

Université Lille
Université Paris 13
APHM/CHU Sainte-Marguerite, Marseille
CCOMS, EPSM Lille Métropole

Mémoire pour le Diplôme inter-universitaire
“Santé mentale dans la communauté”

Année 2022

**L'accès au logement pour un public jeune hospitalisé concerné par un trouble
psychique: un accompagnement renforcé via une création de poste assistante de service
social dans des équipes ambulatoires en réhabilitation.**

Elsa CLERMONT

Table des matières :

Introduction	4
I. D'une pratique vers une problématique	6
A. Présentation du Centre Hospitalier Saint Jean de Dieu.....	6
B. Présentation de mon poste.....	7
C. Les personnes accompagnées: un public jeune souvent hospitalisé.....	9
D. Des entretiens avec les personnes concernées pour guider, nourrir cette étude	10
II. Logement et santé mentale	12
A. Habiter un logement : paroles de personnes concernées	12
B. Le premier logement dans une vie : «faire ses preuves » quand on a un trouble psychique.....	13
III. Un accès au logement parfois difficile	14
A. Cadre légal concernant le droit au logement	14
B. La stigmatisation à plusieurs échelles : des freins pour l'accès au logement.....	15
1. <i>La stigmatisation dans notre société : des représentations sources de souffrances</i>	15
2. <i>Une stigmatisation venant des structures qui proposent des logements/hébergements (exemple des résidences sociales / partenariat avec le CH SJDD)</i>	16
3. <i>L'auto-stigmatisation entraîne la non demande</i>	17
C. Des projets freinés par les soignant.....	17
1. <i>L'évaluation soignante en milieu hospitalier, une évaluation impossible</i>	18
2. <i>La question de la "prise de risque", l'échec vient dominer sur l'expérience</i>	19
IV. L'accompagnement vers le logement à travers une création d'un poste social dans des équipes soignantes :	21
A. Accompagner à travers les principe de rétablissement et d'empowerment, les missions du service social: informer, sensibiliser et responsabiliser.....	21
B. Accompagner à travers le principe d'aller-vers: disponibilité, flexibilité et sur mesure, des points à améliorer. Illustration par l'accompagnement d'une personne concernée.....	22

C. Développer son réseau pour ouvrir les portes de l'hôpital : exemple d'un partenariat avec la maison de la veille sociale25

Conclusion27

Introduction

J'ai exercé deux ans en tant qu'Assistante de Service Social (ASS) dans un Centre Hospitalier qui accueille des personnes concernées par des troubles psychiques. Je suis arrivée dans ce milieu au tout début de la crise covid. La première demande qui m'a été faite de la part de mon institution a été "il faut faire sortir les personnes, nous manquons de lit". Deux ans après, la demande est toujours la même, voir même plus présente dans un contexte de fermeture de lit sur le Centre Hospitalier (conséquence d'une pénurie soignante entre autre).

Mais quelle est la demande des principaux concernés : les patients (que je préfère appeler personne concernée) ? Il se trouve que tous ceux que j'accompagne sont également en demande de sortir de l'hôpital. Nous pouvons penser que c'est alors facile puisque tout le monde veut la même chose. Pour autant dans ma pratique, la principale difficulté reste l'accompagnement des personnes concernées hospitalisées vers une sortie d'hôpital lorsqu'elles sont sans solution de logement.

J'ai petit à petit découvert l'accompagnement de personnes avec des troubles psychiques dit "résistant", "sévère", "à longue évolution", "complexe". Autant de mots qui, à mon sens, sont teintés d'un certain pessimisme, mais auquel je porte peu d'importance, finalement je connaissais peu le diagnostic des personnes que je rencontrais dans mon activité.

Le diagnostic que je porte avec mon regard "social" est différent, je travaille avec des personnes ayant eu des ruptures dans leurs vies: ruptures familiales, amicales, amoureuses, au niveau des ressources, des expulsions de logement, des passages à la rue, des pertes d'emplois.. tout un tas d'événements qui entraînent de fait une fragilité dans sa vie et un mal-être.

De par mon poste j'ai eu la chance d'accompagner un nombre restreint de personnes (entre 15 et 20) et sans limitation de durée. Il s'agissait de personnes pour la plupart hospitalisées. J'ai observé que la majorité sont des personnes en demande d'accès à un logement, souvent leur premier logement, il s'agit pour beaucoup de personnes jeunes (entre 18 et 35 ans), qui ont dû quitter leur environnement familial dans un contexte de tension. Certaines ont encore des liens avec leurs proches, d'autres non.

C'est donc ma pratique et les accompagnements que j'effectuais qui m'ont amené à m'intéresser à cette problématique de l'accès au logement pour des jeunes personnes hospitalisées.

Au sein de la métropole Lyonnaise, le contexte social actuel du logement est plus que tendu. Les personnes attendent plusieurs mois, voire plusieurs années avant d'arriver à avoir une place/un logement. Or paradoxalement, pour certaines personnes que j'accompagnais, le projet de logement est pensé, travaillé, expliqué tardivement dans leur prise en charge. De fait, de plus en plus de personnes hospitalisées restent en soins car elles n'ont pas de solutions de logement à l'extérieur.

Cela amène plusieurs problématiques:

- Des personnes se « chronicisent » à l'hôpital et perdent en autonomie, elles sont exclues de notre société et peinent de plus en plus à être citoyen.
- Ces mêmes personnes souffrent des conditions actuelles “d'hébergement” de l'hôpital : locaux vétustes, obligation de “cohabiter” avec des personnes sans le vouloir, compliqué d'avoir des affaires personnelles (risque de vol...)
- Elles sont également stigmatisées par le fait d'être hospitalisées; difficile de faire des rencontres à l'extérieur, très difficile de trouver un emploi...
- Une tension au niveau des lits: des personnes aux urgences ne peuvent être hospitalisées et attendent dans des conditions déplorables (dans les couloirs, sur des couchettes).

Aussi me viennent plusieurs questions :

- Pourquoi le projet logement est travaillé tardivement dans certaines situations et donc comment travailler le projet logement au plus tôt dans la prise en charge d'un jeune concerné par un trouble psychique ?
- Comment faire en sorte que le projet logement soit porté par tous les professionnel(le)s?
- Quelles sont les attentes des personnes concernant l'accès au logement ?
- Comment favoriser la participation des personnes dans leur projet de logement?
- Comment faciliter les recherches de logement pour les personnes concernées par un trouble psychique?
- Quels sont les freins à l'accompagnement vers le logement vis-à-vis d'un public jeune?
- Comment maintenir les jeunes dans leurs logements pour éviter des ré-hospitalisations?
- Comment faire en sorte que le projet logement puisse être travaillé même pour les personnes à haut besoin d'accompagnement, personnes parfois hospitalisées depuis des années?

L'objectif de mon mémoire est d'essayer de répondre à ces questions à travers une enquête de terrain et différentes lectures sur le sujet.

I.D'une pratique vers une problématique

A. Présentation du centre hospitalier SJDD

Au sein de cette partie je vais vous présenter le Centre Hospitalier Saint Jean de Dieu (CH SJDD) où je suis arrivée en poste en mars 2020.

Le Centre Hospitalier SJDD est un établissement sanitaire appartenant à la Fondation Action Recherche Handicap Mental (ARMH).

La fondation ARHM, fondée à Lyon en 1950, est devenue Fondation reconnue d'utilité publique en 2017. Elle intervient sur le territoire de la Métropole de Lyon, du département du Rhône et du sud de la Saône-et-Loire. L'ARHM intervient dans les domaines sanitaires, sociaux et médico-sociaux.

Son activité s'organise à travers différentes valeurs:

- *"Être citoyen: La personne soignée ou accompagnée, citoyenne, est actrice de son parcours de vie.*
- *Respecter les droits : Tout professionnel doit inscrire son action dans une démarche respectueuse des droits de la personne.*
- *Prendre soin : Une conception du soin et de l'accompagnement tournée vers l'autonomisation et le rétablissement des personnes.*
- *S'engager : Une équipe pluri-professionnelle formée, soutenue et mobilisée au bénéfice du projet de soins et de vie de la personne soignée ou accompagnée."*

Dans un manifeste lancé par la fondation en septembre 2021 dans lequel elle énonce les grands principes auxquels elle tient, il a également été mentionné des engagements que prendrait la fondation à l'avenir. Voici ces engagements :

- *Lutter contre les préjugés*
- *Favoriser la prévention et les interventions précoces*
- *Affirmer l'objectif d'autonomie et d'inclusion*
- *Développer la pair-aidance pour favoriser le rétablissement*
- *Promouvoir un modèle de gouvernance inclusive*

Le Centre hospitalier Saint Jean de Dieu a *"la responsabilité de la lutte contre les maladies mentales"* dans cinq secteurs psychiatriques (trois secteurs de psychiatrie adulte et deux secteurs de psychiatrie infanto-juvénile). Au-delà de l'organisation en secteurs, le Centre

Hospitalier intervient dans le cadre de dispositifs intersectoriels. Au sein de ces dispositifs nous retrouvons le Pôle Intersectoriel de Soins en Réhabilitation (PISR) où se trouve mon poste.

Dans son nouveau projet d'établissement (en cours d'écriture) le Centre Hospitalier SJDD a choisi de mettre en avant le rétablissement et les soins en réhabilitation. La réhabilitation est définie sur le site de l'ARHM comme :

“l'ensemble des processus de soin qui facilitent le retour d'une personne à un niveau optimal de bien-être et d'autonomie dans la communauté, quel que soit son niveau de handicap. Dans une perspective de rétablissement, les soins de réhabilitation visent à :

- *lutter contre les symptômes ou les fonctionnements potentiellement handicapants liés à la maladie mentale,*
- *promouvoir et à établir durablement le bien-être et l'équilibre des patients.*

L'apport de travailleurs pair-aidants constitue une plus-value dans le processus de rétablissement des personnes en soins.”

B. Présentation de mon poste

J'ai commencé dans ma pratique en psychiatrie par une création de poste (mi-temps) auprès de plusieurs équipes (quatre) travaillant en réhabilitation, couplé à un autre mi-temps dans un centre médico-psychologique (CMP) et un hôpital de jour (HDJ). Ce double poste m'a permis de comprendre comment s'articulent les soins autour des personnes concernées en ayant un pied dans l'ambulatorio au CMP et l'HDJ et l'autre dans plusieurs équipes à visées ambulatoires mais qui sont implantées pour trois sur quatre d'entre elles dans l'enceinte des murs de l'hôpital psychiatrique et donc en grande proximité avec les soins intras-hospitaliers.

La création de ce poste assistante de service social dans les équipes de réhabilitation a évolué, il est passé d'un mi-temps à un temps plein en janvier 2021. J'ai donc exercé la majorité du temps sur ce poste-là. C'est depuis ce poste que s'est posée ma problématique de mémoire. Je vais donc développer uniquement ce poste là en précisant rapidement mon implication dans ces dispositifs.

Les quatre dispositifs auxquels ce poste est rattaché sont :

- Le C.E.S.A.R (Centre d'Evaluation de Soins Ambulatoires en Réhabilitation) : équipe pluri-professionnelle soignante. Il s'agit de la “porte d'entrée” de l'ensemble des dispositifs de réhabilitation du pôle PISR. Il a pour mission d'évaluer les demandes orientées vers ce pôle pour les réorienter vers les dispositifs existants. Outre sa mission

“d’évaluation”, ce dispositif permet d’accompagner des personnes à travers des programmes différents (remédiation, TCCP...). Au sein de ce dispositif quatre infirmiers ont un poste de “coordination” sur un modèle case-management pour accompagner de manière “renforcée” des personnes avec un parcours dit “complexe”. Ce sont ces personnes que j’ai accompagnées au sein de mon poste en binôme avec les infirmiers coordinateurs.

- L’équipe mobile de réhabilitation Yves Tanguy: équipe pluri-professionnelle soignante et éducative. Cette équipe accompagne des personnes vers et dans le logement. Il s’agit d’une équipe mobile couplé à un CATTP (Centres d’Accueil Thérapeutiques à Temps Partiel). Elle accompagne des personnes avec souvent un long parcours d’hospitalisation.
- L’hôpital de jour (HDJ) Jacques Prévert : équipe pluri-professionnelle soignante et éducative. Il a pour visée d’accompagner des personnes hospitalisées ou non. Il s’agit d’un HDJ où les personnes viennent selon leurs envies de groupes / selon leurs besoins. Il vise la resocialisation, le développement et l’accompagnement des projets des personnes, l’ouverture vers l’extérieur à travers des groupes sorties, sports et des camps “thérapeutiques” à l’extérieur (vélo, randonnée...). Plus récemment, particulièrement l’éducatrice de l’HDJ et moi-même avons développé un accompagnement autour de l’insertion professionnelle (via des partenariats et des semaines d’insertion dans des chantiers d’insertion).
- La Maison des Célestins : il s’agit d’un CATTP couplé à dix logements thérapeutiques temporaires. Les personnes ont un contrat d’un an qui selon les situations peut-être renouvelé une fois. Huit logements sont des colocations de deux personnes, les deux autres sont des logements autonomes. Les personnes doivent participer à des groupes obligatoires et d’autres leurs sont proposés selon leurs besoins. L’équipe soignante est présente sur place en semaine de 9h à 17h.

L’ensemble de ces équipes accompagne les personnes en lien avec leur secteur d’origine. Concernant le poste que j’ai occupé, il était convenu que j’accompagne certaines personnes, (non pas l’ensemble des personnes suivies par les quatre équipes), selon l’orientation des équipes ou sur ma propre décision. Mon poste visait à accompagner de façon renforcée et à

travers une démarche d'aller-vers des personnes avec d'importants besoins au niveau social ou des personnes qui n'étaient pas en capacité d'aller-vers, les assistant(e)s social(e)s de secteur. L'objectif est que les personnes accompagnées par les précédentes équipes citées puissent avoir un projet en cours et aient accès à leurs droits.

C. Les personnes accompagnées: un public jeune souvent hospitalisé

Au sein de ce poste j'ai compris qu'une grande partie du travail de l'assistante de service social en psychiatrie est d'aider la personne concernée à trouver un lieu de vie adapté à ses besoins et si on a de la chance à ses envies. Je tiens à préciser que la question du logement est parfois "floue" pour les soignants : peu connaissent les différentes formes de logements, les étayages possibles. De ce fait, il y a parfois peu d'accompagnement autour de cette question proposé aux personnes si ce n'est au niveau social. Aussi, les projets des personnes sont souvent à l'arrêt quand il n'y a pas d'assistant(e) de service social dans une unité ou au sein d'un CMP. Ce qui arrive régulièrement dans le contexte actuel de pénurie de professionnels. Cela arrive donc fréquemment que des personnes restent hospitalisées faute de projet travaillé/ accompagné.

Sur mes deux ans et demi de pratique sur ce poste, j'ai observé que j'ai particulièrement accompagné des personnes jeunes, âgées entre 18 et 35 ans. Beaucoup d'entre elles sont hospitalisées dans des unités de secteur et surtout dans l'unité de réhabilitation du PISR. Les personnes hospitalisées dans cette unité là bénéficie également généralement d'un dispositif ambulatoire tel que le C.E.S.A.R, ou l'équipe YVES TANGUY. Certains d'entre eux vont également ensuite dans la maison des Célestins.

Il y a eu peu de temps assistant(e) de service social sur l'unité de réhabilitation ces deux dernières années. J'ai donc compensé et accompagné de façon renforcée de nombreux jeunes afin que leur projet de recherche de logement puisse aboutir pour qu'une sortie d'hospitalisation soit possible. En effet la majorité des personnes que j'ai accompagnées sur cette problématique là ne pouvait retourner dans leur environnement familial (manque de place, conflits importants, isolement familial...).

J'ai aussi accompagné des personnes (surtout via le dispositif C.E.S.A.R) pour qui un projet de sortie d'hospitalisation était difficilement pensé voir impensable selon les équipes soignantes (de secteur et parfois même les équipes de réhabilitation). Je ne compte plus les phrases telles que "c'est la patiente la plus compliquée de l'hôpital", "il ne peut vivre ailleurs qu'en unité, "tu

es naïve de penser qu'il puisse avoir un logement", "il est dangereux", "elle est incapable", "il va se planter à l'extérieur", "c'est inconscient de le laisser sortir"...

Aussi l'idée de ce travail de mémoire est de pouvoir décrire comment l'accompagnement de ces jeunes personnes vers le logement est possible et de pouvoir donner la parole à ces personnes sur leurs besoins en lien avec le logement, qu'elles décrivent mieux que personne.

D. Des entretiens avec les personnes concernées pour guider, nourrir cette étude :

J'ai souhaité pour enrichir ce travail me tourner vers des personnes concernées afin de mieux comprendre et retranscrire leurs besoins et attentes vis-à-vis de l'accès au logement.

J'ai interrogé cinq personnes ayant été ou étant hospitalisées au sein du centre hospitalier SJDD qui ont été sans logement. Pour cette enquête, j'ai choisi comme outil méthodologique l'entretien semi-directif. Il permet de recueillir les données qualitatives situées dans la parole de l'interviewé au travers d'une trame d'entretien générale souple.

Concernant cet outil, je me suis inspirée de l'entretien compréhensif de J-C.Kaufmann (1996). J-C.Kaufmann précise qu'il nécessite de la part de l'intervieweur un certain savoir-faire pour permettre de dépasser le registre des opinions: « L'enquêteur doit totalement oublier ses propres opinions et catégories de pensée. Ne penser qu'à une chose : il a un monde à découvrir. » (J-C.Kaufmann, 1996, p. 51). J'ai ainsi créé cette trame d'entretien souple à travers une liste de thématique à aborder. J'ai enregistré chaque entretien à l'aide d'un dictaphone, après accord des personnes concernées afin de pouvoir les retranscrire. J'ai précisé avant chaque entretien que toutes les informations données resteraient confidentielles et seraient utilisées uniquement pour ce mémoire et de façon anonyme. Aussi les prénoms utilisés ne sont pas ceux des personnes rencontrées.

Voici un descriptif rapide des personnes interviewées, j'utiliserai leurs propos dans la suite de ce travail.

- Elodie : 24 ans. Actuellement résidente au sein des logements thérapeutiques de la maison des Célestins depuis trois mois. A été hospitalisée avant cela durant six mois. Elle est sans logement depuis deux ans au moment de l'entretien suite à un conflit familial. Elle n'a jamais vécu seule auparavant.
- Luigi : 37 ans. Il est résident à la maison des Célestins depuis un an. Il a auparavant été hospitalisé durant quatre ans dans une Unité pour Malades Difficiles (UMD) puis au

CH SJDD durant cinq ans. Il a déjà eu un appartement seul durant plusieurs années avant d'être hospitalisé.

- Sabine : 32 ans. Elle réside à la maison des Célestins depuis un mois. Elle était avant cela hospitalisée durant un an au CH SJDD. Elle vivait avant son hospitalisation dans une résidence universitaire depuis plusieurs années.
- Tarek : 24 ans. Il est hospitalisé depuis un an et demi. Il est désormais dans une unité de réhabilitation depuis quelques mois. Il a vécu seul durant trois mois avant d'être hospitalisé.
- Nicolas : 29 ans. Il habite dans une pension de famille depuis un mois. Il était avant cela dans un CHRS (Centre d'hébergement et de ré-insertion sociale) depuis deux ans après avoir été sans-abri à la rue durant six ans. . Il a été plusieurs fois hospitalisé au CH SJDD pour des séjours de quelques jours/semaines.

Avec du recul, je pense qu'il aurait été préférable que j'interroge des personnes que je ne connaissais pas et qui résidaient dans des lieux ou dispositifs qui m'étaient inconnus. En effet je pense que les réponses ont pu être tronquées car ces personnes craignaient peut-être d'être dans une réelle transparence. Néanmoins cela vient réellement éclairer ce travail et donner la parole aux personnes concernées, ce qui me semble désormais inévitable après avoir réalisé le DIU Santé Mentale dans la Communauté.

II. Logement et santé mentale

A. Habiter un logement : paroles de personnes concernées

Les cinq personnes interrogées ont toutes décrit le logement idéal comme un logement autonome. Lorsque je leur ai demandé la définition d'habiter, il a été compliqué pour elles de formuler une réponse, elles ont résumé cette notion à "être logé" "avoir un toit" "avoir son chez soi" "quatre murs et un plafond". Seule Sabine qui a le plus vécu en logement autonome est allée plus loin dans sa définition en parlant de l'appropriation, l'investissement de son logement: "c'est s'approprier un lieu, s'installer dans un endroit, personnaliser son lieu, se l'identifier, on est là quoi". Aussi c'est dans son ancien logement où elle a eu le plus l'impression d'avoir "un chez soi" car elle l'avait trouvé seule et car elle pouvait y habiter de façon normale, comme tout le monde " je me sentais bien, je me sentais confortable, j'avais des libertés , un logement autonome et normal, comme tout le monde, plus de liberté (...) je payais un loyer, un lieu normal". A trois reprises elle a répété le mot liberté et normalité. Avec ces réponses nous comprenons l'importance pour les personnes de vivre dans la communauté.

Une enquête a été réalisée sur les représentations des personnes concernées / des soignants et des partenaires divers sur l'accès et le maintien au logement dans le Luvénillois. (Santé Mentale, 2014). L'enquête a révélé que les personnes concernées par un trouble psychique préfèrent des logements individuels "comme tout le monde" tandis que les professionnels ont tendance à les sortir de cette norme pour les orienter vers des lieux spécifiques ce qui a pour effet de les stigmatiser. Nicolas en parle également en évoquant la résidence accueil où il se trouve actuellement : "le cadre est bien mais c'est des gens fatigués sous lourd traitement avec un lourd passé, ça ça me plaît pas trop, ça me rejette l'image de ce que j'étais avant, moi je veux partir loin de tout ça."

Il évoque un autre point sur son logement actuel, un lieu où "je ne suis que de passage, j'y reste que pour dormir". Après plusieurs années dans la rue, Nicolas est resté longtemps dans un CHRS qu'il décrit comme une "jungle" avec la loi du plus fort.

Dans "Schizophrénies et clinique de l'habiter", Fabien AGNERAY psychiatre à Lille nous explique que les termes habiter et être sont synonymes: "être suppose d'incarner un corps, tout comme le fait d'habiter: il s'agit d'un processus actif ou le sujet s'établit dans les coordonnées de son corps et avec celles qui composent son espace" (Santé Mentale, 2018, p201). Il précise que le logement ressemble à celui qui y habite par ce qu'il en fait et aussi "par ce qu'il ne parvient pas à investir (...) Au gré des événements, le domicile révélera ou non les aspérités de

son résident: son histoire, sa solidité; ses vulnérabilités.” (Santé Mentale, 2018, p201). Avec ces éléments nous pouvons déduire qu’il peut être très difficile d’habiter lorsque l’on a été habitué à être dans la rue ou dans des lieux d’hébergement complexes qui appellent tous deux le mouvement. Cependant Nicolas exprime que son logement lui permet d’avoir un lieu pour être au calme “j’ai des périodes où j’ai besoin de rester calme pas sortir, c’est quand je vais pas très bien dans ma tête et je reste tout seul “. Nous devinons alors l’importance pour les personnes concernées par un trouble psychique d’avoir un lieu à eux pour s’y reposer.

B. Le premier logement dans une vie : «faire ses preuves » quand on a un trouble psychique

Les entretiens ont confirmé ce que je pensais lorsque j’exerçais : les jeunes concernés par un trouble psychique doivent faire “leurs preuves” pour avoir un logement autonome. Instinctivement quand je demande à Luigi ce qu’est qu’habiter il m’indique “un endroit où on vit, où on dort, on cuisine, on fait son ménage”, j’ai été surprise par cette réponse très normée. Par la suite quand je lui demande quels sont les obstacles pour obtenir un logement il évoque “le comportement et la santé (...) il faut être adapté (...) que les docteurs aient des sécurités pour éviter des débordements, des mauvais comportements, qu’ils aient de bonnes garanties (...) que la personne soit stable, respectueuse.” Dans son discours il énonce qu’il faut être presque parfait sinon les soignants ne valident pas un projet de logement. Ce discours est certainement lié aux nombreuses années d’hospitalisation et à son programme de soin contraignant qui lui impose de réagir comme on le lui demande. Cependant, Elodie évoque aussi des éléments similaires lorsque je lui demande si elle a pu vivre en logement autonome au moment où elle était hospitalisée: “Je pense que ça aurait été un peu compliqué (...) je n’étais pas en phase de prouver”. Elle estime que c’est normal de devoir prouver aux soignants qu’elle mérite un logement mais ajoute cependant que cela peut-être dévalorisant: “c’est vrai que si on a le choix et qu’on a envie d’être seul dans un logement un peu autonome, mais qu’on doit forcément prouver, c’est plus compliqué pour nous, parce qu’on peut se sentir assez dévalorisé de devoir prouver qu’on puisse vivre seul”.

Elodie évoque aussi “si on a le choix”, comme si cela ne pouvait être possible que pour certains d’avoir un logement, or il est important de rappeler que le logement est un droit pour tous, inscrit dans la loi. Néanmoins, nous allons désormais voir que ce droit n’est pas forcément appliqué pour tous.

III. Un accès au logement parfois difficile

A. Cadre légal concernant le droit au logement

Le caractère fondamental du droit au logement est reconnu par la loi. Au niveau législatif, c'est d'abord la loi Quilliot du 22 juin 1982 qui a proclamé que "le droit à l'habitat est un droit fondamental" puis la loi Mermaz du 6 juillet 1989, qui a établi que "le droit au logement est un droit fondamental". Enfin, la loi Besson du 31 mai 1990, définit les moyens de sa mise en œuvre :

“Garantir le droit au logement constitue un devoir de solidarité pour l'ensemble de la Nation. Toute personne ou famille éprouvant des difficultés particulières, en raison notamment de l'inadaptation de ses ressources ou de ses conditions d'existence, a droit à une aide de la collectivité, dans les conditions fixées par la présente loi, pour accéder à un logement décent et indépendant et s'y maintenir...”.

Ce droit au logement est réaffirmé par la loi de lutte contre les exclusions du 29 juillet 1998, aux côtés des autres droits fondamentaux : “La présente loi tend à garantir sur l'ensemble du territoire l'accès de tous aux droits fondamentaux dans les domaines de l'emploi, du logement, de la protection de la santé, de la justice, de l'éducation, de la formation et de la culture, de la protection de la famille et de l'enfance”.

Dans la Constitution, le droit au logement n'est pas mentionné de façon explicite mais le Conseil Constitutionnel a estimé que : “la possibilité pour toute personne de disposer d'un logement décent est un objectif à valeur constitutionnelle”, dans un avis rendu le 19 janvier 1995. Le Conseil de l'Europe, quant à lui, reconnaît “un droit individuel, universel et justiciable à la satisfaction des besoins humains matériels élémentaires'. Ce droit devrait à tout le moins servir à couvrir la nourriture, l'habillement, le logement et les soins médicaux de base” (Recommandation R-2000-3).

Par ailleurs en ce qui concerne des précisions légales pour les personnes concernées par un trouble psychique nous retrouvons dans le Code de l'Action Sociale et des Familles (article L.114-1) que : “Toute personne handicapée a droit à la solidarité de l'ensemble de la collectivité nationale, qui lui garantit, en vertu de cette obligation, l'accès aux droits fondamentaux reconnus à tous les citoyens, ainsi que le plein exercice de la citoyenneté”.

Ainsi le logement est un droit pour tous mais il s'avère que certaines personnes concernées par un trouble psychique sont stigmatisées et cela rend difficile l'accès à ce droit.

B. La stigmatisation à plusieurs échelles : des freins pour l'accès au logement

Avant de rentrer dans le détail des différentes stigmatisations, il me semble important de définir ce terme : J-Y.GIORDANA explique qu'il s'agit d'un terme complexe et qui fait appel à "un concept multidimensionnel" (p8, 2010). Voici la définition qu'il nous propose : " Il s'agit d'une attitude générale, de l'ordre du préjugé, induite par la méconnaissance ou l'ignorance d'une situation ou d'un état, et cette méconnaissance ou ignorance va générer des conduites ou des comportements de discrimination".

1. La stigmatisation dans notre société : des représentations sources de souffrances

Au sein de notre société, la stigmatisation repose sur des préjugés négatifs et fait appel à trois type de représentations (p.9, 2010) :

" – En premier lieu, on retrouve les notions de violence et de dangerosité, opinions dominantes dans la quasi-totalité des enquêtes menées en population générale. – Une autre représentation concerne le caractère « hors norme » du malade psychique. Le malade mental est perçu comme un être incapable de se conformer à des conventions sociales, à des règles de vie, à des lois. Il est, alors, considéré comme imprévisible, et son incapacité de se soumettre aux contraintes et aux exigences de la vie en société en fait un sujet irresponsable. – La troisième représentation du malade psychique est celle d'une personne ayant une perception infantile du monde – en quelque sorte, le benêt, l'idiot du village. "

L'auteur nous explique que ces trois représentations amènent, de la part de la société, de la ségrégation et de l'exclusion vis-à-vis des personnes concernées. Également, du fait qu'elles seraient irresponsables, les attitudes envers elles sont dirigistes et autoritaires.

Les conséquences sont que les personnes concernées souffrent de la stigmatisation, "on peut admettre que la stigmatisation est une dimension de souffrance qui s'ajoute à celle de la maladie (...) A.FINZEN l'a qualifiée de "seconde maladie" (p.8, 2010).

Cette souffrance serait même parfois supérieure à celles liées à la maladie en elle-même "Les personnes vivant avec des troubles disent souffrir davantage de cette stigmatisation que des symptômes mêmes de la maladie" (étude: Qualitative analysis of mental health service users' reported experiences of discrimination, 2016 traduite au sein du Psycom source d'information sur la santé mentale).

Au sein des entretiens la notion de stigmatisation a été abordée notamment par Sabine :

“c’est pas notre faute et j’ai l’impression qu’on est un peu les victimes/ Victimes de quoi ?/ Du système, des gens, car tout le monde nous voit comme affaiblis et tout le monde cherche à nous dominer et ça c’est dommage, c’est triste pour nous, c’est malheureux, car c’est pas de notre faute qu’on soit malade aussi et on est doublement victime, de la maladie et de la société “

Aussi le droit au logement est dans la théorie accessible à tout le monde mais en pratique la société ne semble pas prête à accueillir les personnes concernées par un trouble psychique en son sein. En 1996, C.ROUGER posait ce paradoxe (p.22):

“le discours véhiculé est de réinsérer les individus alors qu’ils restent repérés comme déviants (...) un paradoxe apparaît dans le règlement des rapports entre la communauté et la minorité des personnes souffrant de troubles mentaux: soit elles sont prises en compte comme telles et rejetées aux confins de l’espace social, soit elles sont tenues de s’intégrer dans un tissu social qui n’est pas prêt à les accueillir.”

Il semblerait que plus de vingt ans après, ce paradoxe n’ait pas encore grandement évolué. Dès lors la stigmatisation exercée par la société nuit à l’accès à un logement pour les personnes concernées par un trouble psychique.

2. Une stigmatisation venant des structures qui proposent des logements/hébergements (exemple des résidences sociales / partenariat avec le CH SJDD)

Il existe un partenariat au sein du Centre Hospitalier SJDD avec un grand groupement qui met à disposition des résidences sociales. Il s’agit de logements autonomes à vocation temporaire mais sans limitation de durée. Ces résidences sociales sont nombreuses et financièrement accessibles pour des personnes bénéficiaires d’une allocation adulte handicapé.

Afin de faciliter les orientations vers ce type de lieux, il existe des commissions où les partenaires peuvent venir présenter la situation des personnes orientées. Depuis cinq ans, le CH SJDD participe à ces commissions via une collègue assistante sociale qui s’y rend tous les mois. Nous avons observé que nous avons davantage de réponse favorable pour des personnes qui ne sont pas présentées via cette commission et donc non rattachées aux soins que pour celles que nous présentons en commission. Comme l’indique J-Y.GIORDANA (p6,2010) dans son ouvrage : “J.M. Alisky et K.A. Icskowski [40] montrent que près de la moitié des propriétaires refusent d’emblée d’éventuels locataires s’ils ont connaissance d’un passé psychiatrique chez ces derniers.”

3. L'auto-stigmatisation: entraîne la non demande

Dans ma pratique j'ai souvent été questionnée par le fait que nombre de jeunes personnes hospitalisées ne demandaient pas d'aide, acceptant d'une certaine façon leur statut de "malade hospitalisé". C'est au sein du DIU que j'ai compris que le concept d'auto-stigmatisation peut expliquer la non demande, la non motivation à lancer des projets.

L'auto-stigmatisation revient à : "internaliser et associer à soi des stéréotypes négatifs concernant les troubles psychiques." (étude nationale sur l'auto-stigmatisation). Plus concrètement, J-Y.GIORDANA évoque aussi ce concept dans son ouvrage : "l'homme développe, dès son jeune âge, une représentation de ce qu'est un malade psychique. Ces notions prennent une pertinence particulière quand on déclare soi-même une maladie psychique. Il existe alors le danger que le malade applique ces stéréotypes à lui-même et anticipe les réactions négatives de son entourage, même s'il n'a pas en cela de raison particulière." (page 13, 2010). L'auteur nous explique que les conséquences d'une auto-stigmatisation peuvent être (p13 et p149/ 2010):

- manque de confiance en soi et dans l'avenir
- sujet à la démoralisation et dépression
- découragement et conduite d'échec et de non demande

Également les personnes sujettes à une auto-stigmatisation qui voudraient éviter cette stigmatisation pourraient éviter l'aide des professionnels ou interrompre leurs traitements: "la conscience d'appartenir à un groupe social rejeté par la société, a finalement une incidence négative sur la qualité de vie des patients et le cours de la maladie."

Aussi l'auto-stigmatisation peut avoir un effet néfaste pour la construction d'un projet de recherche de logement puisque la personne elle-même pourrait se décourager et ne pas entreprendre un tel projet. Dès lors le rôle des professionnels est d'aller vers ces personnes afin de leur redonner confiance et de lutter contre cette auto-stigmatisation.

Néanmoins, nous allons voir qu'un tel projet peut également être freiné par les soignants eux-mêmes.

C. Des projets freinés par les soignants

J'ai souvent été confrontée dans ma pratique comme je l'expliquais en introduction, à des réactions vives de soignants lorsque j'évoquais un projet de sortie de l'hôpital pour un logement autonome. Je me suis surprise à également douter moi-même de certains projets. Il n'est pas simple de lutter contre ces idées "il n'est pas prêt/ elle va se mettre en danger/il ne peut vivre

nulle part en dehors de l'hôpital". Pourtant les principes de nos métiers sont d'accompagner les personnes vers ce qu'elles désirent, de les aider à obtenir leurs droits comme n'importe quel autre citoyen, et comme nous l'avons vu précédemment le droit au logement existe et est inscrit dans la loi. Dès lors, comment se fait-il qu'il soit encore tant remis en question? Nous allons développer quelques pistes/hypothèses de réponses.

1. L'évaluation soignante en milieu hospitalier, une évaluation impossible

Dans la théorie, la personne concernée nous dirait où elle souhaite vivre et nous l'aiderions dans ce projet. Or un projet de logement pour un jeune hospitalisé est la plupart du temps pensé par l'équipe soignante au complet, souvent en fonction de ce que l'équipe connaît du jeune et de ses "capacités à habiter". Cette vision de la personne est biaisée à mon sens, puisque la personne est "observée", "évaluée" au sein de l'hôpital et sur les "actes" qu'elle aurait réalisés avant son hospitalisation dans un contexte de crise symptomatique. De plus, l'hôpital est souvent considéré comme un lieu stressant, impropre pour être réellement soi-même (du fait des contraintes multiples: institutionnelles ou celles liées au cadre). C'est Elodie qui lors de son entretien m'a éclairée sur ce constat, lorsque je lui ai demandé ce qu'elle pensait de l'évaluation soignante pour une entrée en logement depuis l'hôpital:

“ Je pense que c'est bien et pas bien à la fois. Parce que ça nous enferme dans un système où on n'est pas libre de faire les choses qu'on souhaite et où il y a un soin qui est vraiment fort, imposé . On ne peut pas faire ce qu'on veut, on est pas forcément à l'aise à l'hôpital dans ce qu'on fait. On pense souvent qu'il y aura une chose qui n'ira pas. Parce qu'on est dans un certain état psychique et les soignants voient surtout ça. On nous évalue dans des choses qui sont pas contre notre gré, mais qui sont imposées et du coup on peut être un peu perdu”.

Ces mots m'ont beaucoup fait réfléchir et rappelé une réflexion que j'avais régulièrement lorsque j'exerçais: comment évaluer une personne alors qu'elle est en crise, comment évaluer une personne alors qu'elle dans un lieu qu'elle ne connaît pas, avec d'autres personnes qui vont mal, qu'elle est loin de ses proches, de ses habitudes et sous la contrainte? De plus, pourquoi devrions-nous évaluer? Cela voudrait dire que nous doutons des capacités de la personne et que nous devrions vérifier si elle est capable? Mes questions rejoignent celle exposé par JP-ARVEILLER et F.JOST-DALIFARD (p.19,2011) sur le dispositif des appartements d'essais comment lieux d'évaluation “comment évaluer la vie personnelle dans un logement à soi alors

que les conditions expérimentales proposées imposent un logement que le résident ne peut s'appropriier totalement dans les mêmes conditions qu'en situation réelle?"

Également, j'ai souvent observé qu'il y a de grandes différences entre la vision des équipes d'intra-hospitalier et les équipes de réhabilitation vis-à-vis d'une même personne. A mon sens cela est en grande partie dû au fait que nous ne voyons pas la personne dans le même contexte. Les équipes d'intra ont la vision de la personne malade, vulnérable, peu autonome avec une évaluation dans l'unité de soin. En réhabilitation nous avons plus la possibilité de voir la personne à l'extérieur et cela nous amène une vision différente de la personne. Je ne souhaite pas être dans une critique de l'hôpital mais je pense qu'il peut être néfaste pour une personne de rester trop longtemps hospitalisée car il est difficile de l'imaginer ailleurs par la suite.

Aussi la construction des projets de sortie est à mon sens encore trop biaisée par une évaluation objective impossible. De plus, le principe même de devoir évaluer la personne peut devenir stigmatisant car il laisse supposer que la personne manque de capacités.

2. La question de la "prise de risque", l'échec vient dominer sur l'expérience

Lorsque je repense aux réflexions soignantes citées plus haut, il me paraît évident que les soignants ne veulent et ne pensent pas être stigmatisants et qu'il s'agit en grande majorité de peurs, de craintes que la personne échoue, se mette en danger ou mette en danger autrui. Les soignants entrent donc dans une logique de protection voire surprotection de la personne et cela limite leurs libertés et l'accès à leurs droits. La prise de risque en psychiatrie est un grand débat. P.DEEGAN pointait en 1987 les différences de traitements entre les personnes étiquetées malade ou non malade concernant leurs décisions:

“avons-nous adopté le concept de “dignité du risque” et de “droit à l'échec”? Les gens chroniquement normaux, ou les personnes qui ne sont pas psychiquement étiquetés sont autorisés à prendre des décisions stupides et peu éclairées tout le temps dans leurs vies (...) nous devons faire attention à faire la distinction entre une personne qui fait (de notre point de vue) un choix stupide ou néfaste pour elle et une personne qui est vraiment en risque”.

A mon sens il est donc primordial d'accompagner les personnes dans ce qu'elles souhaitent et

de les aider à obtenir leurs droits en termes de logement. L'expérience pourra bien se passer et ou mal se passer, et cela devra rester une expérience et non un échec.

Je vais donc par la suite détailler comment la création d'un poste social au sein d'équipes soignantes a permis d'accompagner des jeunes personnes hospitalisées vers et dans le logement.

IV. L'accompagnement vers le logement à travers une création d'un poste social dans des équipes soignantes :

A. Accompagner à travers les principes de rétablissement et d'empowerment, les missions du service social: informer, sensibiliser et responsabiliser

Le poste que j'occupais a été créé à mon arrivée. Auparavant les quatre équipes étaient constituées de soignants et d'un éducateur pour deux d'entre elles (équipe Yves Tanguy et l'HDJ Jacques Prévert). Les missions des éducateurs étaient semblables à celles des infirmiers. Les personnes accompagnées par les équipes soignantes avaient déjà, en théorie, un suivi social, soit en intra hospitalier soit en extra hospitalier dans les CMP où dans d'autres services sociaux. Mais en réalité beaucoup de jeunes hospitalisés sans logement allaient peu voir leurs assistantes sociales et étaient en non demande comme expliqué précédemment. Il est apparu que c'est à travers mon poste que je devais accompagner ces personnes à travers la pratique d'aller-vers pour leur redonner du pouvoir d'agir, les accompagner vers leur rétablissement.

Lorsque j'ai demandé la définition d'accompagner vers le rétablissement à Sabine, voici ce qu'elle m'a répondu : "il permet d'appuyer la personne dans sa vie au quotidien, sa vie personnelle et affective, professionnelle et sociale etc. Un appui dans sa vie dans tous les domaines et la soutenir et l'aider à arriver à atteindre ses objectifs et l'aider à gérer tout ça"

Cette définition est très importante selon moi car elle définit très bien ce que représente le travail social : il ne s'agit pas juste de remplir des documents administratifs ou de faire en sorte qu'une personne bénéficie des aides auxquelles elle peut prétendre. L'accompagnement social doit à mon sens être un accompagnement global. Pour qu'une personne puisse se projeter dans un lieu, un habitat, il faut qu'elle se projette à plusieurs niveaux : que son quotidien dans ce lieu lui soit envisageable, qu'elle continue à avoir une vie personnelle et affective, que ses proches soient associés à ce projet dans la mesure du possible, qu'elle se constitue un réseau etc. Dès lors, il était évident pour moi que j'accompagne ces jeunes hospitalisés de façon "renforcée" pour mieux comprendre ce qui était important pour eux, leurs désirs, leurs craintes etc. Je me suis donc rendue avec eux lors des visites, je les ai rencontrés dans des moments informels lors de sorties...

J'ai surtout beaucoup insisté sur l'information. En effet, je me suis rendue compte que beaucoup d'entre eux ne savaient pas la différence entre du logement social ou du logement parc privé, entre des lieux d'hébergement temporaires et les pensions de famille. J'ai fait en sorte qu'ils sachent ce à quoi ils pouvaient prétendre. Cela a pris du temps car le langage social et les différents dispositifs sont très complexes à comprendre. J'ai multiplié les visites de structures

avec eux, insisté pour qu'ils fassent des recherches de leurs côtés, qu'ils appellent eux-mêmes les structures. J'ai essayé de faire en sorte qu'ils construisent leurs projets par eux-même, que je sois seulement « un facilitateur ». Je me revois répéter régulièrement "c'est génial avec vous je n'ai plus besoin de travailler" lorsqu'ils remplissaient eux-même leurs dossiers ou appelaient des structures, des particuliers. Cela peut paraître anodin, mais en réalité j'ai compris que pour des jeunes hospitalisés depuis des mois qui vivent dans un quotidien où l'initiative, l'autonomie, la liberté est presque impossible, cela représente beaucoup.

Elodie me l'a aussi confirmé : "quand j'ai été hospitalisée pendant six mois ça a été assez difficile (...) je trouvais qu'il y avait pas grand chose à en tirer (...) Mais je trouve que là dans le système où je suis aux Célestins, c'est très sérieux, c'est assez valorisant quand même parce qu'on a des réunions qui nous permettent d'être mieux et d'être commandeur"

J-Y GIORDANA dans son ouvrage définit le rétablissement:

"c'est "être en recovery", c'est-à-dire gagner progressivement du terrain sur la maladie et ses effets négatifs. Le pivot du rétablissement est la responsabilité retrouvée par l'usager face à ses difficultés et son désarroi (...) cela fait émerger le concept de "prise de pouvoir personnel" ou empowerment, défini comme la capacité de prendre du pouvoir sur sa propre vie tout en visant son rétablissement" (2011, p211)

G.VIDON et J-M ANTOINE décrivent bien ce processus: (2013, p233)

"Le mouvement, surtout porté par des usagers (Survivors, Schizophrenia anonymous, etc.) considère le recovery comme un processus d'épanouissement et de développement personnel (et non pas comme une étape définitive) centré par la responsabilité retrouvée de l'usager face à la maladie (« le rétablissement n'est pas un cadeau octroyé par les médecins mais la responsabilité de chacun d'entre nous ») qui vise à une adaptation positive aux effets de la maladie avec reprise d'un contrôle sur sa vie."

Ils ajoutent que l'accompagnement vers le rétablissement: "doit être médical mais surtout social".

Nous allons désormais évoquer d'autres aspects de l'accompagnement nécessaires au rétablissement des personnes concernées.

B. Accompagner à travers le principe d'aller-vers: disponibilité, flexibilité et sur mesure, des points à améliorer. Illustration par l'accompagnement d'une personne concernée

Pour un accompagnement vers le logement M.BARRES nous rappelle les trois grandes modalités d'intervention (p35) "Les visites à domiciles avec le débats entre deux postures: ceux

qui craignent l'intrusion et ceux qui craignent l'isolement et sont alors interventionnistes. Les soins intensifiés au domicile lors de période de fragilité. La réponse à l'alerte.”

Ces trois grands principes me font particulièrement écho à une personne accompagnée durant l'exercice de mon poste. Il s'agissait d'une jeune personne hospitalisée depuis plus de trois ans avec un parcours très complexe depuis son enfance. Cette jeune a vécu de nombreuses problématiques et elle vivait de fait un profond mal-être. L'enfermement était très compliqué à vivre pour elle or les soignants n'arrivant pas l'accompagner ne cessaient de l'enfermer pour “la protéger” où s'en protéger. Elle a subi de nombreux passages en unité malades difficiles ce qui renforçait sa crainte de l'enfermement et des soignants. Elle était entre autres décrite comme “la malade la plus difficile de l'hôpital” et subissait bon nombre de remarques ou attitudes stigmatisantes. Cette jeune avait un projet, un rêve, avoir son propre appartement. Elle avait déjà eu une expérience de logement autonome aux Célestins, mais le collectif et les contraintes (obligation d'aller aux groupes) étaient trop compliqués pour elle.

Ma collègue infirmière coordinatrice au C.E.S.A.R avait un très bon lien avec elle et faisait en sorte que ce projet se concrétise. Dès mon arrivée elle me l'a présentée et nous l'avons accompagnée vers ce projet de logement autonome. Après des mois de négociations, de critiques sur ce projet, de freins etc, cette jeune a eu une proposition de logement via un contrat de sous-location. Pour ce projet un “montage” très particulier a été organisé: cette jeune allait être accompagnée par cinq équipes: le C.E.S.A.R, l'équipe YVES TANGUY, un SAMSAH spécialisé en réhabilitation, l'hôpital de jour de l'unité intra-hospitalière de réhabilitation et son CMP. Un tel montage a été pensé par ma collègue infirmière coordinatrice car elle savait que le lien avec cette jeune était difficile à tenir dans le temps car elle pouvait le mettre à rude épreuve. Elle s'était donc dit qu'il y aurait toujours une équipe qui serait présente lorsqu'une autre “lâcherait” pendant un temps. La jeune en question s'est très bien installée dans son appartement, ce dernier était assez proche de l'hôpital et d'un quartier qu'elle connaissait bien. Elle l'entretenait très bien. Mais assez vite, vivre seule a été compliqué pour elle, surtout les soirs et les week-ends. Elle faisait beaucoup d'appels à l'aide et vivait très mal lorsque les équipes ne répondaient pas à ses alertes dans l'immédiat. Petit à petit les liens avec les équipes ont été complexes, de-même pour les équipes entre elles qui ne voyaient pas l'accompagnement de la même manière. Certains prônaient un accompagnement éducatif: “il faut l'accompagner comme les autres, pas de favoritisme, elle sera vu lors des jours de visites à domicile”. D'autres (plus rares) prônaient le sur-mesure, la flexibilité.

Deux équipes ont fini par arrêter l'accompagnement face à la complexité d'être en lien avec la jeune. Dès lors, cette dernière a petit-à-petit multiplié les hospitalisations du fait d'un manque d'étayage à domicile.

Cette situation m'a beaucoup appris. En effet j'ai compris que malgré toute la bonne volonté des personnes concernées et de soignants, certains projets ne peuvent "fonctionner" sans des dispositifs adaptés et flexibles selon les besoins des personnes.

Comme l'explique J-Y GIORDANA, les pratiques doivent changer (2011, p208) :

“le glissement des soins de l'hôpital vers l'extra-hospitalier doit s'accompagner d'une remise en cause du mode de fonctionnement de l'équipe psychiatrique qui doit placer en principe majeur de fonctionnement les notions d'accès facile aux soins (locaux repérables et proches), de permanence des soins (24h sur 24h et 365 jours par an), de mobilité (suivi intensif dans le milieu, interventions aux domiciles même en cas d'urgence... et de flexibilité (c'est aux soignants, a priori élastiques, de s'adapter aux besoins du malade et non l'inverse)”

J-F BAUDURET (un des rédacteurs principaux de la Loi du 2 janvier 2002 qui a promu la reconnaissance du droit des usagers) va dans ce sens en expliquant cela : (p76, 2020) “ le logement promouvoit l'autonomie des personnes, c'est une condition nécessaire mais non suffisante pour réussir: pas de rétablissement et d'inclusion sans des prestations de soins et des accompagnements sociaux individualisés dans des proportions adaptées à chacun”.

Il est alors primordial que les équipes se modifient, changent leurs pratiques, leurs horaires, leurs localisations pour pouvoir accompagner les personnes concernées par un trouble psychique vers le logement.

J'ai à travers mon poste développé d'autres réseaux pour trouver des équipes, des lieux qui peuvent proposer une flexibilité aux personnes que l'on accompagne. C'est ce que je vais désormais développer.

C. Développer son réseau pour ouvrir les portes de l'hôpital : exemple d'un partenariat avec la maison de la veille sociale

Au sein de la métropole Lyonnaise, l'ensemble des demandes d'hébergements et des offres d'hébergements et de logements (hormis le logement social et privé) sont recensées et gérées par la maison de la veille sociale (MVS). Cela correspond au S.I.A.O (service intégré d'accueil et d'orientation/ 115) national. Toutes les personnes sans logement peuvent bénéficier de ce dispositif pour avoir une orientation vers un hébergement (hébergement d'insertion pérenne ou hébergement d'urgence) ou différents types de logements (résidences accueils, résidences sociales, sous-location, bail-glissant etc). La MVS est aussi le dispositif qui oriente vers des associations qui proposent des logements à des personnes concernées par un trouble psychique. Ces associations médico-sociales proposent un accompagnement différent que celui des équipes uniquement soignantes.

Les propositions de logement via la MVS fonctionnent à l'ancienneté : plus la demande est ancienne plus la personne aura une chance d'avoir une proposition de logement/hébergement. Il se trouve que la métropole lyonnaise a plus de demandes que d'offres en ce qui concerne le logement/hébergement.

Pour des personnes hospitalisées sans logement, avoir un dossier MVS est la première étape pour qu'ils aient par la suite des propositions. S'ensuivent ensuite les visites des structures, les dossiers etc. Ces dossiers MVS sont remplis par les assistant(e)s de service social (ASS).

A mon arrivée je me suis aperçue que beaucoup de jeunes hospitalisés sans logement n'avaient soit pas de dossier MVS, soit des dossiers non actualisés (sans rapport sociaux par exemple ce qui diminue les chances d'obtenir un logement).

Les dossiers étaient non réalisés pour différentes raisons: les ASS n'effectuaient pas le dossier car un projet logement n'était pas pensé par l'équipe soignante du fait que les personnes étaient évaluées comme non stabilisées. Le dossier n'était pas rempli car l'équipe ne savait pas encore quel projet pourrait convenir à la personne. Ou encore l'importance d'un tel dossier n'était pas connue par l'ASS par manque d'information.

Une des principales missions de mon poste a alors été de vérifier et de faire en sorte que les personnes accompagnées par les équipes de réhabilitation bénéficient d'un dossier à la MVS.

Je me suis ensuite rendue compte que malgré l'existence d'un dossier et d'une ancienneté, les personnes n'obtenaient pas d'orientation vers un logement. En réalité les opérateurs de la MVS connaissaient peu notre public et avaient des représentations sur leurs capacités à habiter, dès lors ils privilégiaient d'autres publics lorsqu'un logement était disponible.

Il existe également une règle sur les places en pension de famille, les personnes sortant de CHRS (centre hébergement et de réinsertion sociale) sont prioritaires sur les autres. Les personnes hospitalisées étaient alors forcément positionnées en deuxième position sur une place vacante. La méconnaissance du public hospitalisé et les règles de la MVS faisaient qu'il était très difficile pour les personnes hospitalisées d'obtenir un logement.

J'ai alors fait en sorte de développer un partenariat avec les opérateurs de la MVS. Il a fallu dans un premier temps déconstruire les préjugés sur les personnes accompagnées et montrer l'urgence de leurs situations: plus vite elles auraient un logement, plus vite elles pourraient quitter l'hôpital. J'ai également informé les opérateurs sur les différentes équipes soignantes qui accompagnent à domicile.

J'ai également signalé à ma hiérarchie ce manque de lien avec la MVS. Cette dernière a alors fait venir la direction de la MVS au sein de notre Centre Hospitalier et m'a conviée à cette rencontre. Avec le recul je regrette de ne pas avoir invité une personne concernée à cette rencontre, cela aurait eu encore plus d'impact.

La direction a pris conscience du manque de priorisation de notre public et s'est engagée à mener une réflexion sur l'ordre de priorisation. Également désormais les ASS du Centre Hospitalier seront conviées à venir présenter les situations des personnes lors des commissions d'orientation. La direction a aussi rencontré les résidents de la résidence accueil de la fondation, le but étant que la MVS aide au développement de nouvelles résidences accueil au sein de la fondation.

Ce travail avec la MVS a également à mon sens permis une autre avancée: auparavant les orientations vers la résidence accueil de la fondation se faisaient via une commission interne à la fondation constituée de la responsable du pôle logement et d'un médecin du Centre Hospitalier SJDD. Les orientations étaient alors à mon sens "biaisées" car ces deux personnes avaient accès à "l'historique" de la personne à travers son dossier médical. Désormais les places de cette résidence accueil et des futures qui vont ouvrir seront à destination des personnes ayant un dossier MVS et se feront à l'ancienneté et non plus au dossier. Ainsi, chaque personne hospitalisée aura la possibilité d'obtenir un logement.

Conclusion

L'accompagnement des jeunes personnes hospitalisées nécessite de faire appel à des pratiques orientées rétablissement mais pas seulement. Le gros du travail repose encore sur un nécessaire changement des représentations au sein même des équipes soignantes mais également au sein de notre société. Pour cela des actions au sein de la communauté sont nécessaires. En effet un logement s'inscrit au sein d'un quartier, au sein d'une ville où la personne va côtoyer les autres. C'est sur ces autres qu'il faut aussi agir : faire en sorte qu'il n'y ait plus de stigmatisation. Sans stigmatisation, l'accès au logement est plus simple, s'y maintenir est plus facile, et le bien-être des personnes concernées par un trouble psychique est meilleur.

J'aimerais pour conclure évoquer quelques pistes de travail que j'aurais aimé développer si j'avais continué d'exercer au sein de mon poste.

J'ai notamment compris grâce à ce DIU l'importance du travail avec les Conseils Locaux de Santé Mentale. En effet, ils permettent de travailler à un niveau local la question de la santé mentale et encouragent à ce que toutes les personnes concernées par un trouble psychique puissent vivre en tant que citoyen qui ont accès à leurs droits. De plus, le travail avec les CLSM permet également d'impliquer les personnes concernées dans la lutte pour accéder à leurs droits et de fait cela les aide dans leur rétablissement et dans leur prise de pouvoir quant à leur situation. Enfin cela permet de travailler avec les acteurs locaux tel que les bailleurs, et les associations en lien avec la question du logement. Aussi je pense que cela aurait favorisé l'accès au logement pour de nombreuses personnes concernées.

Également j'aurais aimé développer l'accompagnement vers le logement en binôme avec mes collègues pair-aidantes récemment arrivées sur l'institution. Leurs savoirs expérientiels et leur façon d'accompagner, de voir les personnes différemment est pour moi une grande richesse pour nous professionnels et pour les personnes concernées.

La question de la santé mentale est de plus en plus évoquée, petit-à-petit j'espère qu'avec cette évolution la stigmatisation s'effacera. Cependant il reste encore beaucoup à faire pour une réelle évolution de notre société. J'aimerais finir avec les mots d'Elodie, qui avait souhaité ajouter ce message en fin d'entretien : "Il faut être soi-même, il faut penser à être très très fort dans sa tête pour pouvoir avoir ce qu'on mérite".

- **Références bibliographiques :**

Article d'un périodique:

BAUDURET, J.-F. (2020, mai). Se rétablir par le logement. *Pratiques en santé mentale*, 76.

Le logement intégré au projet de vie. (2014, août). *Santé mentale*, 31.

ROUGER, C. (1996, janvier). Accompagnement social et projet thérapeutique ; réinsertion par le logement. *L'information psychiatrique*.

Schizophrénie : habiter un logement. (2018, mai). *Santé mentale*, 228, 201.

VIDON, G. & ANTOINE, J.-M. (2013, mars). De l'hébergement thérapeutique au « Un chez soi d'abord » . *L'information psychiatrique*, 223.

Livre :

Giordana, J. (2010). *La stigmatisation en psychiatrie et en santé mentale : CPNLF* (ELSEVIER-MASSON). MASSON.

Site internet :

Droit au logement. (s. d.). Legifrance. <https://www.legifrance.gouv.fr/>

Manifeste ARHM. (s. d.). <https://manifeste.fondationarhm.fr/>

Notre mission, nos valeurs. (2021, 10 décembre). Fondation ARHM. <https://www.fondationarhm.fr/notre-mission-nos-valeurs/>

Résumé du mémoire:

Avoir son propre logement fait partie des étapes de la vie, c'est un droit pour tous les citoyens. Le logement est investi par tout un chacun comme un lieu autour duquel nous construisons nos relations sociales mais il s'agit également d'un espace intime, et d'un lieu de protection par rapport au monde extérieur. D'autre part, le logement est inscrit dans un immeuble ou un lotissement, une cité, un quartier où l'on va côtoyer "les autres", "la communauté" (les voisins, le gardien, les commerçants, l'école, etc.).

Qu'en est-il pour les jeunes personnes hospitalisées concernées par un trouble psychique qui n'ont pas de logement? Comment font-elles pour y accéder alors que ce public est encore beaucoup stigmatisé dans notre société ? De quelles aides ont-elles besoin pour avoir un logement et s'y maintenir ? Quelles sont selon eux leurs besoins et envies concernant cette thématique de l'habitat ?

Dans cet écrit il s'agira de répondre à ces questions avec des réponses obtenues dans des lectures et auprès de personnes concernées.

Mots clés:

Logement, stigmatisation, accompagnement social, rétablissement, empowerment