux versants d'une même pièce.

Dans cette visée, et pour éviter les contre-sens parfois de mise dans les projets mettant en jeu la transversalité des administrations, une appréhension la plus complète possible des champs psychiatrique et médico-social, comme des signifiants qui y sont en usage, nous semble nécessaire. Nous allons donc dans cette partie décrire le cadre juridique et administratif qui régit les secteurs sanitaire et médico-social, puis broser un tableau succinct du paysage des institutions de santé mentale en France, et enfin évoquer les partenaires institutionnels et associatifs.

1. CADRE JURIDIQUE ET ADMINISTRATIF

Corrélativement aux évolutions de la notion de handicap dont nous avons rendu compte dans notre première partie, le terme est entré dans la langue juridique. Les grandes dates de cette appropriation par le droit sont :

- 1957, où le terme « handicap » apparaît pour la première fois dans le droit français, avec une loi sur les « travailleurs handicapés » ;
- 1975, avec la « loi d'orientation en faveur des personnes handicapées », qui constitue le fondement juridique du droit français en matière de handicaps ;
- 2005, avec la loi « pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées ».

Il est à noter aussi que le terme, à l'initiative surtout des milieux associatifs, se retrouve dans des documents récents à dimension européenne ou internationale, tels que « Handicap et exclusion sociale dans l'Union européenne » (Forum européen des personnes handicapées, 2000) ou la « Déclaration de Madrid » (2002) qui est vue

comme un point de départ incontournable pour la construction d'une Europe ouverte à la participation sociale des personnes handicapées.

Claude Hamonet pense ainsi que le terme « handicap » a joué un rôle fédérateur dans la création d'une démarche globale contre l'exclusion sociale touchant les personnes handicapées, quel que soit la catégorie de leur handicap (physique, sensoriel, mental, psychique)³⁶.

Le cadre législatif actuel

C'est donc la loi n° 2005-102 du 12 juillet 2005 « pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées » qui régit actuellement en France le domaine du handicap.

Ce texte ne se présente pas comme un nouveau projet, mais comme une réforme de la loi du 18 juin 1975. Concentrant les critiques d'une partie du milieu associatif, qui jugeait décevant ce dernier texte de loi de 2005, il a connu plusieurs modifications avant d'être adopté par l'Assemblée nationale. Malgré certaines de ses avancées, notamment en terme d'obligations, il reste aujourd'hui perçu comme une occasion manquée par ceux qui souhaitaient un vaste projet social englobant les questions de société, de santé, de protection sociale, etc.

La définition juridique du handicap

Contrairement à la loi de 1975, celle de 2005 apporte une définition du handicap, consacrant ainsi définitivement la portée juridique du terme et comblant ce qui pouvait être vu comme un vide juridique conséquent.

Article L. 114. – Constitue un handicap, au sens de la présente loi, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant.

Cette définition, qui fait exister le handicap dans le droit, est issue des inévitables compromis du travail politique. Elle consacre ainsi des avancées dans l'appréhension des handicaps, en faisant la distinction entre « activité » et « participation », ce qui ouvre bien à la problématique de l'intégration, en mentionnant l'environnement, ce qui renvoie aux situations rencontrées comme sources de handicap, enfin elle fait apparaître le handicap psychique (handicap par maladie ou troubles mentaux), absent des textes précédents.

Elle a cependant été critiquée pour le refus du législateur à employer le terme de « situations », malgré sa polyvalence, et, par suite, pour le choix, dans le titre même de la loi, des termes « personnes handicapées » au lieu de « personnes en situations de handicaps ». Malgré des demandes en ce sens à l'Assemblée nationale, cette formulation qui aurait consacré l'idée selon laquelle c'est l'organisation sociale qui handicape

³⁶ HAMONET, Claude. *op. cit.* p. 17.

certaines personnes et non les personnes qui sont cause du handicap a été en effet écartée³⁷.

Les bibliothèques publiques, qu'elles soient universitaires ou territoriales, n'échappent évidemment pas au champ d'application de cette loi. Si ses effets se sont essentiellement fait sentir sur les constructions de nouveaux équipements, ou les rénovations, depuis 2007, nous allons voir que et les principes supportés par la loi et le calendrier de modification des obligations légales font que ce sera un chantier important des bibliothèques dans les toutes prochaines années.

Les grands principes de la loi

En premier lieu, on peut noter que, par sa définition relativement large des handicaps, cette loi fonde la nécessité pour les acteurs publics de s'adresser aux publics confrontés à toutes les situations de handicaps.

La non-discrimination

Elle établit la non-discrimination comme un principe (et un levier juridique dont peuvent se saisir les associations dans les cas de discrimination à l'emploi). Ce principe s'applique au travail, à l'éducation (et de la formation professionnelle) et potentiellement à toutes les activités de la vie sociale, dans que les domaines de l'information, du logement, des transports, des loisirs, des sports, de la culture, de la santé, etc.

Le droit à la compensation des conséquences du handicap

La loi crée une prestation de compensations humaines techniques et animalières selon les besoins. Elle oblige les services de l'Éducation nationale à assurer la formation scolaire et universitaire des personnes en situation de handicap. Elle consacre enfin l'obligation d'emploi en l'étendant à la fonction publique. Ce droit est aussi extensibles aux domaines cotés précédemment : toute limitation d'accès et de participation due à une situation de handicap doit pouvoir faire l'objet d'une mesure d'adaptation.

La participation et la proximité

La visée de la loi, à travers l'accessibilité généralisée et la non-discrimination, est la participation effective de tous à la vie sociale, autant dans les cadres éducatif, professionnel que dans l'ensemble du cadre de vie.

La loi se propose de placer la personne au centre du dispositif en substituant une logique de service à la logique purement administrative. Dans cette optique est créée la Maison départementale des personnes handicapées (MDPH), guichet unique d'accueil, d'information, de conseil et d'instruction des différents dossiers de droits ou prestations. Elle met en place dans chaque département une Commission des droits et de l'autonomie (CDA) qui regroupe Commission départementale de l'éducation spéciale (CDES), Commission technique d'orientation et de reclassement (COTOREP) et Services pour la vie autonome (SVA) en une seule instance placée sous la responsabilité du Conseil général. Elle a enfin des missions de sensibilisation de tous les citoyens aux handicaps et de coordination avec des dispositifs sanitaires et médico-sociaux.

³⁷ On peut penser qu'une certaine prudence financière est en partie à l'origine de cette restriction : en effet une définition plus orientée vers l'organisation sociale comme productrice de handicaps aurait pu ouvrir la voie à des contentieux juridiques aux conséquences financières très larges pour l'ensemble des administrations.

Les MDPH peuvent ainsi être vus par les bibliothécaires comme des lieux ressources importants pour toutes les opérations liées aux publics en situation de handicap.

L'accessibilité généralisée

La loi consacre un principe d'accessibilité généralisé, qui va au-delà de l'accès au cadre bâti en concernant aussi les services et la communication faite autour des services.

L'idée est celle d'une continuité de la chaîne de déplacement, impliquant que toute personne puisse accéder au lieu, s'y déplacer, prendre connaissance des informations qui y sont diffusées et profiter des services qui y sont proposés. Cette dimension de généralisation de la question de l'accès nécessite une réflexion, de la part des directions de bibliothèques, allant bien au-delà de la seule dimension de l'accessibilité physique des bâtiments.

Il est à noter en effet que s'il n'est pas fait directement référence à la culture, les différents principes de la loi, dont l'accessibilité généralisée, s'appliquant aux établissements recevant du public concernent bien évidemment aussi les établissements culturels, dont les bibliothèques. Nous allons voir comment sont détaillées les obligations légales qui en découlent.

Les modifications apportées aux obligations légales

La loi renforce en effet les modalités de la mise en accessibilité des établissements recevant du public (ERP) en définissant un calendrier contraignant, en prévoyant un diagnostic d'accessibilité et en renforçant le contrôle sur l'application de ces obligations.

Le ministère de la Culture, bien qu'il ne soit pas en charge des diagnostics et travaux des bibliothèques territoriales, propose aux professionnels un accompagnement pour leur permettre d'aborder au mieux des opérations souvent lourdes et complexes. Il a ainsi édité un document de synthèse : *Culture et handicap. Guide pratique de l'accessibilité* (2007), consultable en ligne³⁸.

Le calendrier des obligations

- Depuis le 1^{er} janvier 2007
Les nouveaux bâtiments relevant d'un permis de construire doivent être accessibles.
- Au 1^{er} janvier 2010
Obligation d'établir un diagnostic d'accessibilité pour les ERP des 1^{ère} et 2^e catégories. Les bibliothèques municipales sont potentiellement concernées : il faut vérifier au cas par cas si elles relèvent de ces catégories ou des 3^e et 4^e. (Les bibliothèques départementales de prêt, classées en 5^e catégorie ne sont pas concernées.)
- Au 1^{er} janvier 2011
Obligation d'établir un diagnostic d'accessibilité pour les ERP des 3^e et 4^e catégories. La plupart des bibliothèques municipales (et intercommunales) sont concernées.

³⁸ <<http://www.culture.gouv.fr/handicap/>>

- Au 1^{er} janvier 2015
Les bibliothèques doivent être accessibles, toutes catégories confondues.

L'obligation d'emploi

Un autre aspect important des obligations légales, non plus dans la perspective, pour les bibliothécaires, des publics auxquels ils s'adressent, mais dans celle de leur politique de ressources humaines concerne l'emploi de personnes de personnes handicapées.

La loi de 2005 étend en effet à la fonction publique l'obligation d'emploi : l'État et les collectivités territoriales sont tenus d'employer 6 % de travailleurs handicapés dès lors que leurs effectifs dépassent 20 agents.

Pour le recrutement par concours, les candidats peuvent bénéficier sur demande d'aménagements particuliers des épreuves (salle spéciale, tiers-temps, ordinateur, secrétariat, temps de repos, etc.).

Un fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique (FIPHFP)³⁹ a été mis en place, avec pour missions de favoriser le recrutement des personnes en situation de handicap dans les trois fonctions publiques et leur maintien dans l'emploi (notamment en développant des formations de proximité).

Après avoir surtout été le fait de grandes médiathèques qui avaient mis en place des actions spécifiques en direction des publics handicapés (Chambéry, Grenoble, Toulouse, Rennes, BPI, BNF, etc.), l'emploi de personnes handicapées en bibliothèques est donc amené à se développer, même si les situations statutaires actuelles sont très variées⁴⁰.

Cette obligation est à saisir comme une chance : la mise en place de services d'accueils et d'animations en direction des publics handicapés ne peut en effet que profiter des compétences particulières que peuvent apporter les premiers concernés (LFS, maîtrise du braille, connaissance de l'informatique adaptée, etc.). En répondant de plus au principe de participation à la vie sociale, elle permet une réflexion féconde sur les attentes des publics et les manières d'y répondre.

L'exception au droit d'auteur

L'exception au droit d'auteur prévue par la loi DADVSI⁴¹ (2006) a été précisée par le décret d'application n° 2008-1391 du 19 décembre 2008.

Ce texte permet aux structures habilitées d'une part de transcrire, adapter et produire des documents spécifiques pour les lecteurs handicapés, d'autre part de demander aux éditeurs les sources numériques des documents à des fins de production adaptée ou de diffusion. Il vise à faciliter la production de l'édition adaptée (textes enregistrés, transcrits en braille, éditions en gros caractères, etc.).

³⁹ <<http://www.fiphfp.fr/>>

⁴⁰ Cf. POITEVIN, Marie-José. L'accès des personnes handicapées aux métiers des bibliothèques. in ANDISSAC, Marie-Noëlle (dir.) et al. *Handicap et bibliothèque*. 2e édition revue et augmentée. Paris : Association des bibliothécaires de France, 2009. p. 31-33.

⁴¹ Droit d'auteur et droits voisins dans la société de l'information.

À noter que le ministère de la Culture et celui du Travail ont mis en place récemment un site Internet « Exception Handicap » pour synthétiser les informations sur le sujet (<<http://www.exception.handicap.culture.gouv.fr>>).

C'est un point à prendre en compte dans la définition d'un volet spécifique d'une politique documentaire en direction de tous les publics.

Le cadre administratif : conventions, actions et recommandations

En dehors du cadre législatif, d'autres textes et dispositifs sont utiles à connaître pour le travail en direction des publics handicapés. D'une part la convention qui depuis 1999 appuie le développement de la lecture à l'hôpital, d'autre part les actions vis-à-vis du handicap émanant du ministère de la Culture via sa Direction du livre et de la lecture (DLL) et, à un niveau plus global, les recommandations de la Fédération internationale des associations de bibliothécaire et d'institutions (IFLA⁴²).

La lecture à l'hôpital

Suite à différents travaux professionnels pointant le retard français en matière de lecture en milieu hospitalier, travaux entrepris au cours des années quatre-vingt-dix, un dispositif incitatif a été mis en place en 1999 sous la forme d'une convention⁴³ entre le ministère de la Santé et le ministère de la Culture, visant à promouvoir l'action culturelle dans les hôpitaux. Le principe est de favoriser les liens entre le milieu hospitalier et le milieu culturel en faisant en sorte d'établir des collaborations, des partenariats pour la construction de projets culturels s'adressant à l'ensemble de la communauté hospitalière, sans ambition directement thérapeutique. Cela passe par le renforcement de la présence du livre dans les hôpitaux et par le financement de projets de jumelage entre établissements hospitaliers et établissements culturels.

Une annexe à la convention se penche sur les bibliothèques en milieu hospitalier afin de préciser les modalités de création et de fonctionnement de ces bibliothèques en rappelant quelques recommandations en terme de personnels, de services et de collections. Cette annexe cite le domaine psychiatrique (« En psychiatrie, le livre est l'occasion d'ouverture et d'échanges. ») et insiste sur le rôle des bibliothèques publiques comme partenaires des hôpitaux :

Le partenaire naturel de la bibliothèque de l'hôpital est la bibliothèque municipale, ou à défaut la bibliothèque départementale de prêt, lorsque l'hôpital est situé en zone rurale ou dans une commune dépourvue de bibliothèque municipale.

Ce cadre incitatif a amené à la signature d'un certain nombre de conventions et au financement par les Directions régionales aux affaires culturelles (DRAC) d'un ensemble de projets de jumelage entre les DRAC et les Agences régionales de

⁴² *International Federation of Library Associations and Institutions.*

⁴³ Consultable sur le site du ministère de la culture :

<<http://www.culture.gouv.fr/culture/politique-culturelle/hopital/convention1999.pdf>>

l'hospitalisation (ARH) : 250 jumelages et 19 conventions (chiffres de 2006). La place de la lecture dans ces conventions de projet culturel est variable⁴⁴.

Le cas des Centres hospitaliers spécialisés (CHS)

Présentant ce dispositif lors de la première des journées d'études « Santé mentale et bibliothèques » du 9 mars 2006⁴⁵, Xavier Collal (chargé de mission Culture et hôpital à la DDAI⁴⁶) soulignait que des expériences thérapeutiques impliquant des intervenants du monde de la culture étaient déjà très développées dans le milieu de la santé mentale avant les années quatre-vingt-dix. Le mouvement de la psychothérapie institutionnelle, puis la psychiatrie de secteur ayant en effet de longue date prôné le travail avec des intervenants extérieur à la psychiatrie, dont des artistes et des écrivains.

Les CHS peuvent donc profiter du dispositif de 1999 pour formaliser leur politique culturelle et pour financer certains projets. Un exemple en est donné en annexe à ce mémoire avec la Charte du développement culturel du Centre hospitalier Guillaume Régnier de Rennes (voir Annexe 1). Il semble cependant, au vu des partenariats que nous présenterons dans notre troisième partie, que peu d'entre eux en aient profité pour formaliser une démarche en direction de la lecture.

Les actions de la DLL

Nous avons vu, avec le *Guide culture et handicap* concernant l'accessibilité, que le ministère de la Culture entendait être partie prenante du développement d'un travail des établissements culturels en direction des publics handicapés. Une Commission nationale « Culture et handicap » a été mise en place en 2001. Elle se propose d'encourager les jumelages entre les structures culturelles et les institutions médico-sociales.

La DLL apporte aussi un soutien à la l'édition adaptée, sous forme de concours financier à des projets issus des éditeurs spécialisés pour la production, et sous forme d'un accueil au Salon du livre de Paris et de participation à des formations des professionnels pour la diffusion.

Elle a soutenu la BPI et les bibliothèques associées dans le lancement d'ALPHABib, outil collaboratif pour l'amélioration de l'accueil des personnes handicapées⁴⁷. ALPHABib est une ressource précieuse pour les professionnels, proposant de centraliser des témoignages d'expériences, sous la forme de la boîte à outils, d'organiser une veille partagée sur les technologies d'aide et de facilitation, de présenter des actualités sur l'action culturelle, etc. Animé par la mission lecture et handicap de la BPI, ALPHABib est pour le moment ouvert aux contributions des membres du groupe de travail Handicap et bibliothèques. Mais sa consultation étant bien entendue libre, une veille du site par une personne ressource dans les différents établissements peu apporter beaucoup.

⁴⁴ Pour un état des lieux récent sur la question de la lecture à l'hôpital voir : DUTON, Frédéric. *La lecture à l'hôpital : état stationnaire, critique ou convalescent ?* Préf. de Guy Cobolet. Villeurbanne : Presses de l'enssib, 2005.

⁴⁵ COBB-AGENCE DE COOPÉRATION DES BIBLIOTHÈQUES ET CENTRES DE DOCUMENTATION EN BRETAGNE. *Dyptique « Santé mentale et bibliothèques », Journée 1, jeudi 9 mars 2006, Rennes, Centre hospitalier Guillaume Régnier, Compte-rendu.* Rennes : COBB, 2006. p. 26-27.

⁴⁶ Délégation au développement et aux affaires internationales, ministère de la Culture.

⁴⁷ <<http://alphabib.bpi.fr/>>

Les recommandations de l'IFLA

Au sein de l'IFLA deux sections de la Division III « *Libraries Serving the General Public* » (Bibliothèques desservant le grand public) se penchent plus particulièrement sur les services de bibliothèques pour les personnes handicapées : la section « *Library Services to People with Special Needs* » (Services de bibliothèques aux personnes ayant des besoins spécifiques) et la section « *Library Serving Persons with Print Disabilities* » (Bibliothèques au service des personnes rencontrant des difficultés de lecture).

Ces deux sections éditent régulièrement des directives. Ayant une portée internationale, elles supposent une adaptation aux données nationales et locales (ainsi qu'une traduction bien souvent), mais peuvent se révéler de très bonnes sources d'idées et de recommandations. Une présentation détaillée des principales directives publiées en ligne se trouve dans l'ouvrage *Handicap et bibliothèques*, édité par l'ABF⁴⁸. La thématique de la santé mentale peut profiter directement d'une de ces directives : *Directive pour les documents faciles-à-lire*⁴⁹. L'édition de documents « faciles-à-lire » n'est pas encore développée, contrairement aux pays d'Europe du Nord, aux États-Unis et au Canada. Cette directive décrit ce que sont les documents « faciles-à-lire » et donne des pistes de production aux éditeurs (nous reviendrons sur cette forme d'édition adaptée dans notre troisième partie).

2. PAYSAGE DES INSTITUTIONS DE SANTE MENTALE EN FRANCE

Nous allons maintenant exposer brièvement comment la prise en charge de la santé mentale s'est organisée en France, avec sa double dimension, sanitaire et médico-sociale. Une bonne compréhension de cette organisation est en effet nécessaire à la mise en place de partenariats. Nous terminerons en précisant quelles sont les structures d'accueil et de soin qui sont les plus susceptibles de fréquenter les bibliothèques et de tisser des partenariats.

De l'asile au secteur

On sait que l'histoire de l'institution psychiatrique (ou « pré-psychiatrique ») s'est longtemps confondue avec celle d'un abord carcéral, sous couvert de charité, de la gestion des populations désignées comme marginales à la société, pauvres, errants et malades mentaux. De ce que Michel Foucault a nommé le « grand renfermement »⁵⁰, durant la seconde moitié du XVII^e siècle, à la spécialisation des lieux sous la forme de l'asile d'aliénés, au cours du XIX^e siècle, c'est un aspect constant et qui aura de grandes conséquences dans les manières d'envisager l'organisation moderne de l'institution qui prévaut aujourd'hui.

En effet, même si avec des figures comme Philippe Pinel (qui réduit un peu l'aspect carcéral en retirant les chaînes à certains malades) puis Jean-Étienne Esquirol, la dimension thérapeutique prend peu à peu son autonomie pour aboutir aux premières lois

⁴⁸ FOFANA-SEVESTRE, Ramatoulaye. Les recommandations de l'IFLA. in ANDISSAC, Marie-Noëlle (dir.) et al. *op. cit.* p. 26-30.

⁴⁹ <<http://www.ifla.org/VII/s9/nd1/iflapr-59f.pdf>>

⁵⁰ FOUCAULT, Michel. *Histoire de la folie à l'âge classique*. Paris : Plon, 1961.

régissant le secteur psychiatrique, l'institution conserve jusqu'aux années cinquante du XX^e siècle des traits marqués par son passé à la fois sécuritaire et compassionnel. Les traitements y semblent longtemps n'avoir que des visées de maintien de l'ordre, quand ils ne mettent pas en jeu la coercition comme outil thérapeutique (voire par exemple la théorie de la « méthode perturbatrice » d'Esquirol).

Les hôpitaux spécialisés, nés de la loi de 1838, défendue par Esquirol, qui donne obligation d'en créer un à chaque département, sont encore au début du XX^e siècle, en France du moins, des lieux totalement en marge de la société : on y vit en autarcie, les malades et le personnel résidant ensemble dans l'établissement. On en sort peu, dans tous les sens du terme : pas d'activités extérieures et des malades qui souvent y finissent leurs jours, installés dans la chronicité de leurs maladies.

La psychiatrie de secteur et la promotion des alternatives à l'hospitalisation

Les lendemains de la Seconde Guerre mondiale seront marqués pour la psychiatrie par des évolutions techniques et doctrinales fondamentales, qui aboutiront à la psychiatrie de secteur. Au début des années cinquante sont en effet découverts par Henri Laborit les effets des molécules depuis connues sous le nom de neuroleptiques (ou antipsychotiques), dont l'usage va avoir un grand impact sur le traitement des psychoses. C'est le début de la psychopharmacologie. Si les neuroleptiques ont été décriés en tant que « camisole chimique », et leur usage sûrement souvent dévoyé, s'ils n'ont pas tenu les promesses de guérison des psychoses qu'imaginaient leurs premiers défenseurs, ils ont en tout cas permis, par le traitement des symptômes les plus invalidants, d'envisager autrement l'hospitalisation et d'ouvrir la possibilité des traitements ambulatoires.

Parallèlement se développait, depuis les années de guerre, autour de François Tosquelles et Lucien Bonnafé (puis de nombreux autres psychiatres et infirmiers psychiatriques) le courant de la psychothérapie institutionnelle ou psychiatrie désaliéniste. Proposant une interprétation de l'institution comme devant devenir le lieu par lequel on est soigné et non le lieu où l'on est soigné, la théorie désaliéniste entend revoir les relations entre les patients, les soignants et leurs institutions. Très marqués par la tragédie vécue dans les hôpitaux psychiatriques français pendant la guerre (la pénurie, dénoncée par l'administration, mais à laquelle le gouvernement de Vichy n'a apporté aucun remède, y a fait aux environs de 40 000 morts), opérant un retour critique sur des pratiques institutionnelles carcérales, comparables selon eux aux pratiques concentrationnaires, les animateurs de la psychothérapie institutionnelle vont être à l'origine de la psychiatrie de secteur.

Les grands principes qu'ils souhaitent voir mis en œuvre sont : la prise en charge du malade dans l'aire géographique proche de son domicile, la promotion des alternatives à l'hospitalisation pour éviter la chronicisation, et la prise en compte des méthodes psychothérapeutiques modernes, en sus de la chimiothérapie.

Institutions psychiatriques et institutions médico-sociales

L'acte de naissance officiel du nouveau dispositif de prise en charge des maladies mentales est constitué par une simple circulaire du ministère de la Santé, en date du

15 mars 1960⁵¹. Même si d'autres textes organisent la psychiatrie en France, dont le plus important est la loi du 27 juin 1990⁵², ils ne remettent pas en cause les dispositions prises alors. Visant à assurer la précocité, la continuité et la proximité des soins, un découpage du territoire en secteurs, d'environ 70 000 habitants, a été organisé. Chaque secteur psychiatrique est sous la responsabilité d'un médecin psychiatre des hôpitaux et associe des lits d'hospitalisation (soit dans les CHS, soit dans de petites unités en ville, soit encore dans les hôpitaux généraux) et tout un ensemble de structures à la fois sanitaires et sociales assurant les alternatives à l'hospitalisation et le suivi social des personnes. Parallèlement les CHS s'ouvrent à des professions paramédicales ou non médicales : ergothérapeutes, psychomotriciens, orthophonistes, kinésithérapeutes, assistants sociaux, éducateurs spécialisés, psychologues, etc. L'ensemble vise à couvrir tous les besoins liés à la maladie mentale, depuis le dépistage jusqu'à la réinsertion sociale, en passant par les soins. D'une part l'hôpital psychiatrique n'est plus la réponse unique, d'autre part il s'intègre à un ensemble de structures et d'actions qu'on souhaite en prise directe avec la communauté sociale.

Cependant nous verrons que l'articulation du sanitaire et du médico-sociale n'est pas simple, des questions éthiques et politiques se trouvant mise en jeu entre deux champs de réponse qui n'ont pas la même histoire, ni la même culture.

La sectorisation psychiatrique est de plus confrontée tant à des critiques internes (des psychiatres analysant un glissement du sanitaire vers le médico-social pour des raisons économiques, la baisse régulière du nombre de lits en psychiatrie pouvant aller en ce sens⁵³) qu'à des critiques plus politiques, qui pointent son échec relatif en soulignant qu'elle n'a pas réglé la question de la place des malades mentaux dans la société, leur surreprésentation parmi les populations carcérales et frappées de grande exclusion (clochards, SDF) en étant le symptôme. La question de l'insertion généralisée est en arrière-plan. Ainsi Patrick Declerck, anthropologue et psychanalyste, plaidait-il récemment pour un renouveau de la fonction asilaire, au sens protecteur du terme, pour des populations en grande exclusion, plutôt que pour une politique de réinsertion à tout prix⁵⁴.

N'en reste pas moins qu'a été gagnée l'idée, avec la promotion des traitements en ambulatoire, d'une présence, à nouveau, des malades mentaux dans la cité, et qu'à ce titre se pose la question de leur accès à tous les lieux et services de la vie sociale, dont les établissements culturels.

Secteur sanitaire

Le secteur sanitaire dépend du ministère de la Santé. Il comporte, en plus du CHS de secteur et des services psychiatriques en hôpital général les structures suivantes, avec un encadrement par du personnel médical, mais pouvant aussi comprendre des intervenants variés (psychologues, ergothérapeutes, psychomotriciens, travailleurs sociaux, etc.) :

- Hôpital de jour
Public adulte ou enfants et adolescents (jusqu'à 16 ans)
Pathologies : essentiellement psychoses

⁵¹ Consultable en ligne sur le site de l'hôpital Charcot : <<http://www.ch-charcot56.fr/textes/c150360.htm>>.

⁵² <<http://www.ch-charcot56.fr/textes/190-527.htm>>

⁵³ Du ratio d'encadrement des patients résulte en effet un coût plus élevé de la journée en psychiatrie qu'en médico-social.

⁵⁴ DECLERCK, Patrick. *Les Naufragés : avec les clochards de Paris*. Paris : Plon, 2001.

- Centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP)
Public adulte ou enfants et adolescents (jusqu'à 16 ans)
Pathologies variées (accueil libre)
Activités de groupe
- Foyer de post-cure
Public adulte
Pathologies : essentiellement psychoses
- Centre médico-psychologique (CMP)
Public adulte ou Enfants et adolescents (jusqu'à 16 ans)
Pathologies variées (accueil libre)
Évaluation, suivis ambulatoire de courte durée ou orientation (vers l'hôpital de jour, voire vers une hospitalisation)

Secteur médico-social

Le secteur médico-social dépend des ministères des Affaires sociales⁵⁵ et de la Santé (la Sécurité sociale intervenant pour le règlement de certaines prestations, comme les déplacements en taxi) et de plus en plus des départements – notamment, du fait des schémas d'organisation sociale et médico-sociale⁵⁶, sous la responsabilité des Conseils généraux en articulation avec les préfetures et les Conseils régionaux. Les structures médico-sociales emploient prioritairement des éducateurs et des travailleurs sociaux sans qu'il y ait forcément de personnel soignant, même si la plupart des établissements font en sorte qu'il y ait une présence soignante, ne serait-ce qu'à temps partiel (psychiatre, infirmier, psychologue). L'orientation vers ces structures est décidée pour les adultes par la CDA, commission dépendant de la MDPH. Pour les enfants et adolescents elle dépend aussi de la CDA, après des repérages effectués par des équipes pluridisciplinaires (médecins, enseignants, travailleurs sociaux) qui orientent ensuite vers la MDPH.

- Public adulte
 - Foyer d'hébergement / Foyer de vie
Pathologies : essentiellement psychoses
Public relativement autonome
Double encadrement sanitaire et social
Activité de groupe hors les murs
 - Structures « à double tarification » / Maison d'accueil spécialisé (MAS)
Pathologies multiples (polyhandicaps)
Public peu autonome
Double encadrement sanitaire et social

⁵⁵ Ministère qui change souvent de dénomination, actuellement : ministère du Travail, des relations sociales, de la famille, de la solidarité et de la ville.

⁵⁶ Code de l'action sociale et des familles, livre III, titre I^{er}, chapitre II, section 3. Cf. : <<http://droit-finances.commentcamarche.net/legifrance/8-code-de-l-action-sociale-et-des-familles/20354/schemas-d-organisation-sociale-et-medico-sociale>>

- Établissements et services d'aide par le travail (ESAT ; ex-CAT)
Toutes pathologies, certains spécialisés troubles mentaux
Public relativement autonome (résidant souvent en foyer d'hébergement, voire au domicile personnel)
Encadrement social et soutien médical
- Section d'accompagnement à la vie sociale (SAVS)
Pathologies : essentiellement psychoses
Public autonome
Encadrement social uniquement
- Accueils de jour
Public autonome
Encadrement social uniquement
- Groupes d'entraide mutuelle (GEM)
Structures associatives sociales
À l'initiative des usagers
- Public enfant et adolescent
 - Centre médico-psycho-pédagogique (CMPP)
Proches des CMP (consultations pluridisciplinaires), mais gérés par des associations ; existaient avant la sectorisation, qu'ils ont préfigurés pour la psychiatrie infanto-juvénile
Pathologies variées (orientent vers le secteur public pour les pathologies lourdes)
Prises en charge ambulatoires (psychiatre, psychologue, assistante sociale, orthophoniste, psychomotricien, etc.)
 - Institut médico-éducatif (IME) et Institut médico-professionnel (IM Pro)
Déficiences intellectuelles (accompagnées ou non de troubles psychiques ou de la personnalité)
Objectif d'intégration sociale et professionnelle
Établissements d'éducation spécialisée et de scolarité adaptée
 - Services d'éducation spécialisée et de soins à domicile (SESSAD)
Enfants scolarisés en milieu ordinaire ou d'intégration
Structures ambulatoires, gérées par un secteur de psychiatrie infanto-juvénile ou par une association (certains SESSAD sont spécialisés vers troubles neurologiques, ou les personnes autistes, les troubles envahissants du développement, etc.)
 - Institut thérapeutique, éducatif et pédagogique (ITEP ; ex-IRP)
Troubles du comportement sans pathologie psychotique ni déficience mentale
Objectif de réinsertion scolaire

Concernant l'ensemble du secteur médico-social c'est aujourd'hui la MDPH de chaque département qui est le lieu ressource (notamment pour connaître plus précisément

l'organisation locale, les liens existant entre les diverses structures et les modifications d'organisation).

L'éducation nationale développe aussi des dispositifs pouvant toucher le même type de public : le Réseau d'aide spécialisé (RASED), les auxiliaires de vie scolaire (AVS) et les classes relais. La loi de 2005 obligeant à une inscription scolaire dans un établissement en milieu ordinaire, de nombreuses prises en charge se développent aujourd'hui sur une mixité entre IME ou ITEP et établissement scolaire.

Ces articulations entre sanitaire et médico-social d'une part et médico-social et social (ou scolaire) peuvent avoir leur importance. L'accueil à la bibliothèque d'un même jeune pourra en effet demander des dispositifs différents selon qu'il vient dans le cadre d'une visite de classe ou d'une activité de son IME.

Articulation des secteurs sanitaire et médico-social

L'ouverture de l'hôpital psychiatrique et l'évolution de certaines prises en charge du sanitaire vers le social et le médico-social ont permis d'établir des articulations entre ces secteurs. Des collaborations existent entre des IME, IM Pro ou SESSAD et des secteurs de psychiatrie infanto-juvénile ; d'anciens patients hospitalisés travaillent en ESAT et vivent en foyers d'hébergement, sans cesser d'être suivis, pour certains, par des équipes sanitaires ; d'autres, chronicisés et dépendants, sont orientés par les CHS vers les MAS. Des jeunes repérés en CMP ou CMPP sont orientés par les médecins vers la psychiatrie infanto-juvénile, mais leur prise en charge n'y sera pas que médicale, elle y sera aussi psychologique, pédagogique et sociale.

Cependant des cloisonnements subsistent, dus à la complexité du travail de partenariat, souvent chronophage, ou à des résistances venues des différences de culture professionnelles. Entre l'exigence éthique de la clinique « au cas par cas » qui anime de nombreux psychiatres et psychologues, notamment d'orientation analytique, et la logique des idéaux de réinsertion du travail social, l'écart peut se révéler difficile à surmonter. D'autant que des logiques de restrictions budgétaires s'en mêlent : le louable souci de mixité des prises en charge pâtit ainsi de la fermeture des lits en psychiatrie (où le prix de la journée est nettement plus élevé que dans les institutions médico-sociales).

Une systématisation et un approfondissement des relations entre les équipes de santé mentale et celles des institutions sociales et médico-sociales sont cependant recherchés par le ministère de la Santé depuis quelques années : développement du travail en réseau entre les professionnels de la santé mentale et ceux du champ médico-social, social ou éducatif ; élaboration d'un projet global associant projet de soins et projet de vie (actions d'insertion scolaire, sociale et professionnelle). Enfin il y a le souhait, pour dépasser les actuels cloisonnements, d'amélioration de la coordination entre décideurs interministériels (santé, éducation et justice), et entre décideurs institutionnels locaux.

On voit ainsi se développer depuis peu des « pôles » de psychiatrie, transversaux aux territoires, qui associent différentes équipes au sein de services dédiés à un type particulier de pathologie (autisme, atteintes neurologiques, etc.). Là encore il est nécessaire pour les professionnels de se renseigner sur le contexte local en amont de leurs démarches de partenariats (notamment parce que le travail en direction des patients

d'un service de secteur, avec la pluralité des pathologies impliquée, et celui en direction d'un pôle spécialisé seront nécessairement différents).

3. LES PARTENAIRES INSTITUTIONNELS ET ASSOCIATIFS

Si la présentation qui précède est valable pour le cadre général des secteurs psychiatriques, il faut néanmoins tenir compte sur le terrain du fait que chaque secteur a une histoire propre, liée notamment à la présence ou non, avant sectorisation, d'un asile psychiatrique, des choix organisationnels opérés lors de la sectorisation et des liens tissés entre les différentes équipes professionnelles au fil du temps.

Les structures relais ou ressources

Aussi il conviendra donc pour envisager des partenariats d'identifier des structures à même de conseiller les bibliothécaires, de les renseigner sur l'organisation du secteur et sur les structures les plus susceptibles de porter des projets en communs. Concernant le secteur sanitaire, les CHS sont divisés en services relativement indépendants les uns des autres, mais certains disposent d'une personne ressource chargée des partenariats (au-delà du médico-social). Certains lieux d'échanges et de réflexion interdisciplinaires peuvent aussi permettre de repérer d'éventuels partenaires : les laboratoires CIEN (Centre interdisciplinaire sur l'enfant) travaillant sur la thématique du lien social, les différents colloques, journées d'études, peuvent être à surveiller. Pour le champ médico-social, la MDPH doit pouvoir fournir une première orientation et le milieu associatif peut aussi être interrogé (UNAFAM, UNAPEI), dont les récents groupes d'entraide mutuelle (GEM) qui voient des usagers créer des services et proposer des activités.

Les structures d'accueil et de soins susceptibles de fréquenter les bibliothèques

Parmi toutes les structures évoquées, certaines sont plus susceptibles que d'autres de fréquenter les bibliothèques publiques, que ce soit dans le cadre de partenariat ou que ce soit en visites de groupe spontanées.

Lors des journées d'études « Bibliothèques et santé mentale » organisées par la COBB (Agence de coopération des bibliothèques en Bretagne), la DRAC et le CHGR (Centre hospitalier Guillaume Rénier de Rennes), deux intervenantes, Catherine Hervault et Catherine Pérot, présentaient ainsi quelques pistes. Au niveau des CHS, la possibilité d'un travail autour de la lecture lors d'hospitalisation de longue durée (via la bibliothèque de l'hôpital) ; au niveau des hôpitaux de jour, des CATTTP et des foyers de post-cure, avec des groupes accompagnés de soignants, nécessitant donc un travail préalable avec ceux-ci pour cerner le degré d'encadrement nécessaire, les niveaux d'autonomie présents, comme les profils culturels très variés. L'accueil des groupes peut alors s'orienter vers des visites « banalisées », sur les horaires d'ouvertures, ou vers des dispositifs plus spécifiques, de l'ordre de l'atelier accompagné, de l'accueil particulier, hors des horaires d'ouverture. Dans le champ médico-social, c'est aussi la question de l'autonomie des patients qui peut orienter le type de partenariat. Enfin, elles soulignaient que les IME, IMPro et SESSAD, ainsi que certains ITEP, étaient souvent demandeurs de

liens avec les bibliothèques⁵⁷, ainsi que les foyers d'hébergement et de vie pour les adultes.

CONCLUSION

L'une des difficultés consiste à bien cerner à quelle demande la bibliothèque entend répondre, dans le cadre de ses missions. En effet les différences d'approches, d'attentes et d'objectifs qui peuvent se faire jour entre les demandes de la tutelle politique, celles des institutions partenaires (et des différents professionnels qui y œuvrent), et celles des publics eux-mêmes peuvent se révéler complexes à appréhender. Il est souvent utile de prévoir un document qui formalise les objectifs de chacun des partenaires et qui associe les tutelles. De plus, nous avons vu que l'évolution des questions du handicap et de la santé mentale se faisaient vers une déségrégation, une participation accrue des principaux intéressés aux démarches les concernant. Aussi nous semble-t-il souhaitable, là où c'est envisageable, d'associer les usagers le plus en amont possible à ces réflexions, notamment en faisant appel à leurs associations.

Enfin nous devons noter que si les obligations légales, dont nous avons vu que le calendrier concernait les toutes prochaines années, sont surtout prises en compte dans les démarches actuelles pour les handicaps moteurs et sensoriels, la définition très complète qu'a donné la loi de la notion de handicap fait qu'il est nécessaire d'accentuer l'effort sur les handicaps mentaux et psychiques dès à présent. Or les questions soulevées par ces formes de handicaps sont complexes pour les bibliothèques, que ce soit en terme d'accompagnement à la lecture (peu, voire pas de collections spécialisées), d'accueil non discriminant, de formation des personnels, etc. Notre troisième partie, à partir d'exemples de partenariats, va ainsi s'attacher à proposer quelques expériences et quelques outils nous semblant pertinents.

⁵⁷ COBB-AGENCE DE COOPERATION DES BIBLIOTHEQUES ET CENTRES DE DOCUMENTATION EN BRETAGNE. Dypitique « Santé mentale et bibliothèques », Journée 1, jeudi 9 mars 2006, Rennes, Centre hospitalier Guillaume Régnier, Compte-rendu. Rennes : COBB, 2006. p. 12-18.

Partie 3 : Exemples, outils, et enjeux

Nous allons maintenant commencer par présenter quelques exemples de partenariats mis en place entre des bibliothèques de lecture publique et des institutions de santé mentale, à partir de témoignages présents dans la littérature professionnelle et de visites de terrains réalisées à l'occasion du présent travail. Nous en tirerons au fur et à mesure les conséquences, dans l'optique de croiser la problématique du handicap que nous avons précédemment exposée avec les principes et les contraintes de l'action en bibliothèque. Ces premiers jalons nous seront utiles pour proposer ensuite notre conception argumentée de ce type de partenariats, de leurs conditions de réalisation et des difficultés qui leur sont propres.

Nous l'avons dit, ce sont ces visites de terrain exploratoires qui nous amené à nous interroger plus avant sur la notion de handicap en santé mentale : d'abord enclins à n'y voir qu'un signifiant parmi d'autres dans les approches possibles de ces publics spécifiques, la grande variation de son usage (ou non) par les professionnels contactés nous a ainsi peu à peu poussé à voir dans une approche critique, problématisée, de la notion un moyen intéressant de mettre au jour toute une série de questionnements qui traverse la démarche même de s'adresser à des « publics spécifiques » : quelles sont les limites des typologies de publics, à quel point entend-on travailler « pour » et/ou « avec » les personnes concernées, comment travailler pour quelques-uns sans perdre de vue l'universalité de nos missions, comment utiliser les typologies sans stigmatiser, comment se mettre en position d'apprendre des gens pour qui l'on développe nos services, etc.

Pour tenter d'apporter un éclairage professionnel à ces questions nous allons, après nos exemples de partenariats, présenter des outils et des démarches accessibles aux bibliothécaires désireux d'entreprendre une démarche que nous caractérisons comme celle d'un « accueil généralisé », avant de dégager une proposition de synthèse des enjeux professionnels, sociaux et thérapeutiques qui nous semblent liés à cette démarche. Nous avons voulu orienter notre travail par l'un des plus important d'entre eux à savoir le maintien, voire le renforcement, du positionnement des bibliothèques publiques comme lieux d'ouverture, de mixité et de liberté sociale dans la cité. Face à cet enjeu, la problématique de l'accueil des publics relevant du champ de la santé mentale nous semble au cœur même des questions posées par la démocratisation de l'accès au savoir ; méthodologiquement, par les obstacles à surmonter, en particulier au travers des façons de s'adresser et d'accueillir un public dit empêché, mais aussi éthiquement, du fait du risque de ségrégation qui menace plus particulièrement ces publics.

1. EXEMPLES DE PARTENARIATS

Enquête

Avant d'entamer le présent travail, nous avons entendu parler de plusieurs partenariats, lors d'échanges professionnels informels ou dans le cadre de journées d'études sur la médiation culturelle. Afin d'avoir une idée plus précise de la fréquence de la présence de tels partenariats au sein des bibliothèques publiques, nous avons adressé un questionnaire volontairement succinct aux bibliothèques municipales des cinquante plus grandes villes de France. Nous aurions préféré procéder autrement, en postant ce questionnaire sur la liste de diffusion professionnelle « biblio-fr », afin de pouvoir profiter des échanges qu'elle permettait et d'apprécier quels types de structures répondaient le plus (bibliothèques de quartier, médiathèques centrales, etc.). L'arrêt de cette liste en juin dernier ne nous a pas permis d'en profiter ici.

Bien qu'ayant conscience que la démarche du questionnaire mise en place pour y pallier n'a pas de valeur scientifique, il nous semblait permettre néanmoins d'apprécier quantitativement notre sujet. De fait trop peu d'établissements (15) ont répondu pour que nous puissions en tirer une estimation fiable. Quelques éléments ressortent cependant des réponses qui nous ont été faites.

Tout d'abord la plupart des bibliothèques ayant répondu ont des partenariats de ce type, seules 3 déclarent ne pas en avoir (mais être intéressées par une démarche en ce sens). C'est le principal biais de cette rapide enquête : il est compréhensible que ce soit des bibliothèques particulièrement engagées dans ce type de questionnement qui répondent, sans que cela ne reflète pour autant l'état réel de l'appropriation de la thématique sur le terrain. Une enquête plus systématique serait à conduire, par le biais d'une organisation professionnelle reconnue.

Le nombre de partenariats est compris entre 1 et 4, à l'exception notable d'un établissement en déclarant 14. La majorité des partenariats ont été impulsés à l'origine par les structures de santé mentale. Cependant, toutes les bibliothèques citent spontanément des fréquentations hors partenariats de groupes venus d'institutions : c'est bien souvent la volonté des bibliothécaires d'aller plus loin qui a débouché sur un partenariat formalisé (dans ce cas on peut penser que le partenariat est déclaré comme étant à l'initiative de l'institution de santé mentale, même quand il y a une démarche de la bibliothèque).

Les types de structures partenaires citées recouvrent la typologie des champs sanitaire et médico-social donnée dans notre deuxième partie, à l'exception prévisible des MAS et des SAVS. On trouve, dans l'ordre d'importance, les IME (9), ITEP (4), GEM (1), CHS (3), CATTP (3), CMPP (3), CMP (2), HJ (2), ESAT (1), SESSAD (1). Enfin le milieu associatif est cité 4 fois sans précision de la structure (qui peut donc relever de l'IME, de l'ITEP ou encore d'un SESSAD), avec 1 fois la mention de l'ADAPEI.

Enfin, si toutes les bibliothèques déclarent s'inscrire dans une démarche de médiation (qu'elle soit formalisée ou non dans un service propre), seules 3 disposent d'un service labélisé « handicap ».

Une tendance s'en dégage : celle de bibliothèques plutôt en position de réaction, qui mettent à profit la fréquentation de groupes issus de ces structures pour développer des partenariats, pas tous formalisés, en les intégrant à leur politique d'accueil. Une exception notable est cependant constituée par un établissement qui démarche de façon systématique les structures de santé mentale, ayant développé une politique en direction du handicap qui comprend la dimension psychique. Une réelle enquête nationale serait intéressante pour confirmer ou non cette tendance, dont nous allons voir qu'elle se retrouve dans les exemples de partenariats.

Témoignages

Si la littérature professionnelle consacrée à notre sujet n'est pas très développée, nous avons néanmoins trouvé des témoignages de partenariats très intéressants dans le *Bulletin des bibliothèques de France*, l'ouvrage *Handicap et bibliothèque* édité par l'ABF et les actes des journées d'études « Bibliothèques et santé mentale » organisées par la COBB en 2006.

Nous proposerons, après l'exposé des visites de terrains, une synthèse des questionnements liés à notre sujet tenant compte des terrains et de ces sources complémentaires.

Visites de terrains

Durant la préparation de ce travail, nous avons eu l'occasion de visiter deux bibliothèques municipales et un hôpital de jour engagés dans des actions de partenariats. Nous allons exposer les éléments principaux de leurs démarches.

Bibliothèque municipale de Rennes

La bibliothèque municipale de Rennes n'a pas de service tourné spécifiquement vers les publics dits empêchés ; un service de médiation était en cours de création au moment de cette visite. Différents partenariats n'en existent pas moins vis-à-vis des publics hospitalisés, incarcérés, en maison de retraites, etc., principalement par le biais du service du Prêt aux collectivités (PAC), service sous la responsabilité de Mme Marie-Annick Marion.

C'est à la demande de l'unité de psychiatrie infanto-juvénile Sirius que le partenariat s'est mis en place, en 2004. Ayant cerné un besoin d'abord en terme de collections (« Disposer d'une offre moderne, adaptée à la culture des jeunes accueillis »), l'unité s'est tournée vers le PAC pour disposer d'un dépôt permanent, à l'égal d'autres structures du territoire rennais. Selon la psychologue de l'unité cela correspondait aussi à la prise de conscience par l'équipe d'une évolution du public de l'unité vers des jeunes plus scolarisés, plus en demande de supports culturels variés et en phase avec les centres d'intérêts de leurs pairs adolescents.

C'est en effet à l'accueil d'adolescents ou « préadolescents » (de 10 à 16 ans) qu'est destinée l'unité Sirius. Elle fonctionne au sein du centre du Bois Perrin, service de psychiatrie infanto-juvénile du Centre hospitalier Guillaume Rognier (CHGR) et propose 12 lits selon la formule d'un internat de semaine : les jeunes sont soit scolarisés par le biais de l'unité de scolarisation de Bois Perrin, soit en collège ou lycée ordinaire (les

deux formules n'étant pas exclusives l'une de l'autre dans le temps) ; ils réintègrent leurs familles pour le week-end. L'unité est placée sous la responsabilité d'un médecin psychiatre et est animée par une équipe qui comprend une psychologue clinicienne et plusieurs équipes d'infirmiers.

Le choix des ouvrages du dépôt se fait en concertation dans les locaux du PAC, à la bibliothèque La Borderie. Il est renouvelé tous les huit mois et porte, dans le cas de l'unité Sirius, sur environ 300 documents. À chaque sélection à la BM, plusieurs adolescents du CHGR accompagnent l'infirmier chargé du dépôt. Mme Marie-Annick Marion leur présente un choix d'ouvrages et les fait parler de leurs attentes. Ce moment est vu comme crucial aussi bien par cette dernière que par la psychologue de l'unité. L'enjeu, comme pour les visites en bibliothèques de quartier ou les activités extérieures, étant d'amener les patients au lien social par l'échange autour d'intérêts qui leur soient propres.

Depuis 2006, le dépôt s'accompagne d'une participation des jeunes de l'unité à la manifestation « Bulles en fureur ». Initiée en 1991 par la direction départementale de la protection judiciaire de la jeunesse (PJJ), « Bulles en fureur » associe de nombreux partenaires autour de la remise d'un prix de bande dessinée (« Bulles en fureur – André Georges Hamon »). Pour ce faire des jurys sont constitués dans les structures partenaires (maisons d'arrêt, centres éducatifs fermés, associations de quartier, collèges, etc.) pendant une période de dix mois, impliquant environ 800 jeunes, dont une majorité sont suivis par la PJJ. Dans ce cadre, Marie-Annick Marion a proposé qu'un jury soit constitué à l'unité Sirius. Elle se déplace au CHGR, au mois de février, pour présenter la présélection à un public élargi (patients de l'unité, animateur du groupe et patients d'autres unités), durant environ une heure et demie. Les ouvrages étant déposés au CHGR à cette occasion, les adolescents travaillent ensuite avec un animateur sur cette sélection jusqu'au vote départemental où ils envoient un représentant, accompagné de l'animateur du groupe.

Cette participation permet donc aux patients de l'unité d'une part de s'inscrire dans une manifestation culturelle d'envergure nationale, d'autre part de travailler en groupe, d'échanger, autour des bandes dessinées. Il y a cependant un problème de calendrier qui ne permet pas aux adolescents impliqués de participer au point fort de l'opération : elle se déroule selon un calendrier plus civil que scolaire (de janvier à octobre), la journée nationale se tenant en effet après la coupure estivale, en octobre. Outre le fait que ce soit peu pratique pour une opération tournée vers les jeunes d'âge scolaire, là où ceux qui sont scolarisés dans le circuit classique peuvent sans doute suivre d'une classe à l'autre, cela se révèle plus compliqué pour les jeunes du CHGR. En effet, certains d'entre eux ayant quittés l'unité après la limite d'âge (16 ans), d'autres ayant réintégré un circuit scolaire classique et cette journée nationale ayant de plus lieu un samedi, jour où les jeunes ne sont pas présents à l'unité, leur participation à cette journée n'a pas été possible pour le moment depuis le début du partenariat. Cette absence de participation est aussi vivement regrettée par les responsables de l'unité que par ceux du PAC.

Pour le PAC, l'opération est vue comme correspondant parfaitement à sa mission première : amener le livre dans la ville, en touchant des publics qui ne fréquentent pas ou très peu les bibliothèques de quartier.

Le partenariat, sous ses deux aspects, est vu comme crucial par la psychologue de l'unité Sirius. D'un point de vue documentaire, il apporte à la fois la possibilité de profiter de l'expertise de la BM, en terme de pertinence et d'actualité de la collection proposée, et d'échange entre les professionnels et patients du CHGR et professionnels de la BM. En terme d'action culturelle, il inscrit les adolescents dans une opération culturelle d'envergure et offre un support propice à des échanges en groupe.

Cet exemple montre bien à nos yeux à quel point il est nécessaire de connaître l'organisation, le fonctionnement institutionnel des partenaires et leurs objectifs spécifiques, y compris dans leur dimension thérapeutique – qui s'avère, nous le verrons plus loin, d'une grande complexité, et qui n'est pas sans conséquences sur le type d'accueil et d'actions à mettre en place en bibliothèque. Il illustre aussi que les actions entreprises exigent que soient bien définies leurs conditions de mise en œuvre (horaires, lieux, calendrier, etc.), par chacun des partenaires. Ceci implique un travail préparatoire en amont, une élaboration commune de l'opération dans ses différentes étapes, ainsi qu'une réflexion sur l'articulation des visées spécifiques à chacun. La contractualisation, via une convention, même minimale, peut être ici d'une grande aide.

Nous verrons peu à peu que cette nécessaire articulation des objectifs de chacun doit, selon nous, se faire au cas par cas, pour chaque partenariat, en l'inscrivant dans les missions et objectifs généraux de l'établissement certes, mais sans se contenter d'un affichage de ces objectifs généraux qui ne les détaillerait pas dans une confrontation à ceux du partenaire.

Hôpital de jour pour adolescents L'Olivier, Saint-Brieuc

L'hôpital de jour L'Olivier, à Saint-Brieuc, est une structure pour adolescents dépendant du CHS de secteur (Centre hospitalier Saint-Jean de Dieu de Dinan). Il propose 10 places à temps plein et un accueil à temps partiel, la journée, pour une file active de 25 patients, qui lui sont adressés par des CMPP, CMP, IME ou collèges.

L'équipe se compose d'un pédo-psychiatre (50 % ETP), d'un cadre de santé chef de service (80 % ETP), trois infirmiers, deux éducateurs spécialisés, deux psychologues, une psychomotricienne et une secrétaire. J'ai été reçu par Mmes Audrey Chevalier et Patricia Delamare, respectivement éducatrice et infirmière. La mission de l'hôpital de jour est avant tout d'être un lieu de soin pour des pathologies psychiques variées, avec une dimension d'accueil particularisé (un lieu où l'on « vient se poser ») et une volonté de travailler sur la construction de liens, de relations, en vue d'une réintégration au tissu social. Il organise une classe thérapeutique en collège.

Plusieurs outils sont mobilisés par l'équipe : entretiens médicaux, entretiens psychothérapeutiques et ateliers thérapeutiques, ces derniers comprenant des activités telles que la photographie, l'équitation, des sports et un « atelier bibliothèque » deux fois par semaine (depuis 2007). Les adolescents se rendent en petit groupe de trois à la BM de Saint-Brieuc, sur les horaires d'ouverture au public, encadrés par deux accompagnateurs de l'hôpital de jour. Leurs emprunts se font sur une carte collective.

Le livre est abordé comme une occasion de travailler à la fois à la BM, sur une dimension de relation sociale, et dans la structure, sur une dimension de prise de parole dans le groupe. Il sert aussi de support à d'autres ateliers. La structure n'a pas d'attentes

documentaires spécifiques, aucune collection ou éditeur n'ayant été repéré comme particulièrement adapté : ce sont les adolescents qui font leur choix. Cependant la démarche autour du livre n'est pas vue comme une « bibliothérapie » (le terme étant vu comme un concept qui a eu son moment de mode plus que comme une démarche spécifique).

Le groupe utilise l'ensemble des services de la BM : le prêt, mais aussi la lecture et l'écoute sur place, ainsi que la consultation d'Internet, la visite d'expositions, l'heure du conte. L'accueil par les professionnels de la BM est loué par les encadrants pour la disponibilité et l'individualisation mises en œuvre. Ils cherchent à ce que les jeunes s'adressent directement aux bibliothécaires, la relation n'étant médiatisée par les accompagnateurs qu'à la demande particulière de certains.

Si l'atelier est formalisé par un document de projet au niveau de l'hôpital de jour, il ne l'est pas en tant que partenariat du côté de la BM. Pourtant cette dernière s'y implique de différentes façons : l'accueil est sensibilisé à la fréquentation des groupes de jeunes patients, des modules prévus pour le public jeune sont adaptés et proposés aux groupes de l'hôpital, une visite particulière du fonds patrimoniale a été organisée à l'initiative de la BM et cette dernière tient la structure informée de ses activités culturelles.

Notons enfin que, suite à mes questions, les professionnels de l'hôpital de jour m'ont dit ne pas inscrire du tout leur démarche de soin dans la notion de handicap. L'approche est celle de la psychothérapie et de la favorisation du lien social et le terme même leur semble faire barrage à ces missions.

Cet exemple nous semble poser la question d'une définition des objectifs pour la bibliothèque, notamment à travers la définition de l'adresse de son action : est-ce ici à l'institution elle-même, à ses représentants, ou au public que ceux-ci amènent à fréquenter la bibliothèque que nous nous adressons ? Nous reviendrons sur cette question dans notre dernier développement autour des enjeux de ces partenariats.

Le cas illustre aussi le fait que le partenariat n'a pas forcément à se développer dans un cadre contraint ou spécifique (type accueil de groupe hors ouverture), lorsque certains objectifs de l'institution croisent largement ceux de la bibliothèque : ici la volonté de l'hôpital de jour d'amener les jeunes à faire l'usage le plus libre possible de la bibliothèque rencontre bien la volonté de cette dernière d'organiser un accueil pour tous. Si dans ce type de cas il n'est pas nécessaire pour la bibliothèque d'inscrire cette fréquentation dans un programme spécifique, la réussite repose néanmoins sur un travail préalable autour de l'accueil et une formation des personnels aux spécificités de ces publics (qui peut prendre la forme, comme ici, d'échanges entre l'équipe de la bibliothèque et celle de la structure de santé).

Bibliothèque municipale Fessart, Paris XIX^e

La bibliothèque Fessart fait partie du réseau municipal parisien, c'est l'une des plus anciennes bibliothèques de quartier de ce réseau et elle est toujours située dans son bâtiment d'origine, d'environ 400 m², datant des années trente. Elle est l'une des six bibliothèques « pôles sourds » du réseau.

J'y ai été reçu par Mmes Véronique Javon, assistante de bibliothèque, responsable du pôle sourd, et Sophie Pellé, agent d'accueil, qui est la principale animatrice des actions du partenariat que nous allons décrire. L'entretien s'est de plus déroulé avec l'aide d'un interprète en LSF, Sophie Pellé étant elle-même sourde et ce, bien que Véronique Javon soit formée à la LSF, afin de faciliter l'échange.

Véronique Javon s'occupe de l'accueil sourd à la bibliothèque et elle est à l'origine, avec sa directrice Mme Carolle Peltier, du recrutement par la ville, en 2007, de Sophie Pellé (sur un contrat d'avenir). Le souhait de la bibliothèque est d'approfondir leur démarche d'accueil par cet emploi.

L'origine du partenariat est fortuite : l'une des infirmière de l'hôpital de jour Salneuve étant lectrice à la bibliothèque Fessart, elle a pu y observer des animations en direction des sourds (heure du conte, accueil en LSF) et a proposé un projet de partenariat en direction des enfants de l'hôpital.

L'hôpital de jour Salneuve est en effet spécialisé dans la prise en charge d'enfants psychotiques, autistes et présentant des déficits sensoriels associés (visuels ou auditifs). Il fonctionne en tant qu'hôpital de jour de psychiatrie infanto-juvénile non sectorisée, sous la gestion de l'association loi 1901 Gombault-Darnaud et en convention avec le service de psychiatrie infanto-juvénile du groupe Pitié-Salpêtrière. Situé à Aubervilliers, il accueille 28 enfants de 3 à 16 ans issus du nord de l'Île-de-France.

Le partenariat fonctionne depuis deux ans et a été formalisé dans une convention depuis un an. Outre Sophie Pellé, il implique une personne relais entendante à la bibliothèque et deux éducatrices spécialisées, une infirmière et une psychologue à l'hôpital de jour. Les actions mises en place dans ce cadre sont de deux ordres : d'une part un accueil d'un petit groupe d'enfants (3 ou 4), accompagnés de deux éducatrices, à la bibliothèque pour une heure du conte en LSF une fois par mois, d'autre part un déplacement, deux à trois fois par mois, de Sophie Pellé à l'hôpital de jour pour animer des séances de contes, touchant là un groupe élargi à une dizaine d'enfants.

Concernant les collections de la bibliothèque, il n'est pas fait appel à des éditions adaptées (mais plutôt à des adaptations des animations : temps plus court, rythme différent) et il n'y pas eu d'impact du partenariat sur la politique documentaire. Le choix se porte cependant, pour l'animation, sur des livres assez simples pour permettre de mimer, de traduire en signes et de s'appuyer sur des images.

Sophie Pellé déclare avoir eu une certaine appréhension face aux psychotiques et autistes au démarrage du partenariat, appréhension dépassée par un intérêt croissant pour le travail avec eux. L'importance d'une séparation des rôles est soulignée : la régulation des comportements agités est le fait des éducatrices, sans qui l'opération ne pourrait avoir lieu. S'il y a des discussions avec les éducatrices sur la régulation des interventions, Sophie Pellé voit son rôle comme devant se limiter à celui de bibliothécaire.

Il est à noter que cette répartition des rôles n'empêche nullement que la présence de la bibliothécaire puisse avoir des conséquences dans le parcours des enfants. Ainsi il m'a été fait part du cas d'un enfant sourd se considérant longtemps comme entendant. Appareillé, mais ne percevant que les bruits, il est passé peu à peu, au contact de Sophie

Pellé, d'un refus total de sa condition de sourd à une acceptation lui ayant permis, à terme, de quitter l'hôpital de jour pour rejoindre une école pour enfants sourds. Ce parcours a bénéficié du contact avec une sourde se présentant à l'hôpital et à la bibliothèque comme vivant une vie professionnelle avec des responsabilités, dans un cadre ordinaire. Le fait de côtoyer une sourde en dehors du contexte sanitaire aide aussi certains enfants à s'autoriser et à apprivoiser l'usage de la LSF.

Pour les animations se passant à la bibliothèque, il y a une volonté affirmée de mixité des publics. Pas pour l'animation elle-même, qui se fait en LSF, mais dans le fait qu'elle prenne place dans l'espace jeunesse de la bibliothèque aux horaires d'ouverture. Il y a donc une visibilité de la LSF, de la présence des enfants psychotiques et autistes, ainsi que d'une professionnelle handicapée. Il y a eu quelques réactions de peur des parents, mais une communication au cas par cas semble permettre d'outrepasser ces premières réactions. De fait, il n'y a pas de communication plus développée sur ce partenariat en direction du grand public.

La communication se fait essentiellement en direction des collègues du réseau parisien. Il y a une volonté de faire connaître l'opération dans un cercle plus large, notamment à travers ALPHABib, mais la chaîne de décision (du réseau parisien) n'a pas encore donné son feu vert.

La communication est aussi limitée par la capacité d'accueil qui est déjà à son maximum avec ce partenariat : d'autres structures pourraient en profiter, tel l'IMP voisin de la rue de Belleville, qui accueille des enfants utilisant la LSF simplifiée, mais ne pouvant accueillir plus de groupes actuellement la bibliothèque n'initie pas les demandes.

Ce partenariat est donc fortement placé sous l'intitulé « handicap », les deux partenaires tenant à son utilisation. On voit que l'usage qui en est fait privilégie une démarche de déstigmatisation, avec l'importance accordée à la mixité des publics, à la visibilité du handicap dans un contexte professionnel. Enfin il repose sur l'investissement particulier d'une personne elle-même en situation de handicap, dans son métier et en direction d'un public très spécifique. Ce terrain illustre particulièrement au moins deux points : d'abord, le bénéfice qu'on peut tirer de tels partenariats – tant du point de vue de la dynamique professionnelle des personnels de bibliothèques que de celui de notre visée de démocratisation de l'accès au savoir et de mixité sociale ; mais aussi combien nous devons garder à l'esprit les limites de notre action, si nous souhaitons bien ne pas en rester aux déclarations d'intention. En effet, étant donné les contraintes matérielles souvent fortes, ces partenariats ne peuvent se multiplier inconsidérément sans diagnostic préalable des moyens qui peuvent y être consacrés. Selon les cas, ils pourront être initiés de façon contingente (venue spontanée d'un professionnel du secteur sanitaire ou médico-social), ou ciblés (notamment en fonction de la proximité géographique de telle ou telle institution).

Entretiens complémentaires

En parallèle aux visites de terrains et pendant la période exploratoire de ce travail, nous avons aussi eu l'occasion de mener un certain nombre d'entretiens avec des

psychologues-cliniciens sensibles à la thématique de la culture dans les institutions de soin⁵⁸.

Ces entretiens nous ont permis de nous rendre compte de la complexité organisationnelle du champ thérapeutique et ont à ce titre compté dans le choix d'une approche descriptive des institutions sanitaires et médico-sociales. Ils ont aussi appuyé le questionnement critique de la notion de handicap et de ses usages. Interroger plus avant des terminologies apparemment consensuelles leur semblait important pour ne pas passer à côté de la diversité des théories et des applications propres à leur champ (il y aurait d'ailleurs matière à poursuivre le questionnement sur des notions comme « santé mentale », « malade mental », qui ne semblent plus rencontrer les mêmes explorations critiques que dans les années soixante-dix du siècle dernier).

Certaines de leurs remarques (sur l'hyper-règle, dont nous reparlerons, ou la trop grande variabilité des règles, la pluralité des approches thérapeutiques, etc.) nous ont aussi amené à prendre conscience de l'importance que pouvaient prendre les malentendus éventuels dans les partenariats, du fait de visées différentes, parfois non exprimées. La complexité du champ de la santé mentale fait ainsi qu'il est important de tenir compte de la demande spécifique qui en émane, mais sans jamais perdre de vue nos objectifs de démocratisation de l'accès au savoir par la prise en compte des publics spécifiques.

Nous allons maintenant proposer une synthèse des questionnements liés aux partenariats, tant pour les bibliothécaires que pour les professionnels de santé mentale, avant d'exposer les outils qui peuvent être potentiellement mobilisés pour dégager de bonnes conditions de réussite face à ces questionnements.

Synthèse des questionnements liés aux partenariats

La première appréhension des professionnels des bibliothèques concerne la complexité structurelle du champ de la santé mentale : ils ont souvent du mal à s'y repérer, à la fois parmi les institutions et au sein de celles-ci parmi les différents métiers. Si la réciproque est moins vraie, il n'en reste pas moins que les professionnels de santé mentale ne connaissent pas toujours bien non plus le contexte institutionnel des bibliothèques. En lien à cela, il s'agit aussi de tenir compte de la question des rôles de chacun des partenaires, des limites à poser entre eux, selon leurs champs de compétences spécifiques.

Viennent ensuite des appréhensions liées aux publics visés : selon les pathologies, des comportements déroutants, des propos peu compréhensibles, voire des attitudes agressives peuvent se faire jour. Ceci peut effrayer les bibliothécaires, comme compromettre le travail en direction de ces publics si le type d'accueil n'est pas à chaque fois défini spécifiquement et si un minimum d'explication sur les pathologies et/ou handicaps concernés n'est pas donné (cela peut se faire tout simplement lors des entretiens préalables à la mise en place du partenariat). Il y a donc une question de connaissance portée sur les pathologies, connaissance qui ne va pas elle-même sans questions : celles du secret médical, du respect individuel, de la « labellisation ». En effet les professionnels de santé mentale expriment eux aussi une appréhension liée à

⁵⁸ M. Benoît Delarue (CHGR), M. Sébastien Disdet (CHS Dinan), M. Alain Le Bouëtté (CHGR), Mme Caroline Pauthe-Leduc (CHGR, Institut Messenger, Laval).

leurs patients : celle d'éviter la stigmatisation ou l'usage de catégories qu'ils voient comme plus liées à une gestion politique et administrative des populations qu'à une démarche de soin.

Nous allons maintenant exposer ce qui nous semble pouvoir aider à répondre à ces appréhensions et permettre ainsi la construction de relations partenariales fructueuses et pérennes.

2. OUTILS ET CONDITIONS DE REUSSITE

Formalisation des objectifs

Nous avons vu que de nombreux partenariats pouvaient résulter de rencontres non programmées, de fréquentations libres de la bibliothèque. Il nous semble qu'un des dangers d'en rester à cet « opportunisme partagé », aussi utile soit-il pour initier des démarches, est celui d'une confusion quant aux objectifs de chacun des partenaires. De plus cela pose la question de la pérennité des actions engagées, en cas de changement de personnel d'un côté ou de l'autre notamment. Face à cela, une démarche de projet, avec des formalisations, mêmes succinctes, peut grandement contribuer à ancrer le partenariat dans le long cours.

Formalisation organisationnelle

Une démarche de projet peut ainsi partir des objectifs de la bibliothèque, en lien avec ses missions, et les décliner item par item pour aboutir à un projet de service. Là où existe déjà un projet de service formalisé qui inclut la dimension partenariale, il faut veiller à son actualisation constante au regard des opérations de terrain.

Une démarche de projet se construit grâce à une méthode (nomination d'un chef de projet, constitution d'un groupe projet pour une durée déterminée, etc.) qui est en générale bien connue des bibliothécaires et qui fait l'objet de nombreuses publications dans la littérature professionnelle.

La question de l'accueil des publics peut ainsi gagner à être abordée d'une manière transversale, en associant les collègues des différents services de la bibliothèque et de différents grades. Un travail sur les appréhensions des uns et des autres face aux publics spécifiques doit permettre aussi de bien placer le curseur entre la liberté de fréquentation de la bibliothèque et ses limitations réglementaires (éviter « l'hyper-règle » comme l'absence de limites claires).

Dans l'idéal la démarche de projet doit aboutir à un document clair qui récapitule les missions, les objectifs, les moyens mobilisés et les actions envisageables (sans exclure pour autant les propositions qui viendraient s'y ajouter du fait de partenaires) et qui puisse servir à démarcher d'éventuelles structures.

Formalisation des partenariats

De la même manière les partenariats, même déjà engagés, gagnent beaucoup à faire l'objet d'une formalisation conjointe, dans une démarche de contractualisation. Une

convention de partenariat, parfois très succincte, peut ainsi lister clairement les objectifs de chacun, les moyens employés et les conditions requises.

Cela doit être l'occasion de travailler sur les rôles de chacun. Notamment de bien préciser que toute la démarche de soin est bien du côté des soignants, que les bibliothécaires sont bien situés dans leurs spécialités (médiation culturelle, accueil), ainsi que de définir les conditions d'encadrement, qui sont très variables selon les pathologies, les groupes et le type d'animation ou d'accueil souhaité.

Le travail en amont (ou en retrait, entre professionnels, si le partenariat est déjà en cours) répond alors à des souhaits de formalisation claire souvent exprimés dans les témoignages.

La contractualisation par convention permet aussi de faire le point après une période donnée de fonctionnement, et de définir les adaptations éventuellement souhaitables, ainsi que de poursuivre le travail engagé au-delà des changements de personnes sur les postes impliqués. Elle est donc un gage de pérennité.

Forger une culture professionnelle

Nous avons insisté à plusieurs reprises, lors de cette étude, sur la complexité des structures et des notions mises en jeu. Face à cela il convient que les bibliothécaires aient à cœur de développer et/ou tenir à jour leur culture professionnelle sur toutes les thématiques engagées (santé mentale, handicap, structures de soin, etc.). Nous allons détailler quelques-uns des moyens de ce développement.

Veille locale et extérieure

Une veille locale peut-être réalisé en identifiant des structures ressources (classiquement : MDPH, tissu associatif, dont UNAFAM et ADAPEI, éventuel service des relations du CHS) et en leur demandant de fournir régulièrement de la documentation, ou d'en indiquer les moyens d'accès, sur le contexte institutionnel local. Les tutelles peuvent aussi être mises à contribution à ce propos : dans le cadre municipal ou intercommunal, peuvent exister des pôles santé-handicap, tournés vers le soutien aux associations, et une Direction Santé au sein de l'administration peut aussi être source d'informations. Dans le cadre départemental la Direction à l'action sociale peut être approchée en plus de la MDPH.

La veille professionnelle peut aussi profiter des sites Internet suivants :

- ADAPEI : sites localisés selon les départements
- ALPHABib : <<http://alphabib.bpi.fr>>
- Culture et Handicap : <<http://www.culture.gouv.fr/handicap/>>
- UNAFAM : <<http://www.unafam.org>>
- UNAPEI : <<http://www.unapei.org>>

Voyages d'études

Enfin elle peut être complétée par des déplacements auprès de structures ayant déjà une expérience similaire à celle que l'on souhaite mettre en place. Voire, pour les établissements qui en ont les moyens, par des voyages d'études à l'étranger.

Formation

En plus des catalogues de formation continue des acteurs classiques de la profession (ENSSIB, CNFPT, etc.) qui ont une offre régulière sur les thématiques du handicap, et des journées d'études organisées au niveau local, il peut être intéressant de profiter d'un partenariat pour organiser des formations partagées entre professionnels des bibliothèques et de la santé mentale. Les échanges à ce niveau très resserré peuvent être l'occasion pour les soignants et travailleurs sociaux d'exposer plus en détails les types de pathologies qu'ils traitent et les conséquences qu'elles peuvent avoir en terme d'accueil et d'animation. Elles peuvent aussi être l'occasion d'associer directement les publics visés (à déterminer au préalable avec les professionnels qui les prennent en charge, ou avec les associations qui les représentent).

La connaissance des pathologies est en effet importante pour ne pas en rester à des préjugés qui peuvent avoir des conséquences néfastes. Pour autant, s'il est bon de travailler cette dimension en amont, il faut conserver une position de respect des individus et du secret médical. Un intervenant bibliothécaire, animant un atelier avec un éducateur, un psychologue et des patients venus d'un hôpital de jour prenant en charge des psychoses assez lourdes, notait ainsi dans les conditions de réussite de l'atelier, outre son organisation en dehors des horaires d'ouverture au public, la nécessité pour lui de ne pas être au courant des pathologies de chacun pour conserver sa position d'accueil et laisser la relation de soin aux professionnels. La connaissance générale et détaillée des pathologies traitées par l'institution partenaire est nécessaire, mais la dimension du diagnostic précis de telle ou telle personne n'appartient qu'aux soignants.

Des formations à l'accueil spécifique sont aussi proposées par les associations regroupant les personnes en situation de handicaps et leurs proches. Leurs catalogues sont consultables sur Internet, aux adresses citées précédemment. Ces formations ont souvent l'avantage d'impliquer directement des gens en situation de handicap dans leur mise en œuvre.

Emploi de personnes handicapées

Enfin, au sein même de la culture professionnelle, la présence dans les services de la bibliothèque de personnes handicapées est une obligation légale, nous l'avons vu, mais aussi une chance à saisir pour construire des partenariats, ainsi que le montre l'exemple de la bibliothèque Fessart. Leur présence à l'accueil, de même, constitue un signe fort en direction des publics.

Approches de l'accueil pour tous

Nous avons vu que l'utilisation du terme « handicap » pouvait être problématique, aussi bien que parfois nécessaire et fécond. Une réflexion nous semble donc devoir être menée, dans les établissements, quant à son affichage dans les appellations de services et les supports de communication. De façon à ne pas s'enfermer à l'avance dans une

seule logique et à ne pas passer à côté de partenaires qui ne se reconnaissent pas dans le terme, mais à conserver pour autant le levier de visibilité qu'il est auprès d'autres partenaires, il est peut-être judicieux de veiller à l'inclure dans une appellation plus large, telle que « Services au publics ». Il revient à chaque établissement, en fonction de son histoire, de son contexte local et de son projet de service d'apprécier cette question à l'aune des éclairages critiques ici abordés.

Il nous semble de toute façon crucial que l'accueil pour les handicapés soit pensé dans un ensemble cohérent, avec celui de tous les publics, en dédiant un service ou un groupe de travail à la question de l'amélioration de l'accueil qui soit en mesure de définir une démarche transversale, faisant le lien avec la médiation et l'action culturelle, la conception des espaces, la politique documentaire et la communication.

Adapter l'accueil et l'accès aux documents pour les publics spécifiques doit en effet comprendre toutes les dimensions des services de la bibliothèque.

Accueil général

L'appréhension quant aux conduites pouvant résulter de pathologies mentales peut conduire les bibliothécaires, par protection, à ce que le psychologue Alain Le Bouëtté appelle de l'hyper-règle⁵⁹. Une attitude qui est faite d'application rigide du règlement de la bibliothèque dans ses dimensions restrictives, telles que l'exigence de silence, et dans les délais d'emprunt à respecter par exemple. Si une certaine souplesse peut être de mise, il faut veiller en même temps à ce que l'ensemble des agents d'accueil applique les mêmes règles, au risque sinon de perturber certains lecteurs (certaines affections mentales pouvant conduire à interpréter l'arbitraire comme persécuteur). Il y a donc une tension entre la recherche d'une attitude souple et l'exigence de régularité.

Cette dimension peut être travaillé en équipe, ne serait-ce qu'en opérant un retour critique sur le règlement, qui en fonction de l'ancienneté de son actualisation peut ne plus correspondre à un accueil moderne (on voit ainsi encore beaucoup de règlements de bibliothèques publiques qui reflètent plus la dimension administrative de la structure que celle, de loisir et d'accès à la culture, perçue par les usagers). Même si les procédures de changement, puis de validation, du règlement peuvent être longues (vote au Conseil de l'autorité de tutelle), elles peuvent aussi être l'occasion d'un réel travail en interne sur cette dimension.

Dans cette optique, il faut veiller à écrire le règlement (en prévoyant des exceptions, des souplesses justifiables, etc.) de manière à ce qu'il fixe un cadre et des limites sans figer par avance l'échange dans trop de rigueur administrative. Il faut surtout veiller à ce que chaque interdiction ou restriction puisse se justifier simplement auprès des lecteurs.

De même que la fréquentation de la bibliothèque s'inscrit pour le grand public dans une dimension de plaisir, la fréquentation par des personnes par ailleurs hospitalisées (ou « institutionnalisées ») s'inscrit, ainsi que le soulignent beaucoup de soignants, dans une dimension de liberté, notamment par rapport à un univers institutionnel souvent très régulé. Comme le dit le psychologue Alain Le Bouëtté :

⁵⁹ COBB-AGENCE DE COOPERATION DES BIBLIOTHEQUES ET CENTRES DE DOCUMENTATION EN BRETAGNE. *Dyptique « Santé mentale et bibliothèques »*, Journée 1, jeudi 9 mars 2006, Rennes, Centre hospitalier Guillaume Régnier, *Compte-rendu*. Rennes : COBB, 2006. p. 11.

*Quand les patients viennent à la bibliothèque, c'est parce qu'ils ont besoin de respirer. Ils ont besoin de liberté. Faites un pas supplémentaire avec eux, intéressez-vous à ce qu'ils ont envie de faire.*⁶⁰

Ainsi il convient, face à d'éventuels problèmes de violence de disposer d'un cadre clair, qui fixe des limites au tolérable, mais qui ne soit pas le prétexte à une intolérance à la différence. Dans les situations de violences, l'important est de ne pas rester seul, mais de faire intervenir un tiers, en la personne d'un collègue, voire la force publique si la situation l'exige.

Notons enfin que les formations évoquées précédemment peuvent jouer un grand rôle dans la manière dont les agents abordent ces questions.

Politique documentaire

S'il n'existe pas encore d'édition développée de documents « faciles-à-lire » en français, tels qu'il en existe en anglais, c'est-à-dire des livres adaptés selon des règles de présentation et de réécriture précises⁶¹, l'inclusion de la dimension du handicap mental dans la politique documentaire n'en reste pas moins possible. Notamment par le biais d'une réflexion sur la présentation des collections. Nous pensons ici au mélange des collections jeunesse et adulte qui se développe actuellement dans certaines bibliothèques municipales. Il apparaît en effet qu'elle est l'occasion, pour des lecteurs adultes maîtrisant mal la langue française en raison de diverses situations, de se tourner plus facilement vers des documents prévus pour les jeunes, de niveau de lecture plus aisé.

Concernant les affectations psychiatriques, il n'y a pas de spécificité documentaire à développer, si ce n'est peut-être de profiter des contacts avec les patients et leurs soignants pour se renseigner sur les thématiques les plus à même de les intéresser.

Signalétique spécifique

En matière de signalétique spécifique deux démarches méritent qu'on s'y attarde, le pictogramme S3A et le projet Pictomédia. Ce sont deux démarches différentes, qui peuvent se révéler complémentaires.

Le pictogramme S3A (« Symbole d'accueil, d'accompagnement et d'accessibilité ») est un symbole créé par l'UNAPEI, associé à une norme (NF X 05-050) depuis mai 2000, suite à une collaboration avec l'AFNOR et d'autres partenaires (tels La Poste, la SNCF, la Direction des musées de France, etc.). À l'instar du symbole devenu courant du fauteuil roulant servant à identifier les places de stationnement réservées, les bâtiments ou cheminements accessibles ou encore les taxis accessibles, il doit servir à identifier les produits, services, structures et prestations de toutes natures qui sont rendues accessibles aux handicapés mentaux grâce à la mise en œuvre de moyens humains et techniques. Il peut ainsi être apposé sur des bâtiments, des guichets d'accueil, des badges d'identification, des appareils informatiques, des brochures, etc. Son utilisation par une structure la signale aux handicapés mentaux et à leurs proches comme ayant réalisé une démarche particulière d'accessibilité en leur direction. En effet son apposition est soumise à des engagements quant aux adaptations et aménagements



⁶⁰ *Ibid.* p. 22.

⁶¹ Cf. : IFLA, *Directive pour les documents faciles-à-lire*. [en ligne] <<http://www.ifla.org/VII/s9/nd1/iflapr-59f.pdf>>

mis en œuvre. L'UNAPEI a édité un *Guide de l'accessibilité*⁶² qui détaille, par niveaux d'exigence, l'ensemble des actions à engager pour pouvoir apposer le pictogramme. Les bibliothèques qui souhaiteraient s'engager dans cette démarche doivent se tourner vers l'UNAPEI pour les détails de la procédure d'accréditation.

Le même guide de l'UNAPEI donne aussi des indications applicables à la signalétique courante d'une bibliothèque, en terme de typographie à préférer, de suivi des indications, etc.

Le projet Pictomédia, présenté en juillet dernier dans le *Bulletin des bibliothèques de France*⁶³, est un projet conjoint de la société Maïa Interactiv et d'un IME. L'idée est de développer un ensemble pictographique cohérent à destination des déficients mentaux et destiné à améliorer leur autonomie en milieu ordinaire. Il peut être intéressant de l'utiliser ou de s'en inspirer, d'en discuter avec des partenaires locaux, dans la visée d'une signalétique complémentaire de tout niveau.

Informatique adaptée

De manière à favoriser au mieux l'autonomie des publics, il convient aussi de profiter des réinformatisations pour inclure la dimension de l'accessibilité généralisée dans les cahiers des charges correspondant. Cela peut concerner le site Internet de la bibliothèque, le catalogue informatique, ainsi que les automates de prêt.

Là encore les associations, dont l'UNAPEI, peuvent être des ressources précieuses.

Communication

Enfin, pour que la démarche de la bibliothèque soit bien connue il convient de communiquer sur les opérations de partenariats engagées. D'une part en direction des institutions, dans un souci d'information professionnelle, mais aussi en direction du grand public. Il nous semble en effet que pour que l'accueil des publics spécifiques soit compris par tous les usagers comme une des missions de la bibliothèque il faut le mentionner clairement, dans les plaquettes et autres éléments distribués, sur le site Internet, dans la presse locale, etc. Cela peut contribuer à faire baisser les risques de rejet et de stigmatisation, comme contribuer à donner une image valorisante de la bibliothèque.

3. ENJEUX PROFESSIONNELS, SOCIAUX, THERAPEUTIQUES

Nous allons maintenant, avant d'en venir à notre conclusion, exposer les enjeux professionnels, tels que nous pensons pouvoir les identifier pour les bibliothécaires comme pour les professionnels de santé et du travail social.

⁶² UNAPEI-UNION NATIONALE DES ASSOCIATIONS DE PARENTS DE PERSONNES HANDICAPÉS MENTALES ET DE LEURS AMIS. *Guide de l'accessibilité*. [en ligne] <<http://www.unapei.org/IMG/pdf/GuidePratiqueAccessibilite.pdf>>

⁶³ MUZUMDAR, Girish. Pour l'autonomie des personnes handicapées mentales : le projet Pictomédia. *Bulletin des bibliothèques de France*, 2009, n° 5, p. 53-60. [en ligne] <<http://bbf.enssib.fr/consulter/bbf-2009-05-0053-012>> [consulté le 30 octobre 2009].

Du côté des bibliothèques

Répondre à une exigence éthique

Il faut tout d'abord rappeler que l'exigence d'être au service de toutes les composantes de la population est au fondement de l'identité professionnelle des bibliothèques. Intégrée à leurs missions, cette exigence de service public se double d'une exigence éthique : celle d'œuvrer à traduire concrètement cette exigence, au-delà des vœux pieux. Il se trouve que cette exigence éthique est désormais formulée par la loi en ce qui concerne les personnes en situations de handicap.

La participation à une démarche générale de déségrégation qu'implique l'exigence d'accueil non discriminant vient croiser et renforcer un autre enjeu du travail des bibliothèques publiques, en l'espèce de la démocratisation de l'accès à la culture. L'exclusion sociale qui accompagne encore souvent le handicap ou la maladie mentale fait en effet que nous nous adressons là à des publics qu'il nous tient à cœur de faire venir dans nos établissements à double titre.

Diversifier les publics

En effet, ces partenariats peuvent représenter une part intéressante des outils à la disposition des bibliothécaires pour répondre au souci, de plus en plus prégnant, d'œuvrer à la mixité des publics. Sans revenir ici sur les discussions des milieux intéressés aux politiques culturelles concernant un échec, ou une pause, de la démocratisation culturelle, bornons nous à noter qu'avec un taux de fréquentation estimé selon les enquêtes à une fourchette allant de 28 %⁶⁴ à 35 %⁶⁵ de la population, des marges de progression sont envisageables.

L'intérêt alors particulier d'un travail avec les secteurs sanitaire et médico-social est de toucher un public qui n'est pas ciblé en fonction de critères de profils socioprofessionnels (même s'il y a peut-être des particularités sociologiques à ces publics qu'il serait intéressant d'explorer), ce qui ajoute une dimension à la palette des approches à la disposition des bibliothécaires. Si les débats sur de possibles prévalences de telle ou telle pathologies dans tel ou tel groupe social sont politiquement sensibles, nous avons au moins la certitude statistique qu'en ce qui concerne la schizophrénie et l'autisme, pour se limiter à deux exemples, l'incidence du milieu social sur la fréquence de la maladie est nulle (schizophrénie : 1 % de la population, quelque soient les milieux sociaux et les pays). Il y a là l'indice qu'une approche par la santé mentale peut être un moyen, parmi d'autres, d'approcher des milieux traditionnellement éloignés de la lecture. Notons que cela peut aussi contribuer, en touchant les proches, les familles, les professionnels, le milieu associatif, etc. au rayonnement et à la notoriété de la bibliothèque.

Profiter d'un retour sur nos pratiques, outils et services

Enfin un enjeu potentiellement très fécond pour les pratiques professionnelles des bibliothécaires réside dans cette confrontation à des publics qui, du fait de leurs

⁶⁴ *Les pratiques culturelles des Français à l'ère numérique*, ministère de la Culture, 2008.

⁶⁵ Enquête CREDOC-ministère de la Culture, 2005.

difficultés spécifiques, peuvent amener à repenser l'organisation, la présentation et le fonctionnement des outils et des services d'une bibliothèque.

Que ce soit la présentation physique des ouvrages, leur classement, l'utilisation du catalogue ou des automates, ou encore les différentes règles qui régissent le service, être à l'écoute des personnes accueillies peut amener les bibliothécaires à simplifier, à clarifier leurs méthodes en cherchant à aller à l'essentiel de ce qui fait leur métier : favoriser au mieux les contacts avec les productions culturelles.

Du côté sanitaire et médico-social

Bibliothérapie et autres démarches de soin

On pourra s'étonner qu'il n'ait pas encore été fait mention dans cette étude de la bibliothérapie. C'est tout simplement qu'aucun des professionnels que nous avons rencontré n'en a fait mention spontanément et qu'aucun des ouvrages consultés ne s'y réfère autrement que de façon trop allusive pour en tirer un enseignement. Étonné par cette absence, nous avons interrogé en ce sens les thérapeutes rencontrés lors des visites de terrains et des entretiens complémentaires. Les réponses ont variées d'un aveu d'ignorance de ce terme à l'opinion selon laquelle il était à la mode à une époque d'accoler le suffixe -thérapie à toute pratique conduite avec les patients (on nous a ainsi citée l'équithérapie). Pour autant le CHGR à Rennes dispose officiellement d'un art-thérapeute : question de terminologie ? Pas uniquement. De fait la bibliothérapie, qui a été étudiée par Françoise Alptuna dans le cadre d'un mémoire d'étude de l'ENSSIB, en 1994⁶⁶, est une approche essentiellement anglo-saxonne, tournée vers le renforcement de l'estime (grâce aux *self help books*), et qui est peu usitée en France, du moins dans cette dimension « orthodoxe ». Car proposant par ailleurs de s'appuyer sur la possibilité qu'offre la lecture de développer un travail sur le lien à autrui, elle est utilisée dans cette acception-là, sans qu'il soit nécessairement fait usage du terme.

De fait il est nécessaire d'aborder chaque partenariat avec le milieu sanitaire au cas par cas, sans idée préconçue sur leur démarche de soin. Nous avons en effet souligné d'une part la pluralité des institutions de sanitaires et médico-sociales, d'autre part la pluralité théorique sous-jacente aux démarches thérapeutiques (orientation analytique, cognitivo-comportementale, systémique, etc.). Le nombre exponentiel de types de psychothérapies est lié à cette diversité théorique. L'essentiel est alors, via un travail entre professionnels, de clarifier les effets attendus par les partenaires, ou encore les dimensions (lien social, échanges de groupe, abord individuel du livre) qu'il souhaite mettre en jeu. Le livre, le film, le disque, apparaissent alors comme de formidables catalyseurs, qui couplés à la dimension sociale, ouverte, des bibliothèques permettent une très vaste gamme d'approches et de dispositifs, de l'atelier « fermé », réservé à un groupe constitué, à la fréquentation accompagnée en passant par les rencontres avec des auteurs et artistes. Ce sont des supports dont la polyvalence symbolique et pratique permet l'investissement par de nombreuses démarches.

⁶⁶ ALPTUNA, Françoise. Qu'est-ce que la bibliothérapie ?. *Bulletin des bibliothèques de France*, 1994, n° 4, p. 94-97. [en ligne] <<http://bbf.enssib.fr/consulter/bbf-1994-04-0094-011>> [consulté le 26 juin 2009].

La socialisation et l'intégration

Deux dimensions reviennent souvent dans les exemples exposés dans notre étude : celle de la socialisation et celle de l'intégration.

Les bibliothèques apparaissent ainsi à de nombreux partenaires comme un lieu idéal pour travailler avec leurs patients sur le lien social. C'est en effet un lieu associé plus au plaisir qu'à la contrainte (quoi que nous ayons dit des règlements...), où l'accueil est perçu comme exempt de discrimination et qui est apprécié pour l'espace qu'il offre à la liberté. À une époque qui voit un certain regain des dispositifs de contrôle de l'espace public, elles sont louées à l'inverse pour leur ouverture sans condition ni contrôle a priori (la consultation sur place pouvant s'y faire dans l'anonymat). Une « grande ouverture » qui se fait rare dans la cité et qui intéresse à plus d'un titre les professionnels engagés dans des démarches vers l'intégration.

La ré-intégration au tissu social en milieu « ordinaire », ainsi disent les professionnels, est en effet l'un de leur objectifs. Dans le champ culturel on peut ainsi citer l'exemple connu de la compagnie théâtrale professionnelle Catalyse, formée autour de la metteuse en scène Madeleine Louarn par des patients d'un ESAT de Morlaix. Leurs créations, *Le Songe d'une nuit d'été*, *Alice*, *Que nuage*, ont marqué la scène théâtrale nationale de ces dix dernières années.

Si les bibliothèques peuvent, et doivent, contribuer à cet objectif pour certains types de handicap, il ne faut pas non plus oublier qu'un travail avec des institutions sanitaires peut amener à côtoyer des personnes atteintes de pathologies qui les écartent de cette possibilité. « Certaines pathologies sont aussi incurable que la vie », nous a-t-on dit.

Conclusion

Nous souhaitons, à l'issue de cette étude inciter une nouvelle fois les bibliothécaires à profiter d'une attention renouvelée du politique et de la société pour les problématiques de santé mentale, afin d'élargir nos publics (et de répondre par là à une exigence de service public), de multiplier les partenariats (et de faire connaître ainsi nos établissements dans des réseaux) et d'avoir des retours critiques féconds sur nos pratiques de l'accueil.

Nous pensons qu'il faut pour autant faire attention à ne pas coller sans recul critique aux signifiants d'un discours politique ou sanitaire qui renvoie aussi à un ensemble conflictuel (les approches psychothérapeutiques et cognitivo-comportementale ne portant pas du tout le même projet) et ne correspond pas toujours à la manière dont les acteurs de terrain définissent leur action.

Le vrai sens du partenariat passe ainsi selon nous par l'écoute et l'échange, en vue d'élaborer en commun des projets, de façon à ne pas se présenter comme si nous venions répondre à une demande que nous préjugerions, mais plutôt avec la volonté affirmée d'élaborer ensemble la demande et la réponse, y compris avec les principaux intéressés, dans une démarche visant à objectiver les attentes sans jamais aliéner la subjectivité de ceux à qui l'on entend s'adresser.

Bibliographie

Ouvrages

ANDISSAC, Marie-Noëlle (dir.) *et al.* *Handicap et bibliothèque*. 2^e édition revue et augmentée. Paris : Association des bibliothécaires de France, 2009. 175 p. Collection Médiathèmes. ISBN 978-2-900177-32-7.

AZÉMA, Bernard, *et al.* *Classification Internationale des Handicaps et santé mentale*. Paris : Centre technique national d'études et de recherches sur les handicaps et les inadaptations, 2001. 129 p. Collection « Point sur ... ».

BEUF, P. (coord.). *La santé mentale comme observable*. Actes du Colloque, Nîmes, 20-23 avril 1989. Paris : Éditions INSERM. 557 p.

BROUARD, Cécile (dir.). *Le Handicap en chiffres*. Paris : Centre technique national d'études et de recherches sur les handicaps et les inadaptations, 2004. 77 p. [en ligne] <www.ctnerhi.com.fr/fichiers/ouvrages/handicap_chiffres_2004.pdf> [consulté le 20 septembre 2009].

CALENGE, Bertrand. *Accueillir, orienter, informer : L'organisation des services aux publics dans les bibliothèques*. Paris : Éditions du Cercle de la librairie, 1996. 429 p. Collection Bibliothèques. ISBN 2-7654-0625-1.

COBB-AGENCE DE COOPERATION DES BIBLIOTHEQUES ET CENTRES DE DOCUMENTATION EN BRETAGNE. *Dyptique « Santé mentale et bibliothèques », Journée 1, jeudi 9 mars 2006, Rennes, Centre hospitalier Guillaume Régnier, Compte-rendu*. Rennes : COBB, 2006. 29 p.

COBB-AGENCE DE COOPERATION DES BIBLIOTHEQUES ET CENTRES DE DOCUMENTATION EN BRETAGNE. *Dyptique « Santé mentale et bibliothèques », Journée 2, jeudi 16 novembre 2006, Plérin, Centre culturel Le Cap, Compte-rendu*. Rennes : COBB, 2006. 82 p.

CONSEIL GÉNÉRAL DU VAL D'OISE. Direction des personnes handicapées, Bibliothèque départementale. Journée d'étude (2004). *L'accueil en bibliothèques des personnes en situation de handicap*. Pontoise : Direction de la communication, 2005. 45 p.

DECLERCK, Patrick. *Les Naufragés : avec les clochards de Paris*. Paris : Plon, 2001. 457 p. Collection Terre humaine. ISBN 2-259-18387-5.

DELAPORTE, Yves. *Les Sourds, c'est comme ça : Ethnologie de la surdimutité*. Paris : Maison des sciences de l'homme, 2002. 398 p. ISBN 2-7351-0935-6

DELAPORTE, Yves et PELLETIER, Armand. « *Moi, Armand, né sourd et muet...* ». Paris : Plon, 2002. 460 p. Collection Terre Humaine. ISBN 2-2591-9497-4.

DUTON, Frédéric. *La lecture à l'hôpital : état stationnaire, critique ou convalescent ?* Préf. de Guy Cobolet. Villeurbanne : Presses de l'enssib, 2005. 114 p. ISBN 2-910227-63-4.

EVANS, Christophe, CAMUS, Agnès et CRETIN, Jean-Michel. *Les habitués : Le microcosme d'une grande bibliothèque*. Préf. De Christian Baudelot. Paris : Bibliothèque publique d'information - Centre Georges Pompidou, 2000. 323 p. ISBN 2-84246-043-X.

GODFRYD, Michel. *Les maladies mentales de l'adulte*. Paris : Presses universitaires de France, 2008. 127 p. Collection Que sais-je ? ISBN 978-2-13-056653-3.

HAMONET, Claude. *Les personnes handicapées*. Paris : Presses universitaires de France, 2006. 127 p. Collection Que sais-je ? ISBN 2-13-055640-X.

IRWIN, Marilyn M. et WALLING, Linda Lucas (dir.) *et al. Information services for people with developmental disabilities: The Library Manager's Handbook*. Westport : Greenwood Press, 1995. 344 p. Greenwood Library Management Collection. ISBN 0-313-28780-5.

KIPMAN, Simon-Daniel (dir.). *Dictionnaire critique des termes de psychiatrie et de santé mentale*. Paris : Doin, 2005. ISBN 270401163X.

LIBERMAN, Romain. *Handicap et maladie mentale*. Paris : Presses universitaires de France, 2003. 127 p. Collection Que Sais-je ? ISBN 2-1305-3253-5.

MORVAN, Jean-Sébastien. *Représentations des situations de handicaps et d'inadaptations*. Paris : Centre technique national d'études et de recherches sur les handicaps et les inadaptations, 1997. 375 p. ISBN 2-87710-105-3.

MOTTEZ, Bernard. *Les Sourds existent-ils ?*. Paris : L'Harmattan, 2006. 392 p. Collection La Philosophie en commun. ISBN 2-2960-0119-X.

PETIT, Michèle. *L'art de lire : ou comment résister à l'adversité*. Paris : Belin, 2008. 265 p. Collection Nouveaux mondes. ISBN 978-2-7011-4659-1.

POUPÉE-FONTAINE, Dominique et ZRIBI, Gérard. *Dictionnaire du handicap*. Rennes : Éditions de l'École nationale de santé, 2002. 327 p. ISBN 2-85952-845-8.

Articles

ALPTUNA, Françoise. Qu'est-ce que la bibliothérapie ? *Bulletin des bibliothèques de France*, 1994, n° 4, p. 94-97. [en ligne] <<http://bbf.enssib.fr/consulter/bbf-1994-04-0094-011>> [consulté le 26 juin 2009].

BRUGIÈRE, Gérard. Santé mentale et bibliothèques. *Bulletin des bibliothèques de France*, 2007, n° 3, p. 111-112. [en ligne] <<http://bbf.enssib.fr/consulter/bbf-2007-03-0111-009>> [consulté le 29 avril 2009].

DÉGEZ, Camille et WOHLGEMUTH, Danièle. Lire à l'hôpital : recommandations institutionnelles. *Bulletin des bibliothèques de France*, 2008, n° 5, p. 26-30. [en ligne] <<http://bbf.enssib.fr>> [consulté le 25 octobre 2009].

DELAPORTE, Yvan et LEVISALLES, Nathalie. Le monde du silence. *Libération*, 25 avril 2002.

DOUGNAC, Marie-Hélène. Bibliothèques publiques et handicap mental. *Bulletin des bibliothèques de France*, 2003, n° 2, p. 121-122. [en ligne] <<http://bbf.enssib.fr/>> [consulté le 17 juin 2009].

GUÉRIN, Claudie. Pourquoi et comment travailler avec l'hôpital ?. *Bulletin des bibliothèques de France*, 2008, n° 5, p. 31-37. [en ligne] <<http://bbf.enssib.fr>> [consulté le 25 octobre 2009].

MISES, Roger et QUEMADA, Nicole. Classification des handicaps en pathologie mentale de l'enfant et de l'adolescent : incapacités, désavantages et retentissement sur la qualité de vie familiale. *L'information psychiatrique*, 70, 5, 1994. p. 453-462.

MUZUMDAR, Girish. Pour l'autonomie des personnes handicapées mentales : le projet Pictomédia. *Bulletin des bibliothèques de France*, 2009, n° 5, p. 53-60. [en ligne] <<http://bbf.enssib.fr/consulter/bbf-2009-05-0053-012>> [consulté le 30 octobre 2009].

PETIT, Michèle. L'art de lire : ou comment résister à l'adversité. *Bulletin des bibliothèques de France*, 2009, n° 2, p. 126-127. [en ligne] <<http://bbf.enssib.fr/>> [consulté le 29 octobre 2009].

TOUZAN, Stéphanie. Les usagers déficients intellectuels en bibliothèque. *Bulletin des bibliothèques de France*, 2009, n° 5, p. 49-52. [en ligne] <<http://bbf.enssib.fr/consulter/bbf-2009-05-0049-011>> [consulté le 30 octobre 2009].

VIDON, Gilles. Quelques données de base pour aborder le concept de réhabilitation. *Nervures*, 1994, 7, 3. p. 20-24.

Sites Internet consultés

ALPHABib, Améliorer L'accueil des Personnes Handicapées en Bibliothèques. <<http://alphabib.bpi.fr/>> [consulté le 10 juillet 2009]

CENTRE HOSPITALIER GUILLAUME-RÉGNIER. *Chiffres clés*. <<http://www.ch-guillaumeregny.fr/02-presentation/02-sommaire.html>> [consulté le 5 juin 2009]

COFEMER (Collège enseignants médecine physique et de réadaptation MPR). <<http://www.cofemer.fr/>> [consulté le 20 juillet 2009]

CTNERHI, Centre technique national d'études et de recherches sur les handicaps et les inadaptations. <<http://www.ctnerhi.com.fr>> [consulté le 20 septembre 2009]

FRANCE. Ministère de la santé et des sports. Direction générale de la santé. Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins. Direction générale des affaires sociales. *Dossier santé mentale*. [en ligne]
<http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/sante_mentale/sommaire.htm> [consulté le 5 juin 2009]

MAIA INTERACTIVE. Pictoméda. <<http://www.pictomedia.com>> [consulté le 30 octobre 2009]

OMS | Organisation mondiale de la santé. <<http://www.who.int/fr/>> [consulté le 20 juillet 2009]

VILLE DE RENNES. *Les directions de quartiers*. [en ligne]
<<http://www.rennes.fr/index.php?id=1833&id=1833>> [consulté le 5 juin 2009]

Documentation administrative

CENTRE HOSPITALIER GUILLAUME-RÉGNIER. *Charte du développement culturel*. Rennes : CHGR, 2005. 4 p.

IFLA. *Directive pour les documents faciles-à-lire* [en ligne]
<<http://www.ifla.org/VII/s9/nd1/iflapr-59f.pdf>> [consulté le 13 septembre 2009].

UNAPEI-UNION NATIONALE DES ASSOCIATIONS DE PARENTS DE PERSONNES HANDICAPÉS MENTALES ET DE LEURS AMIS. *Guide de l'accessibilité*. [en ligne]
<<http://www.unapei.org/IMG/pdf/GuidePratiqueAccessibilite.pdf>>

VIENNOT, Nicolas. *La Bibliothèque municipale de Rennes : publics actuels, publics potentiels*. Rennes : Direction générale Culture, 2006. 35 p.

VILLE DE RENNES. Direction générale culture, Bibliothèque municipale. *Contrat d'objectifs des bibliothèques*. 2007. 10 p.

Table des annexes

ANNEXE 1 – CHARTE DU DEVELOPPEMENT CULTUREL - CHGR DE RENNES.....	75
ANNEXE 2 – ABREVIATIONS SPECIFIQUES.....	79

Annexe 1 – Charte du développement culturel - CHGR de Rennes

CHARTRE DU DEVELOPPEMENT CULTUREL
du C.H. “Guillaume REGNIER”
de Rennes

“Grâce à l’art, au lieu de voir un seul monde, le nôtre, nous le voyons se multiplier, et plus il y aura d’artistes originaux, plus nous aurons de mondes à notre disposition”.

Marcel PROUST

Décembre 2005

PREAMBULE :

Une convention nationale entre le ministère de la santé et le ministère de la culture, signée le 4 mai 1999, a créé une synergie, accueillant les projets des différents hôpitaux. Elle permet des liens étroits avec les artistes et les différents équipements culturels de la cité. Le Centre Hospitalier Guillaume Rénier, déjà engagé dans des pratiques culturelles et artistiques, s’est associé pleinement à ce processus en lien avec la Direction Régionale des Affaires Culturelles. Il intègre ce développement culturel dans son projet d’établissement à travers cette charte.

La Culture au CHGR est un vecteur essentiel pour tout citoyen. Elle permet notamment aux patients de sortir de l’isolement du à la maladie. Elle favorise la création de nouveaux liens. Elle suppose un accompagnement à la création et des ouvertures de l’établissement à son environnement. Elle produit des espaces de rencontres soutenus par les projets de service et les associations du CHGR où chacun selon sa place peut s’exprimer selon son désir. Elle se veut plus proche des personnes et va au devant d’elles. Quant aux artistes, ils s’enrichissent à se confronter à d’autres publics, à d’autres espaces.

INTRODUCTION :

Le Centre Hospitalier a soutenu depuis de nombreuses années la mise en place de médias, d'espaces, de passerelles à l'intérieur de l'établissement et dans la cité avec des intervenants artistes. Selon le choix inhérent à chaque projet de service, ces pratiques artistiques et culturelles peuvent être favorisées afin d'en permettre l'accès aux usagers et aux agents.

Les pratiques culturelles et artistiques restent peu connues et peu diffusées. Il s'agit d'en promouvoir la diffusion vers la cité. Cela suppose la création de liens privilégiés avec les équipements culturels de la région par le moyen de conventions, de jumelages et d'actions communes afin d'agir sur le long terme.

L'information culturelle et la valorisation des actions supposent des temps d'échanges, des groupes de travail, de rencontres.

Cette charte, après proposition aux services intéressés permet une mutualisation des élaborations et des actions.

Elle s'inscrit dans l'histoire déjà longue des rencontres entre l'art et la psychiatrie et formalise cette nouvelle dynamique.

PRINCIPES GENERAUX :

Article 1 :

La culture est une autre approche pour aborder le quotidien de la psychiatrie. Les projets culturels et artistiques concernent l'ensemble des services et structures du Centre Hospitalier Guillaume Régnier. Ils s'adressent à tous les patients, quelque soit leur pathologie et leur âge.

Article 2 :

Chaque service ou structure est libre d'adhérer à la charte.

Article 3 :

L'adhésion suppose une inscription des pratiques culturelles dans le projet de service, garantie d'un suivi régulier des actions, d'un accompagnement et d'une attention aux projets des intervenants artistes. Chaque partenaire, tout en conservant son identité et ses références s'ouvre à la rencontre, au débat et au partage de ses interrogations.

LES PROJETS CULTURELS :

Article 4 :

Les projets culturels s'appuient sur le désir de chacun (professionnels et patients) d'en devenir les acteurs. L'initiative de participer ou pas, de produire, d'exposer, de

participer aux bilans et projets doit être garanti. Les projets non seulement existent, mais doivent aussi s'interroger, évoluer voire s'arrêter.

Article 5 :

Le projet de développement culturel suppose des espaces, des passerelles, des temps réguliers d'ateliers mais aussi des séjours culturels, des sorties, des accueils d'artistes en résidence, des participations à des actions dans la cité avec divers publics... Ces moments et ces temps peuvent être individualisés ou partagés à plusieurs. Ils peuvent être propres à l'établissement ou établis en convention avec l'Agence Régionale de l'Hospitalisation, la DRAC ou autres (fondations, associations...). Ils permettent des partenariats avec des acteurs culturels, associatifs, etc.

Article 6 :

Le projet de développement culturel doit tenir compte de deux dimensions : celle de la Culture fondée sur l'échange, le lien social et celle de l'Art accueil de l'exception, de la subversion, du dérangement.

LES ESPACES CULTURELS :

Article 7 :

Les espaces culturels accueillent et favorisent la circulation des savoirs, des expériences et des cultures singulières. Ils favorisent le sentiment d'appartenance et d'existence sociale.

Article 8 :

Les espaces culturels prennent appui sur la motivation, le dynamisme, la capacité d'invention et la réflexion des équipes et sur les savoirs, les compétences, les exigences créatives des intervenants artistes.

Article 9 :

Les espaces culturels doivent se situer dans des lieux particuliers de l'établissement favorisant les meilleures conditions de réalisation de ces moments artistiques. Les résidences d'artistes, les lieux culturels dans l'établissement permettront de nouer des contacts avec la cité à partir des moments culturels initiés dans l'établissement.

LA COMMISSION CULTURELLE :

Article 10 :

Pour garantir les principes généraux énoncés dans la chartre et promouvoir le projet de développement culturel de l'établissement, une commission culturelle sera créée.

Article 11 :

La commission culturelle associant des représentants des associations et des services de l'établissement, de médecins représentants de la Commission Médicale d'Etablissement, de représentants de la Direction et des usagers, assurera la transversalité, le suivi et le développement des actions entreprises.

Annexe 2 – Abréviations spécifiques

AAH – Allocation adulte handicapé
AES – Allocation d'éducation spécialisée
ARH – Agence régionale de l'hospitalisation
AVS – Auxiliaire de vie scolaire
CATTP – Centre d'accueil thérapeutique à temps partiel
CDA – Commission des droits et de l'autonomie
CDES – Commission départementales de l'éducation spéciale
CHS – Centre hospitalier spécialisé
CIDIH – Classification internationale des handicaps
CIEN – Centre interdisciplinaire sur l'enfant
CIF – Classification internationale des fonctionnements, des handicaps et de la santé
CIH – Classification internationale des handicaps
CIM – Classification internationale des maladies
CMP – Centre médico-psychologique
CMPP – Centre médico-psycho-pédagogique
COTOREP – Commission technique d'orientation et de reclassement
ESAT – Établissements et services d'aide par le travail
DSM – *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*
FIPHFP – Fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique
IME – Institut médico-éducatif
IM Pro – Institut médico-professionnel
INSERM – Institut nationale de la santé et de la recherche médicale
ITEP – Institut thérapeutique, éducatif et pédagogique
LSF – Langue des signes française
MAS – Maison d'accueil spécialisé
MDPH – Maison départementale des personnes handicapées
RASED – Réseau d'aide spécialisé
SAVS – Section d'accompagnement à la vie sociale
SESSAD – Service d'éducation spécialisée et de soins à domicile
SIMH – Système d'identification et de mesure du handicap
SVA – Services pour la vie autonome
UNAFAM – Union nationale des amis et familles de malades psychiques
UNAPEI – Union nationale des associations de parents de personnes handicapées mentales et de leurs amis