

Diplôme inter-universitaire,
2010/2011

Université Lille 2
Référent mémoire : Aude Caria

*La prise en charge de la souffrance
psychique en hébergement :
Analyse d'une pratique*

Bernard Avez
Educateur Spécialisé

Table des matières

I.	Introduction-----	2
II.	Evolution historique des modes de prise en charge : de l'asile à la ville.-----	4
III.	Historique de l'association ARELI-----	10
IV.	Accession au logement pour les personnes en situation de souffrance psychique-----	-14
V.	Situation de Michel...-----	16
VI.	Installation et premiers signes de difficultés au « vivre ensemble »-----	18
VII.	La pension de famille c'est aussi Jacques...-----	23
VIII.	Et les autres-----	25
	Des nouvelles de Michel... (Conclusion)-----	27
	Bibliographie/discographie-----	28

I/ Introduction

L'hébergement de la personne en souffrance psychique pose deux problématiques majeures, car abordant deux domaines complexes de notre société.

La première concerne l'hébergement :

Au vu des actualités et des événements journaliers qui s'y rapportent, il n'est pas compliqué de s'apercevoir que nous touchons de près à une difficulté des politiques à mettre en place de nouveaux hébergements et à maintenir ces derniers dans un fonctionnement durable. Héberger c'est pouvoir offrir à tous un toit et un confort afin de permettre à chacun de pouvoir se poser, bénéficier d'une adresse et s'accomplir en tant que citoyen. C'est aussi faire partie de la Cité, partager une vie sociale et investir un lieu, une rue, un quartier, une ville.

La seconde concerne la souffrance psychique :

Cette dernière est synonyme d'une souffrance profonde à l'origine d'un trouble mental. L'anorexie mentale, la dépression, l'anxiété sont des troubles mentaux qui s'accompagnent souvent de souffrances psychiques. Les symptômes de souffrance psychique sont multiples. Parmi eux, on retrouve l'incapacité de se projeter dans l'avenir, d'utiliser ses relations sociales et son entourage, solitude affective et relationnelle, repli sur soi et baisse de l'estime de soi. Notion assez floue jusqu'à présent, la souffrance psychique est aujourd'hui prise en charge par la psychiatrie.

Les métiers du social et de l'hébergement ont été durant ces dernières années interpellés afin de mettre en place des structures plus adaptées et de tenter d'accompagner au mieux ces nouvelles populations.

Ouvrir la possibilité d'accompagner la souffrance dans la Cité, c'est aussi et surtout pouvoir trouver des partenaires adaptés, des réseaux fiables et des structures attachées à cette philosophie de travail. C'est aussi faire partie du réseau afin de devenir acteur du service d'accompagnement qui se met en place.

Utiliser cet hébergement pour que la personne en souffrance se porte mieux n'est pas chose aisée. Responsable d'une pension de famille (ou maison relais) accueillant, entre autres, des personnes en souffrance psychique, je vais tenter de vous démontrer que la tâche n'est pas des plus simples, mais qu'elle est une aventure de tous les jours. Que l'accession au logement reste possible mais que le travail d'accompagnement dans le logement reste primordial. Que partager un logement c'est aussi partager la vie des autres dans des lieux collectifs. Mais c'est aussi et surtout, faire partager aux autres ses angoisses et ses craintes.

Au cours de cette analyse de pratique je vais tenter de vous apporter, de part l'étude de deux situations au sein de la pension de famille, quelques réponses aux réussites mais aussi aux échecs que peuvent générer ces accompagnements.

II/ Evolution et historique des modes de prise en charge

Avant la loi de 1838, ou la préhistoire de l'asile...

L'histoire des soins aux malades mentaux ne peut être comprise qu'en référence au contexte contemporain social, politique et économique de chaque époque.

La plupart des sociétés semblent avoir reconnu certaines formes extrêmes de comportements comme preuve d'une instabilité. Le point à partir duquel un tel comportement est défini comme relevant de la « folie » dépend du degré des troubles et de l'attitude de la société à l'égard de la déviance. Les soins dispensés aux personnes atteintes de troubles mentaux et du comportement ont ainsi toujours reflété les valeurs sociales qui influent sur la perception de la maladie mentale dans la société.

La manière dont les individus atteints d'un trouble mental ou du comportement sont traités varie selon l'époque et le lieu. Tantôt, il leur a été témoigné le plus grand respect (dans certaines sociétés où on les considérait comme intermédiaires entre les dieux et les morts), tantôt ils ont été battus et condamnés au bucher (notamment dans l'Europe du Moyen-Age et de la Renaissance avec les procès et les exécutions de sorciers), tantôt, encore, on les a enfermés dans de vastes institutions où ils étaient parfois examinés comme des curiosités (certains établissements organisaient des visites) et tantôt, enfin, on les a soignés en les intégrant dans la communauté à laquelle ils appartenaient.

Quelle que soit la forme concrète prise, l'histoire des soins aux malades mentaux révèle cependant une perpétuelle mise à l'écart de ces malades, plus ou moins explicite selon les époques. Cette mise à l'écart va s'exprimer à la fois à travers l'enfermement, l'exclusion et

l'éloignement du regard. Le discours est toujours double, il s'agit à la fois de prendre en charge et d'éloigner, de les protéger et de protéger la société des désordres qu'ils pourraient causer.

Ainsi, dans la Rome classique, la « folie » était-elle considérée comme un problème devant être traité à l'intérieur du cercle familial. Les attitudes négatives à l'égard du malade mental n'apparaissent alors que lorsque la famille faisait défaut. La tolérance classique de la maladie mentale trouvait ses racines dans le fait que, pour les classes dominantes tout au moins, la folie était une maladie causée par un déséquilibre des quatre « humeurs » d'Hippocrate (phlegme, sang, atrabile et bile) auxquelles étaient associés quatre tempéraments : lymphatique, sanguin, atrabilaire et colérique. La maladie mentale pouvait donc être soignée en équilibrant les humeurs.

A l'époque médiévale, cette conception a été abandonnée. La domination politique et sociale de cette période était largement exercée par l'église à travers le mode féodal de production. L'interprétation contemporaine de certaines parties de la bible est venue influencer les attitudes vis-à-vis de la maladie mentale, la « folie » étant alors perçue comme le résultat d'un péché et l'œuvre du diable.

Des pèlerinages thérapeutiques étaient organisés : à Saint-Mathurin de Larchant près de Nemours en Seine-et-Marne, à Saint-Hildevvert de Gournay en Seine maritime ou encore, exemple plus célèbre car une colonie familiale s'y est installée : Sainte-Dymphne de Geel en Belgique. C'est à cette époque également qu'un type particulier d'« hébergement » aurait été utilisé sur le Rhin et les canaux du Nord : la nef des fous (*Le Narrenschiff*), bateau errant d'une ville à l'autre et récupérant les insensés. Le fou est ainsi chassé de la ville et enfermé à ses portes.

« Confier le fou à des marins, c'est éviter à coup sûr qu'il ne rôde indéfiniment sous les murs de la ville, c'est assurer qu'il ira loin, c'est le rendre prisonnier de son propre départ. (...) C'est vers l'autre monde que part le fou sur la folle nacelle, c'est de l'autre monde qu'il vient quand il débarque (...). Le fou n'a sa vérité et sa patrie que dans cette étendue inféconde entre deux terres qui ne peuvent lui appartenir » (Foucault, 1961, p.22).

La question de l'hébergement des fous commence à se poser au Moyen-Age. Des léproseries et maladreries situées aux portes des villes sont ré-ouvertes (la lèpre ayant disparu) pour accueillir les pauvres, parmi lesquels « **quelques pauvres d'esprit, incurables et insensés** ». (*Jean Colombier et François Doublet, 1785*)

La Renaissance voit l'accroissement des villes et de la précarité. Se pose alors la question de la gestion de ces masses de la population qui affluent vers les villes. Une nouvelle population apparaît : celle des mendiants qu'il faut gérer. On crée alors le Bureau de Pauvres, les maisons d'enfermement (prisons, dépôts de mendicité, pensions privées) se développent.

Peu à peu, les éléments progressistes de la pensée de la Renaissance ont prévalu et une attitude plus tolérante à l'égard de la maladie mentale est revenue. Cette tolérance est cependant à replacer dans le contexte social du capitalisme émergent. Le malade mental, comme le mendiant valide, est alors perçu comme une main d'œuvre potentielle. Les structures asilaires ont d'abord été développées comme un lieu d'enfermement pour de nombreux groupes antisociaux ou improductifs, le malade mental ne formant qu'une sous-catégorie des individus internés.

Une évolution se dessine cependant dès la première moitié du XIX-e- siècle, dans les mentalités et dans les conceptions médicales. On assiste alors à une série de bouleversements institutionnels et conceptuels, desquels sont issus une bonne partie des héritages difficiles à gérer aujourd'hui en matière de soins de santé mentale. La santé mentale est considérée comme un objet légitime d'investigation scientifique, la psychiatrie est devenue une discipline médicale et les personnes atteintes de troubles mentaux sont désormais considérées comme relevant de la médecine.

La loi du 30 juin 1838 organisant la prise en charge des aliénés apparaît comme la première réponse sanitaire réellement proposée aux malades mentaux, qui étaient jusqu'alors souvent placés en prison ou dans des institutions pour les indigents, dépôts de mendicité, si leur comportement troublait l'ordre social.

Ce texte législatif impose l'existence d'un « asile d'aliénés » par département, ou la signature d'une convention avec un autre département.

Après la période de l'enfermement en asile psychiatrique dominée par cette loi, mise en place par les deux principaux élèves de Pinel, novateur de la psychiatrie sous la révolution, le toulousain Esquirol (1722-1840) et le briançonnais Ferrus (1784-1861) et qui organisent l'hospitalisation dans les établissements publics et privés, la protection des malades et de leurs biens, il a fallu attendre 1922 pour voir apparaître les premiers dispensaires d'hygiène mentale officiellement créés par la circulaire du 13 octobre 1937, alors que la profession d'infirmier psychiatrique venait d'être établie.

Parallèlement, le développement des électrochocs, des neuroleptiques et de la psychanalyse changèrent complètement les données médicales de la psychiatrie.

Ce ne sera qu'après la deuxième guerre que les médecins des hôpitaux psychiatriques étudieront un système de soins alternatif à celui de l'internement en asile.

A la suite de ces réflexions, une simple circulaire ministérielle (en date du 15 mars 1960), tente une ouverture des hôpitaux psychiatriques, en développant l'offre de soins dans la communauté, et en tentant de mettre en place l'orientation des malades vers une réinsertion dans leur milieu socio-familial.

Le secteur psychiatrique est né entraînant un changement radical des mentalités des soignants. Ce changement apparaissait d'autant plus important que de nouvelles disciplines comme la psychologie, l'anthropologie et les services sociaux apportaient à la santé mentale une dimension de santé publique. L'hospitalisation en milieu fermé ne devenait alors qu'une étape possible du suivi du malade mental, parmi d'autres options thérapeutiques.

Le traitement du malade dans son cadre de vie naturel par une équipe de secteur pluridisciplinaire médicale et soignante spécialisée devient le credo de la pratique.

Actuellement, l'internement, mode exclusif d'accès aux soins psychiatriques s'est considérablement raréfié : 70 % des personnes prises en charge par les services publics de psychiatrie ne sont jamais hospitalisées (mais exclusivement suivies en ambulatoire) et 80% des personnes hospitalisées en psychiatrie le sont librement.

En trente ans, ce système de soins est passé de l'hospitalo-centrisme le plus absolu à un système ouvert et communautaire, mais avec de grandes disparités régionales.

C'est le décret du 14 mars 1986 (décret n°86.602-J.O 19 mars 1986) qui régit l'organisation technique et les moyens d'interventions spécifiques. Jusqu'alors, seules les circulaires de 1960, et surtout celle de 1974, avaient défini l'esprit dans lequel devait être organisé et développé le dispositif extrahospitalier, mettant l'accent sur deux points essentiels :

- L'autonomie et la souplesse d'intervention et d'orientation dont doit pouvoir bénéficier l'équipe médico-sociale
- La possibilité de choix entre les différents moyens logistiques d'intervention.

En fait, ces circulaires recommandaient entre autres que soient menées des expériences variées, afin de mieux définir les structures adaptées aux besoins des divers types sectoriels : urbains, ruraux ou mixtes.

Ce sont donc souvent, à l'initiative des équipes de secteurs que des moyens logistiques d'intervention se sont développés.

Ces services comportant ou pas des possibilités d'hébergement.

On compte donc maintenant une variété de structures de prises en charge : centres d'accueil permanents, les centres médico-psychologiques, hôpitaux de jour, ateliers thérapeutiques, centres d'accueil thérapeutiques, services d'hospitalisation à domicile, unités d'hospitalisation à temps complet, centres de crises et d'accueil permanents, hôpitaux de nuit, appartements thérapeutiques et les centres de post-cure. Enfin, le placement familial thérapeutique, qui organise le traitement des malades mentaux de tous âges, placés dans les familles d'accueil, pour lesquels le maintien ou le retour à leur domicile ou dans leur famille ne paraît pas souhaitable ou possible.

Par ailleurs, les mutations économiques et sociales que connaît la société française de la fin des années 1970 ont engendré le développement massif de la précarité. Cette précarisation générale est à l'origine d'une souffrance psychique à laquelle sont confrontés au quotidien les professionnels de la santé mentale et les travailleurs sociaux. Il fallait alors trouver des alternatives, afin de pouvoir héberger des personnes en souffrance psychiques et, de surcroît, présentant une précarité avérée.

En 1995, un rapport rédigé sous la direction du professeur Antoine Lazarus attirait l'attention sur « cette souffrance que l'on ne peut plus cacher », une souffrance psychique en lien direct avec une société précaire marquée par l'obsession de la perte, en l'occurrence, celle des objets sociaux (argent, emploi, logement, statut,...)

Durant l'année 2000, les 830 secteurs de la psychiatrie générale ont suivi plus d'un million de patients. Ce nombre est en augmentation régulière de près de 5% par an, soit 11% depuis 1997 et 62% depuis 1989.

Entre 1989 et 2000, les structures ont évolué, avec une diminution de 49% du nombre de lits d'hospitalisation à temps plein, un fort développement des centres d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP) et un meilleur accès aux centres médico-psychologiques (CMP) dont tous les secteurs sont maintenant équipés.

Les soins sont maintenant réalisés à 85% en ambulatoire, et le nombre de patients suivis à temps partiel a doublé en 12 ans.

Le nombre de personnes hospitalisées a toutefois augmenté, mais les hospitalisations tendent à être plus courtes (la durée moyenne d'hospitalisation est ainsi passée de près de 86 jours en 1989 à 45 en 2000). (*M.Coldefy et E.Salines, DREES, N°342, octobre 2004*)

Cependant,

Le rapport Piel/Roelandt (juillet 2001) fait grand bruit car il souligne un secteur sinon sinistré, du moins qui se dégrade. Sont particulièrement mis en cause une dégradation du secteur sanitaire dans le champ mental (fermeture de lit, manque de structures alternatives,...), une insuffisance des moyens financiers et humains alors que les tâches dévolues au secteur psychiatrique ne cessent d'augmenter (+60% entre 1989 et 2004 selon un rapport de la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques).

Suite à ce rapport mais surtout du fait du « drame de Pau », en 2005, naît le plan « Santé mentale 2005-2008 », avec quatre priorités : l'investissement financier, les moyens humains, l'amélioration de la formation des infirmiers et enfin le développement des alternatives à l'hospitalisation.

Psychologie clinique et psychopathologie ; Antoine Bioy Damien Fouques, Dunod, Paris, 2008 .

III/ Historique de l'association ARELI

Le 12 avril 1953 est née l'ADATARELI, l'association d'aide aux français d'Algérie de la région lilloise, avec pour objectif premier de remédier au problème crucial d'hébergement des travailleurs immigrés venus participer à la reconstruction de la France et à son développement industriel.

Depuis, son rôle et son nom ont été redéfinis.

Dénommée aujourd'hui ARELI, elle s'est adaptée naturellement aux évolutions de l'immigration et de la pauvreté en France.

Les années 90 annoncent de profondes évolutions : mutation de public, du statut social des résidents et des métiers.

On assiste en effet à une montée de la précarisation dans la société qui se retrouve de manière criante dans les foyers.

Les statuts sociaux se composent et se décomposent au gré des aléas de la vie. La mission de l'association suit ces évolutions et accentue son volet social.

Il faut désormais s'adapter à un public d'immigrés vieillissants et aux nouveaux résidents en situation précaire.

D'autre part, il apparaît nécessaire de faire évoluer les logements, qui ne sont plus des lieux de passage mais des lieux de vie.

En 1994, l'association modifie ses statuts pour ouvrir son activité aux nouveaux publics et accueillir ainsi des jeunes défavorisés, des familles, des personnes âgées et des personnes handicapées.

En 1997, la paupérisation des résidents, leur vieillissement et l'accueil de plus en plus important de Français en situation de rupture sociale et économique (30% du public accueilli) incite l'association à organiser et intensifier l'accompagnement social de ses résidents.

C'est ainsi qu'est né le service d'intervention social ARELI qui compte aujourd'hui une dizaine d'intervenants sociaux (assistante sociale, éducateur spécialisé, conseillère en économie sociale et familiale,...).

Cette équipe apporte une aide administrative, une information sociale individuelle et collective et organise de nombreuses animations pour ouvrir les structures sur l'extérieur.

Courant 2000, la réhabilitation des structures d'accueil se met en place afin de changer de cap. Les anciens foyers de travailleurs migrants sont transformés en résidence sociale, et fin 2009, la première pension de famille ouvre ses portes.

De construction neuve, elle bénéficie d'un financement de l'ordre de 14€ par nuitée et par logement provenant de la Direction Départementale de la Cohésion Sociale (DDCS). Le reste du financement est porté par l'association.

La résidence est composée de 22 logements de types T1 et T1'. Parmi ces 22 studios, deux sont destinés à l'accueil de personnes à mobilité réduite.

La structure intègre également une laverie, un garage à vélo, un petit jardin, ainsi qu'une salle d'activité et de convivialité destinée à faire se rencontrer les résidents et tenter de créer un lieu géré par ces derniers.

Cette salle est équipée d'une télévision, d'une cuisinière et des ustensiles nécessaires à la préparation de plats ainsi que de jeux de société, de magazines et d'un petit coin bibliothèque.

Une animatrice à mi-temps, est chargée de dynamiser la structure mais aussi d'accompagner les résidents dans des démarches administratives qui pourraient s'avérer compliquées pour ces derniers.

Le responsable de la structure est chargé de la gestion administrative des lieux, mais aussi de l'accompagnement des résidents, de leur suivi de synthèse, de la rencontre avec les professionnels et de la bonne tenue de la vie de la résidence.

Le responsable de la structure est présent tous les jours de la semaine, sauf le dimanche et les jours qui nécessitent une absence pour les rendez-vous en extérieur. Néanmoins, aucun service de veilleur de nuit n'est en place ; les résidents savent qu'ils sont seuls et que la tranquillité de leur logement dépend en grande partie d'eux-mêmes.

La maison relais accueille 22 résidents de plus de 40 ans, homme ou femme seuls, ayant connu un parcours résidentiel compliqué. Parmi les résidents, quatre sont orientés par le CMP de la commune.

Ces derniers ont des troubles du comportement et présentent des souffrances psychiques. Leur faire accéder à un logement autonome devrait leur permettre d'accéder au mieux à une vie plus ordinaire tout en gardant un suivi psychiatrique coordonné par l'hôpital de jour.

Afin de donner un aperçu de la situation de l'hébergement des personnes en souffrance psychique, vous trouverez ci-dessous quelques chiffres concernant les lieux multiples et éclatés qui accueillent ces personnes.

Les enquêtes de l'UNAFAM confirment souvent les données qui ont résulté de l'enquête du CERMES (1992) et publiées en 1995 dans l'ouvrage de Martine Bungener « trajectoire brisées, famille captives » (Edition INSERM-ISBN)

- 25% des personnes en situation de handicap psychique vivent en institution, à 75% ce sont des établissements sanitaires, 25% sont sociaux.

- 40% de ces personnes vivent dans leur famille, soit chez leurs parents, parfois très âgés, soit dans un logement mis à leur disposition par un parent ou un proche. C'est souvent une situation sous contrainte, il ne s'agit pas réellement d'un logement personnel.
- 35% selon l'enquête, disposent d'un logement personnel mais seulement 25% y vivent. On a noté que 3% vivaient en couple.

Mais la solution d'hébergement que nous proposons, à savoir, la pension de famille, est-elle adaptée à la demande ? La personne en souffrance psychique est-elle à même de se maintenir dans un logement et de passer outre ses souffrances en misant sur un investissement de son lieu de vie ? Comment organiser au mieux la coordination des acteurs du champ sanitaire et social, afin de garantir le meilleur accompagnement et maintien dans le logement ?

IV/ Accession au logement pour les personnes en situation de souffrance psychique.

De nos jours, la plupart des personnes en situation de handicap psychique (plusieurs centaines de milliers en France) habitent dans la Cité, plus ou moins bien accueillies et accompagnées.

La spécificité du handicap psychique ayant été reconnue tardivement (loi de février 2005), la société n'a pas encore apporté de solutions suffisantes à leurs besoins spécifiques en matière de logement, d'activité et d'accès à la vie sociale.

Dans le plus grand dénuement, ces personnes sont en proie à de grandes souffrances psychiques et alimentent en amont les cohortes d'exclus et de personnes sans domicile fixe (SDF).

Le type de logement auquel elles peuvent avoir accès dépend de leur capacité d'autonomie : on parlera d'hébergement médicalisé, d'hébergement médico-social, de logement accompagné ou de logement en milieu ordinaire aidé, c'est-à-dire en résidence sociale, avec accompagnement de la personne.

Ces solutions d'hébergements sont gérées par des institutions médico-sociales qui offrent un certain niveau d'encadrement par des soignants ou des travailleurs sociaux. La personne accueillie n'est pas locataire, sa situation reste donc provisoire.

Quand on parle de logement, il s'agit avant tout de solutions où la personne est locataire ou sous-locataire, ce qui suppose sa capacité à assumer ce statut soit seule, soit avec l'aide d'un tiers.

La personne qui réside chez ses parents ou chez un proche est hébergée et bénéficie de l'aide humaine de ce proche.

Comme nous le rappelle Mr Jean DYBAL, secrétaire général de l'UNAFAM national

Habiter dans la cité, pour la personne en situation de handicap psychique, nécessite toujours un accompagnement personnalisé. Il s'agit d'aider la personne à restaurer son « savoir habiter ».

Il faudra donc développer les services d'accompagnement à la vie sociale, notamment leur fonction d'intégration par le logement. Si dans certain nombre de cas cette intégration peut se faire directement dans un logement individuel en milieu ordinaire, dans la plupart des cas il est efficace de passer par une forme d'habitat collectif avec des parties privatives permettant une « resocialisation » grâce à l'animation d'activités communes, par une maitresse de maison ou un couple d'hôte (terme employés pour les responsables de maison relais ou pension de famille).

Leur présence sur les lieux contribue à la socialisation en encourageant les échanges entre les locataires d'une part, avec l'environnement local extérieur d'autre part. Elle permet d'instaurer à la fois un cadre sécurisant et intégrateur.

Cette accession au logement devient donc un élément essentiel à l'intégration, en effet, comme nous le fait remarquer l'UNAFAM par le biais de son magazine « Action habitat n°24 », nous devons faire face à la convergence de deux phénomènes : d'une part un besoin accru de logements pour des personnes ayant une pathologie psychiatrique avérée (schizophrénie, troubles maniaco-dépressifs) ou reconnues comme handicapées mentales ou psychiques, d'autre part une souffrance psychologique due aux effets de la précarité et de la misère.

Le logement représente la condition d'une vie autonome de nature à permettre aux personnes de reprendre confiance en elles, envers les autres et d'envisager l'avenir. Il est donc, à mon sens, nécessaire d'accompagner la vie des personnes en souffrance psychique et en situation d'exclusion, afin de faire face aux réalités que constitue le fait de vivre chez soi, et avec les autres.

« Les hôpitaux se vident, les places de stabilisation de longue durée manquent et on ne peut pas attendre de personnes stabilisées en une ou deux semaines qu'elles puissent se débrouiller seules. Les solutions durables doivent nécessairement passer

par des conventions et que le partenariat soit réciproque, nous ne pouvons absorber seuls les situations d'urgence, à chacun son métier. »

(Travailleur social d'une maison relais, action Habitat n°24)

Ce qui est significatif, ce n'est pas d'avoir un logement, mais bien de l'investir, économiquement aussi bien qu'affectivement.

Par l'observation et les accompagnements éducatifs que j'ai pu mettre en place, je vais tenter de vous donner un regard sur les quelques situations avec lesquelles je partage mes journées.

Effectivement, l'accès au logement ne peut être qu'une étape au retour à la vie autonome. C'est malgré tout l'accompagnement dans le logement qui doit être étayé davantage. C'est aussi avoir conscience des enjeux qui se mettent en place dans la vie du résident. Le challenge n'est pas des moindres, tant pour le travailleur social que pour le résident...

V/ Situation de Michel

« La pension de famille Paulette Roussel est un bateau, un navire, où chacun peut prendre la mer en tant que passager, pour un très long voyage ou pour quelques escales. Comme à bord d'un navire, il arrive en tant que voyageur, parfois comme équipage... »

Notre navire est neuf, il a pris la mer depuis un an et demi. L'équipage est en pleine découverte, mais la vie à bord y est agréable et chacun choisi son rythme... à la seule condition de ne pas déranger les autres. »

(Bernard Avez, responsable de la pension de famille)

Michel est arrivé pour la première fois à la pension de famille, en mai 2010. Accompagné de son frère, la rencontre s'est faite avec lui seul, ma chef de service et moi-

même afin de procéder à un entretien préalable à son passage en commission d'attribution. Conscient de ses difficultés, il est devenu très vite attachant et semblait sincère quant aux souffrances dont il pouvait nous faire part.

Agés de 41 ans, Michel nous décrit un parcours de vie chaotique et ce, après un évènement marquant : sa défenestration. C'est durant son service militaire que les premiers troubles se seraient installés.

En effet, suite à une envie de fuir cette autorité militaire, il aurait sauté par la fenêtre de sa chambre. Sa chute ne lui aurait pas causé d'atteintes somatiques mais le terrain psychologique, probablement propice à ce moment-là, aurait plongé Michel dans une profonde mélancolie. De plus, il nous fait part de troubles alimentaires.

Orienté vers la pension de famille, par une structure d'accompagnement du secteur, Michel nous fait part des problèmes qu'il rencontre avec son entourage dans le logement qu'il occupe actuellement. Logement partagé avec un autre patient du centre qu'il côtoie. Le suivi psychiatrique est pris en charge par le psychiatre, chef de pôle du secteur, et une équipe infirmière au fait de la situation et du projet de Michel.

Ce projet de Michel, est de tenter de trouver un équilibre dans un logement autonome tout en souhaitant ne pas rester seul. Les propos qu'il nous tient ne sont pas forcément cohérents pendant l'heure de l'entretien, mais l'équipe psychiatrique du secteur à l'air de bien connaître le patient et le projet de Michel correspond en partie, aux finalités du projet des logements que nous mettons en place au sein de la pension de famille.

De plus, Michel présente une capacité d'écoute et d'analyse. Ses raisonnements, même s'ils ne semblent pas appropriés à l'entretien ne nous alarment pas plus qu'il ne le faut.

Au cours de la commission d'attribution, nous recevons une équipe soignante assez importante et confiante sur l'éventuel entrée de leur usager.

La DDCS, en partie financeur, et présente lors des passages en commissions émet un avis favorable qui est soutenue par celui de ma chef de service et le mien.

Il est donc prévu que Michel accède à un studio dans les semaines qui suivent.

Afin de faciliter le suivi de Michel auprès du CMP proche de la structure, je demande à ses référents de se coordonner afin d'accompagner au mieux le suivi et le traitement de Michel.

VI/ Installation et premiers signes de difficultés au « vivre ensemble »

Au troisième jour de son installation, la première plainte d'une voisine arrive à mon bureau. Michel, au cours de la nuit aurait réveillé la voisine et lui aurait demandé de le laisser tranquille, lui tenant des propos sexistes sur les femmes et l'incapacité de faire vivre ensemble les deux sexes sous un même toit.

Je rencontrais donc Michel afin de lui rappeler les termes du contrat d'occupation qu'il avait signé avant de rentrer et lui demander de laisser les autres résidents vivre normalement.

A la fin de mon entretien, je sentais Michel à la fois réceptif à mes propos, mais une fois de plus, ses réponses ne correspondaient que très rarement à mes questions.

J'en ai profité pour prendre contact avec le CMP et demandé si le passage de relais concernant ce patient avait été effectué.

Le CMP n'était pas au courant de l'arrivée de Michel, déjà connu de leur service, sur leur secteur et l'infirmier que j'ai eu au téléphone m'a parlé d'un fait grave qui se serait passé dans une autre structure. Ce résident présentait donc une pathologie susceptible de mettre en danger les autres résidents de la structure. Je découvrais donc, trois jours après l'arrivée de Michel, les réelles causes qui pouvaient motiver un changement de logement. De plus, l'assistante sociale du CMP, travaillant aussi sur les différentes structures du secteur semblait injoignable et les passages d'informations concernant Michel restaient sans réponses. Michel, étanche à cette prise en charge, plus autonome à ses yeux, ne fréquentait que très peu le CMP et de ce fait, les travailleurs sociaux y opérant.

Des doutes m'apparaissent alors sur le bien fondé de l'orientation de Michel au sein de la structure et sa réelle capacité à vivre seul. Son implication dans le projet, et surtout, la place

des accompagnants médicaux quant aux éventuels questionnements qui pourraient se poser face à la situation de ce résident.

Me revient alors en tête un phénomène que j'avais traité lors de mon travail en accompagnement éducatif dans une maison d'enfants à caractère social. Comment opère-t-on quand nous nous sentons dépassés par une situation et que nous croyons avoir tout essayé ?

« Logique de la patate chaude » : lorsque nous ne savons plus quoi faire d'un perturbateur et que nous nous sentons impuissants dans cette situation ; lorsque notre tranquillité est remise en question par un individu que personne dans notre entourage ne semble être capable de maîtriser ; lorsqu'un individu perturbe nos convictions. Mais surtout, par économie de nos propres ressources, il nous arrive de penser qu'un voisin bienveillant pourra prendre le relais en contrôlant le comportement sulfureux du gêneur.
(les ingérables ou la logique de la patate chaude, J.R Pélissié, EMPAN/2004/04,n°56)

Suite à de nombreuses plaintes et à un comportement peu adapté à la structure, je prenais rendez-vous avec le CMP et tentais de rencontrer le nouveau médecin psychiatre afin de pouvoir faire un point sur la pathologie de Michel, et de ce fait, l'accompagner au mieux afin qu'il trouve rapidement ses marques et se sente mieux compris par les autres.

Malheureusement, la tâche n'a pas été des plus simples et les surprises s'accumulaient au fil des jours.

Michel ne m'avait jamais parlé de sa maladie et de son suivi, de son injection retard et du fait qu'il souhaitait arrêter son traitement.

En fait, son ancien psychiatre ayant changé de secteur en même temps que lui même avait changé de logement. Se sentant mieux, il avait décidé de mettre un terme à son traitement. Inquiet que je sois au courant d'une partie de sa maladie, il ne souhaitait pas que j'aborde ce thème avec lui et me parlait de cachets pour le mal de dos suite à une chute.

Débordé par une incapacité à se prendre en main et en même temps incapable de nous solliciter, Michel s'est laissé envahir par les soucis administratifs. En effet, refusant l'accompagnement et dans l'impossibilité de gérer les mises à jour de ses dossiers, Michel s'est retrouvé très vite sans argent pour vivre, et de surcroît, pour payer la part de loyer à sa

charge. Son dossier MDPH n'ayant pas été renouvelé, il n'a plus eu de revenu et a perdu l'accès à son compte en banque, débiteur depuis des mois.

Malgré de nombreuses tentatives pour trouver une solution, le service contentieux de l'association s'est mis en place et Michel a reçu sa première mise en demeure par voie postale. C'est la postière qui en a fait les frais. Absent ce jour-là, la postière m'a rapporté le lendemain l'agression verbale et les propos incohérents que Michel lui avait tenus, encore choquée et prête à porter plainte auprès des services de police pour agression.

Si je fais état de cet évènement, c'est pour signifier que la difficulté de prise en charge de Michel venait de s'élargir à l'extérieur de la structure. Que le phénomène de stigmatisation de la pension de famille venait de se mettre en place. Et que ces soucis de prise en charge venaient « polluer » les efforts des autres résidents concernant l'image que pouvait renvoyer la structure sur l'extérieur.

C'est à cette période que Michel s'est rapproché de son centre de soin et a demandé à se faire hospitaliser. Acculé par de nombreux soucis administratifs, il commençait, je pense, à ne plus pouvoir gérer seul la souffrance et l'impasse dans laquelle il s'était engouffré. C'est à ce moment, et seulement là, que le contact avec l'assistante social de l'hôpital de jour a pu réellement avoir lieu.

Ses dossiers ont été mis à jour et Michel a pu à nouveau toucher le RSA, en attendant que son allocation soit de nouveau versée.

Suite à cette hospitalisation, les contacts ont été plus réguliers avec l'équipe soignante et une synthèse a eu lieu afin de trouver une solution plus adaptée aux suivis de Michel.

Un traitement médicamenteux a été remis en place et, de retour dans la structure, Michel a pu à nouveau rentrer en contact de manière plus sociable avec les autres résidents.

Le traitement était à son bon vouloir, mais son médecin ne l'a vu que très rarement durant cette période, et une fois de plus, il m'était impossible de savoir s'il était à jour de son traitement.

Refusant de nouveau les rendez-vous de soins, Michel a rechuté dans un fonctionnement associable. Dans l'impossibilité de rentrer en contact verbal, les ennuis financiers et

relationnels se sont multipliés, de plus, il négligeait son hygiène et les autres résidents avaient beaucoup de mal à supporter sa différence et sa présence dans les lieux de vie collective.

Un courrier de résidents mécontents (16 sur 22) a été signé afin d'alerter la direction de l'association et les difficultés que les résidents avaient à vivre avec cet homme si différent à leur yeux.

A mon sens, les problèmes que posait Michel permettaient de ne pas s'interroger sur les problèmes que pouvaient poser les autres.

En ce sens, Ervin Goffman (1922-1982), sociologue et fondateur de l'école de Chicago, invente un concept fondamental, celui de stigmaté. En effet à l'intérieur des groupes, des individus sont désignés socialement parce qu'ils portent des attributs, discréditant, a priori, leur appartenance dans le groupe.

Celui qui ne rentre pas dans cette norme, dès qu'il se manifeste, va se faire remarquer par ce groupe. C'est alors la désignation du bouc émissaire : celui qui est différent. Et si l'on n'intègre pas la personne différente, la société va alors se retourner contre elle en créant des types d'exclusions.

Evitant à la fois les mises en garde de l'association et de son équipe soignante, et après deux dépôts de plaintes de ma part concernant des agressions verbales et une incapacité à se contrôler face aux changements, le CMP a décidé de mettre en place une procédure d'hospitalisation à la demande d'un tiers (HDT) afin de pouvoir mettre Michel à l'abri et tenter de reprendre avec lui un suivi adapté à sa problématique dans une structure pouvant accueillir sa pathologie.

La difficulté nouvelle dans ce type de structure (pension de famille) accueillant de nouveaux publics, est de faire face à des résidents en décalage par rapport à la norme.

Il convient donc d'anticiper et de prévenir les risques d'exclusion de la résidence. La nouveauté étant, pour un travailleur social, de travailler avec des gens qui peuvent refuser d'être aidés.

Une première analyse peut penser à croire que la situation de Michel était plus que problématique dans une autre structure, censée être pourtant, plus apte à l'accompagner.

De part la pathologie et le manque de travail en réseau de tous les acteurs gravitant autour de lui, il a pu s'engouffrer dans une brèche de « disfonctionnement » et ainsi tenter d'adapter, pour lui seul, un comportement et un mode de vie qu'il a cru maîtriser.

Les évènements nous prouvent le contraire et font apparaître de façon criante, le fait que la prise en charge ne peut être valable que par un travail de « tuilage » sérieux et une connaissance parfaite de la situation à accompagner.

Cette situation pose forcément question sur la mise en place et la tentative de notre accompagnement. L'échec fait partie, entre autres, de notre travail, mais nous permet surtout de nous remettre en question afin de ne pas réitérer les mêmes erreurs. Elle me permet aussi de remettre en question mes évidences quand à cette prise en charge, et ne pas sombrer dans un défaitisme qui pourrait me voir refuser les situations identiques à celle de Michel.

Partisan du « rien n'arrive par hasard », je reste vigilant sur les accompagnements sociaux et sur les contacts que je commence à créer avec le réseau existant.

Le point positif de cette situation est qu'elle a su faire connaître la pension de famille et ses méthodes de travail avec le secteur psychiatrique de la vallée de la Lys, et le secteur G18 en particulier.

Les contacts sont pris et les nouvelles situations qui nous arrivent sont mieux accompagnées et les projets plus pointus. Non pas pour faire un barrage lors d'une commission, mais pour éviter, que le futur résident ne connaisse un échec supplémentaire de part un aperçu de la situation trop « laxiste ».

VII/ La pension de famille, c'est aussi

Jacques ...

Jacques a 38 ans, il est accueilli à la pension de famille malgré son jeune âge, par dérogation de la direction départementale de la cohésion sociale. En effet, notre cahier des charges indique une prise en charge d'hommes ou de femmes âgés de plus de 40 ans, sans enfant à charge et présentant un plafond de ressource inférieur à 861€.

Jacques est issu de la même structure de soins que Michel, son orientation s'est déroulée en respectant le même protocole.

Jacques a grandi sur le territoire de la commune, où vivent également sa mère, sa sœur et ses deux neveux. Durant une période qu'il qualifie de compliquée, il aurait côtoyé des individus qui auraient abusés de son innocence. Il aurait, à cette époque abusé de substances plus ou moins toxiques qui l'auraient amené à avoir un comportement violent et altéré en ville et en plein jour.

Suite à plusieurs interpellations, ses derniers agissements ont donné lieu à une hospitalisation. Un diagnostic psychiatrique a été posé et Jacques a dû prendre un traitement afin de pouvoir vivre de façon plus sereine et stabiliser un comportement inadapté à une vie en société.

A la sortie de cette hospitalisation, il a rejoint une structure sur une commune voisine espérant ne pas rencontrer de nouveau les personnes qui l'avaient poussé à dépasser ses limites.

Après deux ans, il souhaite se rapprocher de sa famille et semble apte à faire face aux éventuelles angoisses qui l'habitaient (rencontre de ses anciennes connaissances, peur de vivre seul et sombrer de nouveau dans une ingérence de sa vie quotidienne, peur de ne pas être à la hauteur de ses demandes...).

Autonome et plus que soutenu par sa mère, Jacques vit dans la structure de façon sereine depuis un an et demi. Son traitement est pris de façon régulière et ses rendez-vous avec son médecin psychiatre sont réguliers et bénéfiques.

Cependant, Jacques émet le souhait depuis quelques temps de suspendre son traitement du fait des effets secondaires et indésirables (prise de poids, tendance à l'apathie, bouche sèche...).

La prise en charge reste cependant fragile et les entretiens, formels ou non semblent bénéfiques. Les rencontres que je peux avoir avec son médecin psychiatre sont rares mais Jacques y trouve un certain équilibre et perçoit de façon positive les suivis psychologiques qu'il peut recevoir de l'extérieur, dans le cadre du CMP et les accompagnements éducatifs qu'il peut exploiter au sein de la structure.

Le fait que Jacques accepte ces deux prises en charge permet un accompagnement efficace tout en ne stigmatisant pas, ou peu, son statut. En effet, c'est avant tout l'acceptation de sa souffrance qui permet, à mon sens, à Jacques de pouvoir avoir cette aisance au sein de la structure. Jacques, a, dès le début, affiché sa différence vis-à-vis des autres résidents. Leur parlant de son traitement et de ses rendez-vous, de sa difficulté à être bien et agréable à certains moments de la journée. Particulièrement le matin.

Il est accepté par les résidents ne partageant pas les mêmes symptômes et arrive, à sa façon, à entrer en relation avec eux.

Cependant, la frontière reste mince et les angoisses de Jacques réapparaissent de façon plus ou moins récurrente en fonction des moments forts de la structure. Il s'implique rarement dans les sorties à l'extérieur mais est souvent présent sur les activités lui demandant le seul effort d'être là.

VIII/ Les autres...

Les autres, ce sont ceux qui, de par un parcours résidentiel compliqué et un parcours de vie chaotique obtiennent un studio à la résidence, mais ne sont pas porteur de signes cliniques pouvant déceler une souffrance psychique...et pourtant !

Côtoyer jour après jour des personnes souffrantes ou en mal être, peut parfois entraîner des sentiments dépressifs ou, tout au moins, un mal être.

Alors où s'arrête le « curseur » d'accession au logement pour tenter de garder un équilibre serein entre les résidents « ordinaires » et ceux qui le sont moins ?

Le fait de vivre en société n'implique pas que certaines personnes aillent mieux et que d'autres aillent moins bien. Il est simplement important que chacun puisse trouver sa place dans le regard de l'autre.

Le fait de vivre sous le même toit que d'autres personnes atteintes de troubles psychiques entraîne, pour les résidents les moins concernés par le problème, un phénomène de stigmatisation de la structure.

La stigmatisation est un sérieux désaccord social de caractéristiques ou croyances personnelles qui sont perçues comme allant à l'encontre des normes culturelles. Selon Erving Goffman, la stigmatisation d'un individu intervient lorsqu'il présente une variante relative par rapport aux modèles offerts par son proche environnement.

Le trois formes de stigmatisations reconnues par Goffman incluent : l'expérience de troubles mentaux (ou l'imposition d'un tel diagnostic) ; une forme physique déformée ou une différence non-désirée ; ou l'ensemble d'une race, religion, croyance, etc..

(Stigmate, les usages sociaux des handicaps, Goffman Erving, Paris, édition de minuit, 1977)

Afin de tenter d'accompagner au mieux les résidents et les habitants de la cité, la création d'un conseil de santé mentale me paraît opportun.

Les Conseils Locaux de Santé Mentale réunissent les élus politiques, les professionnels de la santé mentale et du médico-social, les associations de patients et de familles. Sur un territoire réduit (un secteur), ils définissent, organisent et assurent l'accès à des soins de qualité, (prévention, continuité, proximité) en fonction de l'intérêt général local.

Actuellement, afin de favoriser les échanges entre professionnels, nous nous rencontrons tous les trois mois dans le cadre des réseaux « santé mentale et précarité ». Ce groupe constitué me paraît être un bon support afin de pouvoir trouver des solutions et permettre aux acteurs extérieurs de mieux appréhender les différences qui nous caractérisent.

Ce conseil de santé mentale devrait se mettre en place dans le courant de l'année.

Il permettra peut-être d'accompagner au mieux les différences et de les faire percevoir de façon plus adéquate.

En réunissant les élus politiques, la commune serait probablement plus au fait de la situation de certains résidents que nous accueillons, connaître plus en détail les pathologies et les comportements qui pourraient de ce fait, s'adapter en fonction des demandes des résidents. Les professionnels de la santé mentale restent cependant présents en nombre sur la commune de part la proximité du CMP et l'implantation de secteur G18.

Enfin, il pourra renseigner sur la différence et pourra tenter de rapprocher des équipes et des situations de façon plus sereine...

Des nouvelles de Michel...

Toujours hospitalisé, son souhait de réintégrer la structure m'a été rapporté.

Je l'ai rencontré à deux reprises durant des synthèses. Il aborde sa maladie de façon plus posée et semble stabilisé... Cependant, l'équipe soignante, pressé que Michel réintègre son logement, semble toujours aussi étanche à un travail de collaboration plus proche. Le travail communautaire ne peut être envisagé que part des professionnels ayant le souhait de trouver ensemble la solution la plus adaptée et réfléchi à un problème donné...

Il nous faudra donc, encore, du temps...

Bibliographie

- ❖ **M.Coldefy et E.Salines, DREES, N°342, octobre 2004**
- ❖ **« Stigmate, les usages sociaux des handicaps », Goffman Erving, Paris, édition de minuit, 1977**
- ❖ **« les ingérables ou la logique de la patate chaude », J.R Pélassié, EMPAN/2004/04,n°56**
- ❖ **« Action Habitat » n°24**
- ❖ **« Instruction sur la manière de gouverner les insensés », Jean Colombier et François Doublet, 1785.**
- ❖ **« Histoire de la folie à l'âge Classique », Michel Foucault, 1961, Gallimard, Paris.**
- ❖ **« Psychologie clinique et psychopathologie » , Antoine Bioy Damien Fouques, Dunod, Paris, 2008 .**

J'ai aussi été accompagné de quelques disques pour l'écriture de ce mémoire :

- ❖ **Avel et Mar, Philip N'Bess, Karin Nobbs, oct 2010**
- ❖ **Premières Prises, Jean-Louis Aubert, 2009**
- ❖ **Gitane Jazz, Round Minight, Charlie Parker, 2007**
- ❖ **Down the way, Angus et Julia Stone, 2010**

