

**Université Lille 2**

**Université Paris 13**

**APHM/CHU Sainte-Marguerite, Marseille**

**CCOMS, EPSM Lille Métropole**

**Mémoire pour le diplôme Inter-Universitaire**

**« Santé mentale dans la communauté »**

**Année 2016**

**Quel toit pour les personnes souffrant de troubles psychiatriques ?**

**Perrine Freydier**

**Tutrice : Marianne Ramonet**

## Sommaire

<b>I.</b>	<b>Introduction</b> .....	<b>p 3</b>
<b>II.</b>	<b>Le logement : une étape encore trop difficilement accessible</b> .....	<b>p 5</b>
<b>III.</b>	<b>De l’asile à la cité</b> .....	<b>p 10</b>
<b>IV.</b>	<b>Le logement : premier outil d’insertion</b> .....	<b>p 11</b>
<b>V.</b>	<b>L’accès au logement : un parcours du combattant</b> .....	<b>p 13</b>
1.	La stigmatisation : 1 <sup>er</sup> facteur d’exclusion .....	p 13
2.	Les difficultés économiques et sociales .....	p 15
3.	Des dispositifs saturés .....	p 16
<b>VI.</b>	<b>Le contexte sarthois</b> .....	<b>p 16</b>
<b>VII.</b>	<b>La recherche de logement : regards croisés</b> .....	<b>p 19</b>
1.	Le choix des interviewés .....	p 19
2.	Outils et objectifs .....	p 19
3.	Résultats des entretiens des professionnels de santé et résidents .....	p 20
a.	Sur la question des critères pris en compte pour l’étude du projet .....	p 20
b.	Sur la question de la construction du projet .....	p 20
c.	Sur la question du partenariat, des structures et du tissu associatif .....	p 21
d.	Sur la question des freins à l’obtention d’un logement .....	p 21
e.	Sur la question des difficultés rencontrées dans le parcours .....	p 21
f.	Sur la question de l’aide à leurs difficultés .....	p 22
4.	Résultat de l’entretien avec Sarthe Habitat .....	p 22
a.	Sur la question des relations avec les services de psychiatrie .....	p 22
b.	Sur la question des demandes de logement .....	p 22
5.	Place différente, regard différent .....	p 22
<b>VIII.</b>	<b>Le logement accompagné : Une réponse adaptée</b> .....	<b>p 24</b>
1.	La résidence Accueil Maya Angelou .....	p 26
2.	L’appartement d’évaluation EHLI : Un maillon avant le projet logement pour affirmer sa façon d’habiter .....	p 28
<b>IX.</b>	<b>Discussion : Le soin et le prendre soin</b> .....	<b>p 30</b>
<b>X.</b>	<b>Conclusion</b> .....	<b>p 32</b>
<b>XI.</b>	<b>Annexes</b> .....	<b>p 33</b>
	<b>Références et bibliographie</b> .....	<b>p 38</b>
	<b>Résumé</b> .....	<b>p 40</b>

## **I. Introduction**

L'état de santé mentale d'un individu est déterminé par des facteurs personnels et environnementaux, il n'est pas qu'une affaire sanitaire, mais relève également d'une prise en charge globale, dans un environnement social, économique, institutionnel.

Les facteurs environnementaux tels que l'intégration au cœur de la cité, savoir se saisir des dispositifs proposés, aller vers l'extérieur en limitant les troubles anxieux, font partie des facteurs de rétablissement, tout autant que le fait d'avoir la possibilité de s'engager en tant que citoyen, de devenir acteur de son parcours et de faire ses propres choix.

La santé mentale est l'affaire de tous, une personne sur quatre dans le monde souffre de troubles mentaux. Si l'on prend en compte que la majorité des personnes vivant avec des troubles vivent dans la communauté, celle-ci se doit de leur faciliter l'accès au droit, dont le logement est la pierre angulaire.

Au-delà d'une prise en charge médicale adaptée indispensable, l'intégration n'est possible que si les besoins primaires (besoins physiologiques et besoin de sécurité) de l'individu sont comblés. Le logement est donc le maillon indispensable et essentiel pour remplir ces besoins et envisager toute suite de parcours.

Je travaille depuis neuf ans dans le domaine de l'accompagnement dans le logement en tant que CESF (Conseillère en Économie Sociale et Familiale) au sein de l'AGLA (Association de Gestion de Logements Accompagnés) Nelson Mandela. Cette association propose depuis maintenant plus de vingt ans des logements aux personnes en situation d'exclusion et d'isolement.

Au départ foyer de travailleurs migrants, elle a muté au fil des années en intégrant les changements sociétaux, et modifiant ces offres de logements afin d'être au plus près des besoins des personnes. Elle intègre aujourd'hui plusieurs structures (voir annexe 1).

J'ai au départ exercé sur la résidence sociale, qui propose 69 logements pour un public en très grande précarité multipliant les difficultés, avec des parcours d'abandons multiples, et qui ont renoncé à tout espoir et issue positive pour leur trajectoire de vie.

Ma mission était aussi vaste qu'intéressante, puisqu'il s'agissait d'accompagner des résidents<sup>1</sup> sur tous les domaines du quotidien : le logement, l'accès aux droits, l'emploi, la santé, la justice, le budget... Durant ces dix années, j'ai constaté les changements de politique, l'évolution des mentalités, et ainsi j'ai pu adapter ma pratique par la remise en cause régulière de mes fonctionnements.

Après sept ans passés sur la résidence sociale, j'ai souhaité évoluer vers un projet différent et travailler à la mise en place d'une résidence accueil, pour ensuite en devenir responsable.

La résidence accueil est une forme de maison relais réservée à l'accueil d'un public souffrant de pathologies psychiatriques et autres troubles en lien avec la santé mentale.

Cette expérience au sein de la résidence accueil et de ses résidents, m'a permis de constater les répercussions bénéfiques d'un logement adapté en plus d'un accompagnement social et humain quotidien. J'ai pu observer durant ces années, l'évolution des personnes lorsqu'on leur proposait un logement décent, et un environnement sécurisant.

Ce travail de conseillère en économie sociale et familiale, ou tout autre travailleur social, n'est possible que si l'on réfléchit soi-même à la notion d'accompagnement. Que signifie-t-il ? quelles valeurs et déontologie y associons-nous ? Quelle part de soi acceptons nous d'engager dans ce travail avec, et au côté, de cet autre en détresse, en difficulté, ou en situation de vulnérabilité ?

À mon sens, il s'agit d'être là, au moment opportun, de se constituer béquille lorsque le poids des difficultés du quotidien est trop lourd à porter seul. Offrir la possibilité de réinvestir sa position de sujet au travers des actes du quotidien : c'est un premier pas vers un projet de vie.

Si l'accompagnement apporte un soutien quotidien, une présence rassurante, et peut permettre à un individu à un moment donné de faire face à des difficultés d'ordre économique et/ou social, il est impératif de redonner sa place à la personne au travers de ses capacités et de son pouvoir décisionnaire.

C'est aussi ce que pense Brigitte Bouquet, titulaire de la chaire travail social-intervention social, quand elle rappelle les deux conditions nécessaires à cette réussite : le renoncement à

---

<sup>1</sup> Dénomination volontaire de l'association, selon le Petit Larousse illustré : « Résident : Se dit de quelqu'un qui habite dans un lieu quelconque » par opposition à « Résident : Personne qui habite dans un autre endroit que son pays d'origine. »

la toute-puissance professionnelle (en refusant de faire à la place de l'autre) et la croyance dans l'avenir (s'appuyer pour réussir sur les potentialités de l'autre)<sup>2</sup>.

Ces conditions sont valables quelques soient les publics que l'on accompagne, public en très grande précarité ou public diagnostiqué par la médecine comme souffrant de troubles psychotiques.

Cette approche, est aussi présente dans le concept d'empowerment qui s'appuie avant tout sur les possibilités du sujet, qui devient un véritable partenaire à part entière, et est associé à chaque prise de décision le concernant.

Dans ma façon de travailler, je garde également en tête le concept de rétablissement (recovery) qui fait également écho à cette nécessité de croire en l'autre et à ses capacités. Pour Marie Koenig, lors d'une présentation du rétablissement sur le site internet des entendeurs de voix, il s'agit d'un processus qui permet à l'individu de faire de sa différence une richesse, et de se centrer sur ces ressources plutôt que sur ses limitations.

Il est encore courant de constater aujourd'hui, que la maladie mentale est fortement stigmatisée, et les représentations associées encore bien négatives.

C'est en premier lieu aux accompagnants, qu'ils soient médicaux ou sociaux à commencer ce travail de prise de conscience et de changer son regard sur la maladie mentale.

## **II. Le logement : une étape encore trop difficilement accessible**

L'accès au logement pour les personnes atteintes de troubles psychiatriques fait l'objet d'un intérêt croissant de la part des politiques. Des lois en ce sens ont enfin vu le jour durant ces dernières années....

Cependant, le logement a toujours fait partie des droits fondamentaux de l'individu et est clairement énoncé dans la déclaration universelle des droits de l'homme et du citoyen de 1948, article 25.1 :

*« Toute personne a droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé, son bien-être et ceux de sa famille, notamment pour l'alimentation, l'habillement, le logement, les soins médicaux ainsi que pour les services sociaux nécessaires ; elle a droit à la sécurité en cas de*

---

<sup>2</sup> :Brigitte Bouquet-Ethique et travail social, une recherche de sens 2<sup>ème</sup> édition, 2012 éditions Dunod

*chômage, de maladie, d'invalidité, de veuvage, de vieillesse ou dans les autres cas de perte de ses moyens de subsistance par suite de circonstances indépendantes de sa volonté. »*

La réalité en est autrement, la place de la personne souffrant de troubles de santé mentale a toujours été compliquée. Depuis très longtemps, des personnes, des associations, travaillent au quotidien auprès de ce public, s'investissant pour leur garantir des conditions de vie décentes. Ce personnel de proximité s'est spécialisé, auparavant religieux et gardiens, il s'agit maintenant d'infirmiers, de travailleurs sociaux.

Les constats de terrains en arrivent aux mêmes conclusions : l'accès au logement pour les personnes souffrant de troubles de santé mentale est un véritable parcours du combattant.

Des structures cependant existent, et sont une alternative ou un relais à un logement autonome : les résidences accueils en font partie, et c'est de cette place que j'ai réalisé ce mémoire.

La résidence accueil émane du dispositif des maisons relais, lui-même dépendant de la circulaire régissant les résidences sociales. Ce dispositif est mis en place sur l'écriture d'un projet social validé par la DDCS, il est hors du champ médico-social. Les personnes payent une redevance, correspondant à un loyer, et peuvent prétendre à l'AL (Allocation Logement), ou à l'APL (Allocation Personnalisée au Logement).

Ce dispositif de logement est destiné plus particulièrement à accueillir des personnes présentant des troubles de santé mentale stabilisés, au faible niveau de ressources.

La résidence accueil propose souvent un logement individuel ou en colocation, des espaces collectifs, et un accompagnement social et parfois sanitaire.

La résidence accueil pour laquelle je travaille a ouvert ses portes en janvier 2014. Elle est issue d'une collaboration étroite avec l'EPSM (Établissement Public de Santé Mentale) de la Sarthe avec lequel une convention a été établie. Elle propose seize logements, allant du studio au T2.

J'accompagne donc dans leur quotidien seize résidents. J'ai appris à connaître la souffrance psychique et la maladie psychiatrique, ainsi que les personnes souffrant de ces troubles et leurs difficultés au quotidien. J'ai dû également me familiariser avec le monde médical, et plus particulièrement avec les secteurs de psychiatrie de la Sarthe.

Ce travail d'accompagnement au quotidien m'interroge sur la prise en charge de ce public différent par les professionnels œuvrant pour les soigner et faciliter leur insertion.

Le plus surprenant pour moi fut la parole de soignants, suite à l'admission et le maintien au sein de la structure de résidents qualifiés de « souffrant de pathologies lourdes ». « Pourtant personne n'y croyait ! », tels sont les mots prononcés parfois, suite au constat de personnes recouvrant des facultés et occupant une vraie place de sujet social.

Personne pour qui il n'existait pas d'autres perspectives que l'hospitalisation, faute de structures adaptées ou des représentations mettant de côté tout « champs des possibles ».

Ces doutes de la part des accompagnants sur les possibilités des personnes accompagnées, me questionnent dans mon rapport au quotidien avec les « patients » devenus « résidents ». Derrière ces quelques mots, entendus à maintes reprises, se pose la question de la vision de ces patients par le monde médical lui-même, sur la mise en place de projets auxquels finalement personne ne croit.

Quelle place peut reprendre le sujet face à la prophétie auto réalisatrice dans laquelle son entourage l'enferme (personnel médical, mais aussi travailleurs sociaux, mandataires judiciaires...), entraînant le sujet à l'échec par leur propre projection négative.

Cette résidence accueil a permis à quelques résidents, malgré des « pronostics » de départ fatalistes et de (trop) longues hospitalisations (pouvant aller jusqu'à cinq ans pour l'un d'entre eux), avec des parcours d'échecs répétés, de se stabiliser. Ces personnes se maintiennent dans leur logement, demandant au personnel présent, ainsi qu'aux résidents eux-mêmes, souplesse, tolérance, et adaptation.

La résidence accueil n'a pas de fin de prise en charge de programmée, il s'agit d'un « vrai logement », et surtout de leur logement.

La résidence accueil fonctionne avec une commission d'admission où sont présents le corps médical (psychiatre, cadre de santé), personnel de l'association et partenaires institutionnels. Les demandes émanent pour la grosse majorité de l'EPSM. L'orientation sur la résidence est faite par le médecin psychiatre. Mais comment ce projet a-t'il été travaillé ? et sur quels éléments se base-t-on pour en évaluer la cohérence ?

C'est avec cet objectif, et afin de proposer un projet résidentiel adapté, que l'EPSM de la Sarthe et l'AGLA Nelson Mandela a mis en place un appartement dit « appartement test »

dénommé appartement EHLI : appartement d'évaluation des capacités à habiter en logement individuel.

Cet appartement entièrement aménagé et équipé, fonctionne de la manière suivante : il accueille pendant une période d'un mois renouvelable deux patients pour qui des interrogations subsistent sur leurs capacités à vivre dans un appartement de manière autonome. Un suivi est mis en place, par la visite régulière de l'équipe soignante, et également par le travailleur social de l'association, afin d'avoir un regard croisé sur la situation. À l'issue de cette période, et suite à la double évaluation médicale et sociale, des orientations doivent être préconisées, afin de travailler sur un projet adapté. Cette durée d'un mois peut être reconductible, si l'évaluation paraît incomplète.

À l'issue de cette période, le patient doit quitter les lieux pour un retour à l'hôpital, où il pourra travailler le projet préconisé, en lien avec les équipes médicales et sociales de l'EPSM. Ce retour sur l'hôpital après avoir goûté à l'autonomie peut être présenté comme la première difficulté à affronter pour le patient.

Ce type de structure se révèle selon moi intéressante, puisqu'elle laisse le champ libre aux patients de révéler leurs capacités, souvent sous estimées, et d'éviter de longues périodes d'hospitalisation pour des sujets à qui personne n'a donné la chance de démontrer ses aptitudes. Notons que les personnes atteintes de ces troubles doivent montrer « patte blanche », plus que les autres, afin d'accéder à leurs droits fondamentaux, dont le logement fait partie.

Si l'on met de côté cette considération, ce logement d'évaluation permet tout de même une observation concrète et objective, hors de toutes représentations et suppositions subjectives.

Dans un deuxième temps, le travail en réseau s'avère une nécessité pour assurer la continuité du projet, notamment avec les bailleurs sociaux de la ville. Cependant, à travers les liens que j'ai pu tisser et au cours des discussions, force est de constater que des difficultés persistent.

Toutefois, nos divers échanges convergent tous vers la conclusion d'une volonté réelle de travailler en lien avec les différents acteurs de la santé mentale. Il faut cependant changer les représentations et fabriquer de l'interdisciplinarité, en mettant au centre la personne et ses besoins.

**Il existe de nombreux freins pour les usagers de la psychiatrie, et pourtant l'expérience montre que de nombreux usagers sont capables de vivre en logement malgré ce que les professionnels pensaient ou avaient évalué. Ces expériences pourraient donc contribuer à changer le regard porté sur eux.**

**D'autre part, des partenariats se développent entre les bailleurs sociaux, les acteurs de la santé et des associations, avec des expériences réussies.**

**C'est ce que le logement accompagné propose, notamment avec l'AGLA Nelson Mandela qui permet d'avoir un véritable parcours résidentiel, en fluidifiant l'accès au logement, et proposant un panel de solutions diversifiées.**

**Je propose de travailler dans un premier temps sur l'évolution de la prise en charge des personnes souffrant de troubles de santé mentale.**

**- Je propose de travailler dans un premier temps sur l'évolution de la prise en charge de personnes souffrant de troubles de la santé.**

**- Je présenterai ensuite comment le logement est un élément déterminant à une insertion plus globale et je développerai les différents obstacles de l'accès au logement.**

**- Puis, j'aborderai le contexte local du logement et je présenterai des entretiens auprès de professionnels et d'usagers et leur analyse.**

**- Enfin je terminerai sur une présentation du dispositif du logement accompagné, avec la résidence accueil et l'appartement EHLI et démontrerai comment ils peuvent répondre aux besoins de personnes souffrant de pathologies en lien avec la santé mentale.**

### **III. De l'asile à la cité**

Considérés comme démoniaques à l'Antiquité et au Moyen âge, brûlés à l'Inquisition, les fous ont toujours dérangé et inquiété. La prise en charge des pathologies psychiatriques n'est finalement pas si vieille.

Nous pouvons en retenir quelques étapes importantes :

**En 1656**, c'est le début de ce que M. Foucault appelle le « grand renfermement », avec la création de l'Hôpital Général où seront enfermés tous les « aliénés » avec toute personne déviante par rapport à l'ordre social (marginaux, prostituées, nécessiteux, lépreux ...)<sup>3</sup>.

Les personnes souffrant de troubles mentaux ou troubles psychiques, n'ont pu bénéficier d'une prise en charge médicale qu'au XIX<sup>ème</sup> siècle où la pratique de la médecine se généralise, à travers la construction d'asiles pour « aliénés ». Ils sont alors différenciés de la criminalité, et bénéficient d'une prise en charge plus humaine avec l'apparition du concept de « maladie mentale ».

**Dans les années 1830**, avec la promulgation de la loi du 30 juin 1838, J E D Esquirol jouera un rôle essentiel et novateur dans la prise en charge des « insensés », il sera à l'initiative de cette loi imposant la création obligatoire des hôpitaux psychiatriques en France.

Cette institution pose déjà, à cette époque de grandes questions de fond, notamment celle de l'enfermement, qu'E. Goffman dénoncera violemment dans son livre « Asiles » en qualifiant l'hôpital psychiatrique « d'institution totalitaire » et comparant ses pratiques à la prison ou au camp de concentration.<sup>4</sup>

La condition des personnes souffrant de ces troubles ne s'est réellement améliorée que dans **les années 50** avec l'arrivée des psychotropes (1954), impliquant la possibilité d'un autre avenir que celui de l'enfermement.

**Dans les années 60** avec l'ère de la désinstitutionnalisation, les patients sont remis au sein de la cité.

La question de la folie et de sa prise en charge continue cependant à être questionnée, remise en cause et souvent dénoncée.

---

<sup>3</sup> Histoire de la folie à l'âge classique – Michel Foucault, 1961 éditions Gallimard

<sup>4</sup> Asiles, études sur la condition sociale des malades mentaux –Erving Goffman, 1968 les Editions de minuit,

Des mouvements contestataires sont créés tels que « l'antipsychiatrie », inventé par le psychiatre Thomaz Sazs qui invite à remettre en cause le concept même de maladie mentale, et dénonce les pratiques abusives de l'enfermement, l'utilisation de la lobotomie ou de la camisole.

**Dans les années 70**, de nouveaux courants de pensées apparaissent, avec l'idée que la maladie mentale n'est plus une fatalité avec des pronostics pessimistes et enfermants. Des mouvements comme celui des survivants de la psychiatrie annonce qu'il est possible d'aller mieux, et revendiquent « le droit de rêver ». Il n'est plus question de subir des pratiques coercitives.

Les voix s'élèvent et elles réclament leur légitimité en tant que citoyen capable d'agir, de décider, et de se rétablir.

Comme nous avons pu le voir, la question du lieu de vie, à travers l'enfermement s'est toujours posé, puisqu'il a longtemps été question de mettre de côté, d'enfermer, de consigner dans des lieux « spécialisés » la personne souffrant de maladie mentale.

Cette question perdure encore aujourd'hui, avec des expériences plus ou moins réussies.

Les obstacles pour l'accès à leur droit et au logement sont encore nombreux.

#### **IV. Le logement : 1<sup>er</sup> outil d'insertion**

L'accès au logement est un droit universel, et la loi du 11 février 2005 a pris en compte pour la première fois, les personnes vivant avec des troubles et a souligné l'importance de l'accompagnement social et médico-social. Les pratiques évoluent donc, et il ne s'agit plus de penser la maladie mentale par une approche très sanitaire, mais de penser l'individu de manière globale et avec son environnement. Le rapport de 2011 sur la prise en charge de la santé mentale<sup>5</sup> confirme d'ailleurs cette approche expliquant « *qu'il est nécessaire d'appréhender le parcours de la personne selon les besoins ainsi déterminés, dans l'accès et le maintien de tous les aspects de la vie sociale, le logement, le travail ou l'activité, la participation à la vie dans la cité* ».

De plus, la plupart des patients souffrant de troubles psychiques sont en effet suivi en ambulatoire.

---

<sup>5</sup> Enquête DREES, p21

Il n'est donc plus à prouver que le logement est un maillon essentiel sur le rétablissement et permet également de développer ses capacités à l'empowerment afin d'accéder à un niveau de vie satisfaisant.

« Habiter » ne se réduit pas à être logé, cela nécessite des aptitudes et peut requérir l'aide d'un tiers. L'indissociabilité du logement et de l'accompagnement apparaît aujourd'hui comme une évidence.

La circulaire de « promotion sur la santé mentale »<sup>6</sup> met en avant « le retour dans la communauté » en impliquant le processus de désinstitutionalisation psychiatrique.

Dès lors que les besoins fondamentaux de sécurité sont acquis, on peut penser que le soin peut (re) démarrer et s'installer de manière plus durable. La création d'un contexte favorable à un suivi régulier dépend avant tout de l'attribution d'un logement dans lequel l'individu pourra se poser de manière durable, et commencer à construire des projets.

Le programme expérimental « un chez soi d'abord » a fait ce pari, contrant les idées reçues qu'avant d'intégrer un logement la personne devait recevoir des soins. Il s'agit de proposer un logement à des personnes très loin de l'insertion, vivant à la rue avec des troubles psychiatriques sévères et souffrant d'addictions, dans les villes de Paris, Marseille, Lille et Toulouse. Cette expérimentation, lancée en 2011, incluait un accompagnement à domicile intensif, composé d'une équipe pluri disciplinaire soignants et travailleurs sociaux.

Le deuxième comité de pilotage de mai 2016 annonce des résultats encourageants avec un maintien dans le logement pour 86 % d'entre elles, et un accès à des soins de santé mentale pour près de 80%, d'autre part, 96 % des personnes initialement suivies le sont toujours, 4 ans après.

Le logement est une des clés, si ce n'est la première vers le rétablissement, en apportant un espace intime et personnel, et son appropriation sera un élément fondamental dans la suite du parcours de la personne.

Mais accéder au logement reste encore bien trop souvent un véritable parcours semé d'embûches de tout ordre.

---

<sup>6</sup> Circulaire DHOS/O2/DGS/6C/DGAS/1A/1B n° 521 du 23 novembre 2005

## V. L'accès au logement : un parcours du combattant

### 1. La stigmatisation : 1<sup>er</sup> facteur d'exclusion :

La stigmatisation est selon le dictionnaire de la psychiatrie une « *Théorie sociologique selon laquelle un sujet reçoit de la société une "étiquette" aboutissant à ce que l'environnement attende de lui un type de comportement donné : pour soutenir sa cohésion interne, il est orienté vers un tel type de comportement, qui est par là-même renforcé et diminue sa liberté réelle dans une sorte de cercle vicieux* ».

Une autre conséquence de la stigmatisation, en plus de l'exclusion, est le risque que le sujet agisse comme la société attend à ce qu'il devrait se comporter. E. Goffman, dans « stigmaté » explique très bien ce processus et évoque « des carrières de déviant »<sup>7</sup>.

Cette notion peut se rapprocher de ce que R ; K Merton, sociologue américain appelle la prophétie auto réalisatrice et qui en fait la définition suivante :

*« C'est, au début, une définition fausse de la situation qui provoque un comportement qui fait que cette définition initialement fausse devient vraie. »*

Nous pouvons donc faire le parallèle avec la situation des personnes en situation de demande de logement, hospitalisée, dont les capacités à habiter un logement sont au centre du questionnement des professionnels travaillant au sein de l'établissement. Dans quelle mesure n'influe-t-il pas avec leurs représentations, leur peur, sur le parcours futur de la personne ?

Selon Gilles Vidon, la stigmatisation est un phénomène de défense de la société vis-à-vis d'un autre groupe de personnes, présentant des différences sociales, culturelles, physiques, en leur attribuant une valeur péjorative . Pour E. Goffman, la stigmatisation est décrite comme une « *situation de l'individu que quelque chose disqualifie et empêche pleinement d'être accepté par la société.* »<sup>8</sup>

Nous avons pu voir au fil de l'histoire, que la folie a toujours été associée à des images négatives avec une volonté collective de mettre la personne souffrant de troubles à l'écart de la société.

---

<sup>7</sup>, <sup>7</sup> Stigmatés, les usages sociaux des handicaps – Erving Goffman, 1968 les Editions de minuit

La maladie mentale est donc stigmatisante, et les représentations associées négatives. L'enquête santé mentale en population générale, faite par le CCOMS (Centre Collaborateur de l'Organisation Mondiale en Santé Mentale) en 1998 montre que la population interrogée associe le fou à des termes inquiétants tels que « irresponsable » à 80%, incurable et dangereux pour une grande partie des personnes interrogées.

Qui voudrait travailler, vivre, habiter près d'une personne souffrant de troubles psychiques lorsque le tableau véhiculé par ces préjugés est si sombre ? De cette question découle directement le problème de l'insertion sociale et l'inclusion dans la cité.

Avoir un logement, un travail, un réseau amical, familial, des loisirs, tous ces besoins quotidiens sont des facteurs importants du rétablissement.

En effet, 75 % des personnes vivant avec des troubles ont une vie dite normale, et ne sont pas suivis par les services de psychiatrie (source CCOMS) .

Or, lorsque le travail, le logement, les relations sociales sont facteur d'insertion, la stigmatisation entraîne l'exclusion de ces mêmes champs et freine la possibilité pour le sujet de se rétablir.

R. Castel évoque ce qu'il préférera nommer « la désaffiliation ». Dans son ouvrage « Métamorphoses de la question sociale »<sup>9</sup>, il évoque surtout les : « *personnes en situation de précarité, les prolétaires, les personnes au chômage, les indigents, toutes personnes que la société déclare comme « non productives »*. R. Castel explique que la désaffiliation est un processus, dans lequel se trouvent des zones de vulnérabilité, entraînant dans le cas extrême la marginalisation et dont le travail et les relations sociales sont des champs fondamentaux.

Face à ces différents constats, tout le monde tourne en rond : patients, soignants, travailleurs sociaux... Une personne souffrant de ces troubles est rejetée des circuits d'insertion classique et pourtant, afin que ces troubles soient vivables il faut qu'elle puisse bénéficier de tout ce que la vie propose d'agréable et d'intéressant. Les travailleurs sociaux, démunis, orientent donc vers les services de psychiatrie afin de traiter les troubles, car ce sont ces troubles qui empêchent d'accéder à un logement, un travail. Pour le champ social, il s'agit d'une problématique médicale. Pourtant, les services médicaux renvoient vers les travailleurs sociaux puisqu'ils n'ont pas vocation à traiter la précarité. Il s'agit là d'un phénomène courant et difficilement solvable si le dialogue n'est pas ouvert. Ces situations sont connues par les

---

<sup>9</sup> Métamorphoses de la question sociale, Une chronique du salariat – Robert Castel, 1999 Editions Gallimard

différents partenaires et présentées de manière récurrente aux différentes instances institutionnelles en lien avec le logement.

Autre fait constaté au cours de ma pratique professionnelle dans l'accompagnement sur la recherche d'un logement : celui du droit à l'oubli qui n'est pas souvent accordé.

Il ne semble pas de mise dans ce secteur, lorsque des problèmes avaient déjà été rencontrés lors de l'occupation d'un précédent logement. La deuxième chance est rare, et le rejet peut même s'étendre à l'entourage familial et amical.

## 2. Les difficultés économiques et sociales :

Selon une étude des affaires du ministère social et de la santé publiée le 29-07-2016, 2.5 % de la population sarthoise perçoit l'AAH (Allocation Adulte Handicapé) (moyenne nationale : 2.7%). Il est difficile de dissocier ce qui relève de l'attribution de cette allocation pour problématique de santé mentale ou handicap physique.

Le montant de l'AAH à taux plein est de 808 euros, alors que le seuil de pauvreté en France est estimé, selon l'INSEE (Institut National de la statistique et des études économiques) en 2013, à 1000 euros (calcul basé sur un niveau de vie inférieur à 60 % du niveau de vie médian).

Les chiffres parlent d'eux-mêmes quant à cette première contrainte économique, surtout à l'approche des grandes agglomérations où le coût des loyers est déjà inabordable pour une personne en situation d'emploi.

Bien que la loi du 11 février 2005 pour l'égalité du droit et des chances fasse de sa priorité l'accès aux droits fondamentaux des personnes en situation de handicap, la réalité semble éloignée de ces prérogatives. Cette loi prend cependant en compte, pour la première fois, les personnes vivant avec des troubles psychiques et convient de l'importance de l'accompagnement social et médico-social.

L'accès au logement est évidemment plus compliqué, pour des personnes bénéficiaires de minima sociaux, dans un contexte où le prix des loyers ne cesse d'augmenter, que les propriétaires demandent de plus en plus de garanties.

Les bailleurs sociaux quant à eux, n'arrivent plus à faire face à des demandes croissantes alors que le parc social stagne et que beaucoup de villes ne répondent pas à la loi SRU (loi relative à la solidarité et au logement urbain) sur l'obligation de construction de logements sociaux.

Le contexte d'attribution de logement est donc tendu, surtout au cœur et aux alentours des grandes agglomérations.

La question économique s'ajoute aux représentations négatives dont font l'objet les personnes souffrant de troubles de santé mentale.

Nous pouvons également nous poser la question de l'AAH (allocation adulte handicapé) attribuée selon le taux d'incapacité de l'allocataire, dont l'appellation invite au fantasme autour du supposé handicap, et peut être finalement facteur de crainte ou de rejet pour les personnes étudiant la demande de logement.

### 3. Des dispositifs saturés :

Les structures d'hébergement et autres associations œuvrant dans le domaine du logement et de l'hébergement sont également en manque de moyens et disposent d'un nombre de places limité et insuffisant.

Le nombre de structures est insuffisant, les budgets des hôpitaux diminuent, faisant disparaître des lits, avec comme conséquence un nombre croissant à la rue de personnes souffrant de troubles psychiques.

Selon l'UNAFAM, (Union Nationale des Amis et Familles de Malades psychiques), on considère qu'une personne sur trois à la rue souffre de pathologie mentale. Le rapport Mercuel, évoque....

## **VI. Le contexte sarthois**

La Sarthe est un département de taille moyenne (567 382 habitants), dont le chef-lieu est Le Mans. Le département est composé de 21 cantons.

Je m'appuierai sur le dernier PDALPD (Plan Départemental d'Action pour le Logement des Personnes Défavorisées de la Sarthe)<sup>10</sup> pour dresser une vue du territoire en termes de logement et de précarité.

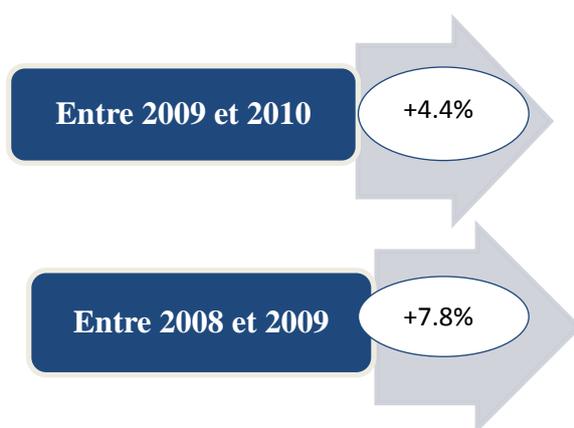
Le PDALPD est un bon indicateur d'évaluation des politiques mises en place sur un territoire donné en matière de logement. Il fait le bilan sur les actions menées et définit les objectifs à venir. Il est élaboré par le Préfet et le Conseil départemental sur la base d'une étude quantitative et qualitative des besoins. Les acteurs du domaine du logement tels que les bailleurs sociaux, les associations, ainsi que la CAF (Caisse d'Allocations Familiales), et

---

<sup>10</sup> Plan départemental pour le logement des personnes défavorisées de la Sarthe 2014-2018

d'autres partenaires institutionnels DDCS (Direction Départementale de la Cohésion Sociale), DDT (Direction Départemental du Territoire) y contribuent. Il est établi pour une période de quatre ans.

Dans le territoire du Mans et de la couronne mancelle, 43 % des résidences principales sont occupées par des locataires. En 2010, 13.2 % de la population sarthoise vit en dessous du seuil des bas revenus (chiffres en hausse sur les trois dernières années). Le nombre de bénéficiaires sarthois de l'allocation adulte handicapé (AAH) est également en progression :



Le PDALPD 2014 - 2018 rappelle dans son introduction la loi n°90.449 du 31 mai 1990, article 1<sup>er</sup>, que : « toute personne ou famille éprouvant des difficultés particulières en raison notamment de ses ressources ou de ses conditions d'existence, a droit à une aide de la collectivité pour accéder à un logement décent et indépendant ou s'y maintenir .

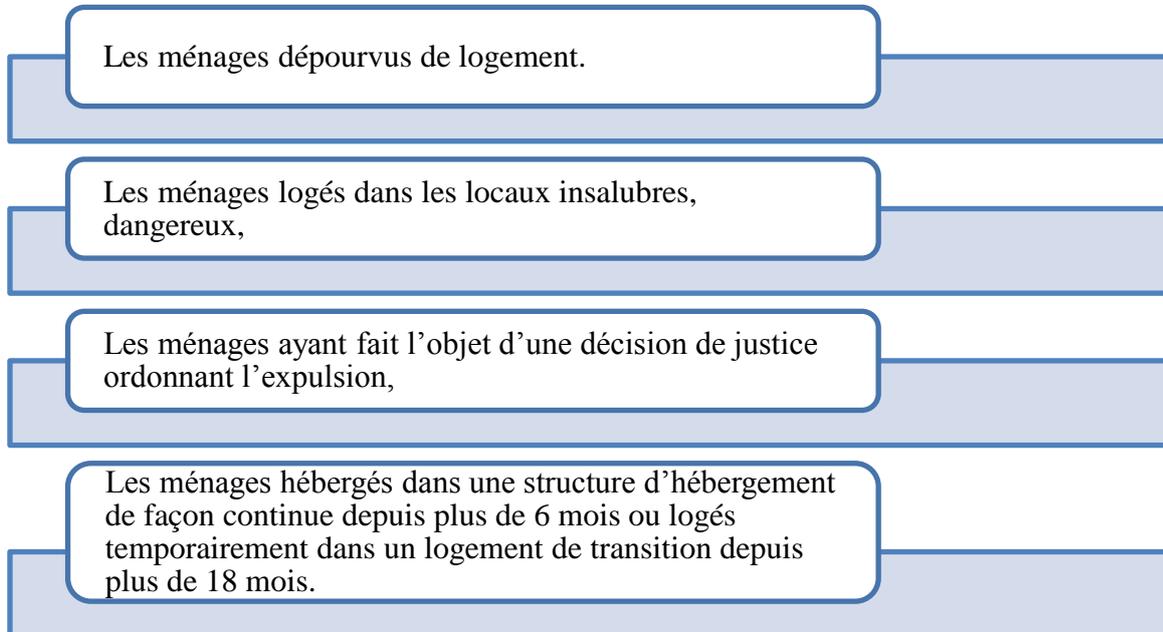
La Sarthe est inscrite comme territoire pilote de la mise en œuvre du « logement d'abord », avec comme orientations :

- Favoriser la coordination des dispositifs dans le logement
- Renforcer les dispositifs de logements adaptés.

Sur ces points, les personnes présentant des troubles psychiatriques sont un public dit « ciblé », précisant « une chargée de mission formée en psychiatrie doit faire le lien avec les acteurs locaux », il est notifié qu' « une convention a pu être signée entre l'ESPM de la Sarthe

et Sarthe habitat pour la prise en charge adaptée des personnes victimes de pathologies, dans le parc de l'office Public de l'Habitat (OPH) ».

Les problématiques en lien avec le logement repérées dans le rapport sont de plusieurs ordres :



Il est intéressant de noter que dans chacun des items nous retrouvons des personnes susceptibles d'être des usagers des services de psychiatrie mais dont l'appellation varie :

- « Difficultés de santé, de handicap » pour le 1<sup>er</sup> point concernant les personnes dépourvues de logement »,
- « Trouble du voisinage, mode de vie ou comportement inapproprié, troubles mentaux » pour le point sur les personnes en phase d'expulsion »,
- « Ménage avec des problèmes psychologique/psychiatrique/psychique », pour les personnes en structure d'hébergement ».

Il est également mentionné que d'autres publics sont estimés prioritaires du plan, bien que non réglementairement mentionnés comme tels, et de nouveau, nous retrouvons « les personnes connaissant des difficultés de santé fragilisant leur accès ou le maintien au logement, présentant des addictions ou des maladies mentales. »

Cette difficulté à nommer semble être révélatrice d'un malaise. Le difficilement nommable est difficilement gérable. Nous pouvons imaginer qu'il est encore difficile de « nommer » ou trouver le terme adéquat que l'on considérera comme approprié pour ce public qui est présent

au sein de toutes les problématiques autour du logement mais de manière confuse, et dont les solutions ne sont pas toujours claires.

Le malaise est palpable au niveau institutionnel, j'ai souhaité également sonder les professionnels et usagers, afin de vérifier si ce malaise se ressentait au travers de leurs pratiques ou leur parcours.

## **VII. La recherche de logement : regards croisés**

### **1. Le choix des interviewés :**

Dans le cadre de ma recherche, j'ai trouvé opportun d'interroger différents intervenants en lien avec ma problématique : des professionnels et des usagers afin d'avoir un regard croisé sur l'accès au logement.

J'ai choisi d'aborder le sujet du logement avec :

- Des professionnels de santé de l'EPSM de la Sarthe. J'ai pu interroger un cadre de santé, un infirmier afin d'avoir une vision de différents niveaux hiérarchiques.
- J'ai tout d'abord voulu interroger deux usagers de la résidence accueil. En tant qu'usagers des services de psychiatrie ils se sont retrouvés au moins une fois concerné par la question du logement.

L'état de santé d'un des deux résidents pressentis ne m'a pas permis de l'interroger, je choisis donc d'utiliser une étude de cas, celle d'un résident avec une demande de logement autonome.

- Le responsable de l'agence Sarthe HABITAT, bailleur majoritaire sur la communauté de communes.

Ces rencontres devaient m'éclairer, m'apporter des informations complémentaires et étayer mon idée, que le principal frein à l'accès au logement, étaient les représentations liées aux usagers des services de psychiatrie.

### **2. Objectifs et outils :**

J'ai défini deux objectifs précis pour les trois grilles :

- Repérer les freins à l'accès au logement pour pour des usagers des services de psychiatrie
- Repérer les représentations liées aux capacités à occuper un logement

J'ai choisi d'utiliser un entretien semi directif, outil qui me semble adapté au fait que j'ai une idée précise des points à aborder tout en voulant laisser la possibilité d'un échange.

J'ai créé différentes grilles en fonction des publics interrogés. (Cf. Annexe 2)

Dans un premier temps, je présenterai les réponses des soignants et usagers, les questions se rejoignant ; puis, dans un second temps les réponses du bailleur.

Le questionnaire à destination des professionnels pose la question des critères pris en compte pour déterminer le projet lié au logement, la connaissance et la mise en place de partenariat.

Le questionnaire à destination du résidant laisse la place au vécu et ressenti de l'utilisateur.

J'intégrerai l'exemple de la situation concrète de Mr F. au fur et à mesure.

### 3. Résultats des entretiens des professionnels de santé et résidants :

Je choisis de rassembler ces deux résultats afin de mieux confronter les deux visions.

#### *a. Sur la question des critères pris en compte pour l'étude du projet :*

Les soignants évoquent le fait que la personne doit être stabilisée médicalement et autonome dans le quotidien : c'est à dire en capacité de faire ses courses, de se préparer à manger, de s'occuper d'un logement et également de vivre seule. Une seule des deux évoque l'envie du patient. Pour le cadre de santé, l'évaluation de l'autonomie se fait également en fonction de la pathologie, précisant que les maladies déficitaires empêchent l'accès à un logement autonome.

Le comportement du patient au sein de l'unité a également été évoqué, expliquant que si une personne n'accepte pas les règles durant l'hospitalisation, mais qu'elle souhaite accéder à un logement, elle ne pourra pas y accéder pour le moment.

Les deux personnes s'accordent à dire qu'il n'y a pas vraiment d'outils dédiés à cette étude, et qu'il s'agit plutôt d'une décision prise lors de synthèse multi partenariale, sociale et médicale. En revanche, s'il y a contradiction entre le projet du patient et le projet de l'équipe soignante, la décision finale revient au médecin.

#### *b. Sur la question de la construction du projet :*

Les deux personnes s'accordent à dire qu'il est préparé de manière multi partenariale, et le patient impliqué à chaque étape, tout en soulignant qu'il reste un patient hospitalisé soumis à la décision des soignants.

Mme C. a été confrontée par deux reprises à la recherche d'un logement, la première fois lorsqu'elle avait déjà un logement mais qu'il fallait en changer, et la deuxième fois lors d'une hospitalisation. Sur cette question, Mme C. explique que la première fois, elle fréquentait l'hôpital de jour, mais que le projet n'avait pas été travaillé avec les soignants. Lors de la seconde hospitalisation, elle exprime ne pas avoir été impliquée dans la recherche, se sentant trop mal. Elle explique ne pas s'être sentie actrice, l'assistante sociale ayant tout pris en charge.

*c. Sur la question du partenariat, des structures et du tissu associatif :*

La cadre admet ne pas en avoir connaissance puisque cette question est l'affaire des assistantes sociales. En revanche, l'infirmière énonce bien connaître les structures.

*d. Sur la question des freins à l'obtention d'un logement :*

Le fait que la pathologie ne soit pas stabilisée et l'argent apparaissent en premier, vient ensuite la stigmatisation extérieure, notamment de la part des partenaires liés au logement.

L'infirmière évoque les difficultés des personnes ayant déjà eu des antécédents avec les bailleurs sociaux et qui deviennent « fichés » les bailleurs redoutant la dégradation du logement, et les problèmes de comportements.

Est évoquée par la cadre le problème du désengagement des équipes qui peut survenir, par manque de moyen.

*e. Sur la question des difficultés rencontrées dans le parcours :*

Mme C. dit avoir rencontré des difficultés économiques, dues à un passage en pension d'invalidité, et ressenti de la discrimination, sur le fait qu'elle ne pourrait peut-être pas payer le loyer. Elle explique que les bailleurs sociaux lui ont conseillé de faire une demande de curatelle pour faciliter l'obtention d'un logement alors qu'elle était locataire chez ce même bailleur depuis quinze ans.

De même l'infirmière explique que la protection juridique permet d'accéder à un logement plus rapidement.

Nous pouvons rajouter la situation de Mr F. qui souhaite accéder à un logement autonome, mais que l'équipe soignante refuse suite à des antécédents judiciaires ayant eu lieu il y a 7 ans.

La psychiatre de Mr F., dit avoir peur, qu'elle serait responsable si un autre incident se produisait, Mr F. étant toujours sous mode de placement judiciaire.

*f. Sur la question de l'aide à leurs difficultés :*

Une personne évoque un manque de moyens humains ainsi qu'un manque de formation sur la dimension sociale et celle de l'accompagnement, et l'autre regrette un manque de structures et un manque de personnels dédiés à des visites à domicile.

4. Résultat de l'entretien avec Sarthe Habitat :

*a. Sur la question des relations avec les services de psychiatrie :*

Des partenariats existent depuis deux ans, dont une commission sur la prévention des expulsions et une convention avec l'EPSM. Il explique avoir un lien direct, avec une cadre référente. Ils arrivent maintenant à s'échanger des informations alors qu'auparavant la seule réponse était celle du secret professionnel. Il explique ne pas vouloir avoir d'informations sur la pathologie mais pouvoir être renseigné sur le fait qu'un suivi est en place ou pas. Auparavant, lors de situation de crise, leur seule réponse était le signalement et la HDT (hospitalisation à la demande d'un tiers). Il explique que le travail de réseau a beaucoup évolué. Des formations ont également été proposées aux correspondants de site sur la santé mentale ou les addictions, afin de démystifier la maladie.

Il explique que grâce aux conventions, il y a une meilleure connaissance respective « avant, ça pouvait être compliqué, on n'est pas des professionnels de santé ».

*b. Sur la question des demandes de logement :*

Il explique que les commissions ne sont pas anonymes. Il lui semble surtout important de savoir s'il y aura un suivi à domicile, avec une personne référente pour le relais. Le fait qu'il y ai eu des formations de proposées « a changé les choses », avant, il explique « on générait de la peur au niveau des membres de la commission ».

5. Place différente, regard différent :

Les échanges avec les différentes personnes ont été riches, mais un nombre plus important d'entretiens auraient été souhaitables. Cependant, ces débuts de réponses rejoignent mes idées de départ et m'ont permis en partie de repérer les freins au logement pour des usagers des

services de psychiatries en recherche de logement, ainsi que les représentations liées aux capacités à occuper un logement.

Il est évident que le nombre d'entretiens effectués ne m'apporte qu'un début de réponse, il m'a cependant permis d'avoir une tendance et m'a surtout permis de voir que les regards étaient différents selon la place où l'on se trouve.

On effet, si les professionnels de la santé ou les bailleurs sociaux semblent désireux d'avoir une approche plutôt bienveillante envers le public qu'ils accueillent, le témoignage et l'exemple de Mr F. ne semble pas tout à fait converger vers ce point de vue.

Le phénomène de stigmatisation est encore bien ressenti dans tous les entretiens, avec toujours un « traitement particulier » et des peurs quand il s'agit des personnes en lien avec la psychiatrie.

La maladie psychique est encore associée au sentiment de peur, et demandent des garanties supplémentaires (mandat de protection, suivi rapproché). Il faut aussi que le patient adopte un comportement adapté aux règles, impliquant une sorte de donnant / donnant : j'accède à votre demande si vous avez le « bon » comportement. Les soignants restent donc dans la perspective de l'accès conditionnel au logement, avec le fait de correspondre à certains critères. Le début de la prophétie auto réalisatrice commence déjà à ce stade.

Par ailleurs, nous nous retrouvons face au contraire du programme, « un chez soi d'abord », revendiquant l'accès au logement sans aucune condition.

Il est difficile avec aussi peu d'entretien de savoir si les représentations sont réellement le premier frein à l'obtention d'un logement, mais il existe toutefois des représentations qui ressortent. Bien que les soignants expliquent que les patients doivent être impliqués activement dans la recherche de leur logement et que les professionnels soient à l'écoute de leurs besoins, Mme C. a plutôt subi la recherche, et la demande de Mr F. d'un nouveau logement n'est pas pris en compte.

Le responsable bailleur social m'a évoqué les réactions fréquentes des correspondants de site citant des phrases « ce sont des fous », « je ne m'en occupe pas ». Ce Mr explique que les représentations ont changé depuis que les formations ont eu lieu. Il existe sûrement un besoin d'être rassuré, et cela sans doute dû à des représentations bien ancrées depuis des siècles dans l'imaginaire collectif. En revanche, la volonté de dialoguer et de travailler ensemble à fait

naître des partenariats intéressants qui contribuent à l'avancée des mentalités, et à travailler au plus près des besoins du public.

**Nous avons pu balayer les freins théoriques à l'accès au logement pour les personnes souffrant de troubles psychiques, les confronter au terrain et ainsi mettre en lumière les freins réels.**

**L'AGLA Nelson Mandela, propose un panel de solutions de logements adaptés qui contribuent à lever une partie de ces freins et obstacles.**

### **VIII. Le logement accompagné : Une réponse adaptée**

La notion de logements accompagnés est encore assez nouvelle et peu reconnue, bien qu'outil intéressant et d'un coût moins élevé que le médico-social.

Sur le site de l'UNAF0 (Union professionnelle du logement accompagné)<sup>11</sup>, le terme de logement accompagné « recouvre toutes les solutions de logement où un gestionnaire intervient entre le propriétaire et la personne logée ».

Le logement accompagné peut se décliner sous plusieurs formes et accueille différents publics.

Pour le public en lien avec la santé mentale, il se décline généralement sous forme de maison relais / résidence accueil, ou d'appartements associatifs ou thérapeutiques.

Le logement peut être meublé ou pas, géré par une association généralement en lien avec un bailleur, et qui propose un accompagnement social et /ou médical directement dans le logement. Ce logement est formalisé par la signature d'un contrat de location, la personne logée en est résidente et doit s'acquitter d'une redevance qui ouvre droit à l'allocation logement. La résidence accueil ainsi que l'appartement EHLI (Évaluation des capacités à Habiter en Logement Individuel) sont des types de logements accompagnés. La formule résidence accueil est intéressante pour plusieurs raisons : elle répond aux difficultés d'ordre économiques et sociales évoquées que peuvent rencontrer les usagers de la psychiatrie dans leur parcours d'accès au logement.

---

<sup>11</sup> [www.unafo.org](http://www.unafo.org)

⇒ **Elle répond à des besoins économiques :**

Ce dispositif propose un logement qui ouvre droit aux APL, et ce dès le premier mois, ce qui permet de financer pour le public au minima sociaux, une grosse partie du loyer.

Il est peu onéreux pour l'Etat puisque le financement est de 16 euros par personne et par jour.

⇒ **Pour ses facilités d'accès :**

Les garanties demandées sont adaptées à la situation de la personne.

⇒ **Pour l'accompagnement et les services qu'elle propose :**

La résidence accueil offre la possibilité d'un vrai logement à un coût abordable, avec un système de prestations pouvant proposer des services diversifiés (lingerie, repas, animation, gardiennage....).

L'accompagnement de proximité est fait par une équipe pluridisciplinaire dont le rôle est d'observer quotidiennement et de réagir rapidement aux diverses problématiques qui peuvent être repérées : incurie, impayés, isolement, problèmes de santé....

⇒ **Pour sa souplesse :**

En effet, ce dispositif est assez simple à mettre en place dans la pratique, puisqu'il peut se faire en partenariat avec un bailleur social, pour le bâti, et d'autres partenaires en fonction du public accueilli. Des espaces collectifs y sont souvent intégrés, proposant un réel espace de socialisation.

Ainsi, l'AGLA Nelson Mandela est composée entre autre, de plusieurs déclinaisons de résidences sociales avec :

Deux maisons relais, une résidence sociale, un foyer de jeunes travailleurs, une résidence sociale famille qui accueille des familles étrangères venant d'obtenir leur titre de séjour, un CADA (Centre d'Accueil pour Demandeurs d'Asile) et une résidence accueil. (Cf. Annexe 1)

Sur toute la Sarthe, les places de maisons relais et résidences accueil a atteint son quota départemental de 105 places et commencent juste à trouver son public.

Le logement accompagné, représente donc une solution facile à mettre en place lorsqu'il est constitué d'un partenariat solide, associant des compétences complémentaires. C'est cette force qui nous a permis d'ouvrir ces différentes structures, avec l'implication d'un bailleur social, Sarthe Habitat.

Le bailleur propose des logements individuels ou structures collectives dont nous gérons le locatif et l'accompagnement.

### 1- La résidence accueil Maya Angelou :

Il existe deux résidences accueil sur le Mans et l'agglomération mancelle : une sur Le Mans et une sur la couronne mancelle pour un total de 34 places. Sur le même principe, l'autre résidence accueil de 18 places est gérée par une autre association du territoire, spécialisée dans l'accompagnement des personnes souffrant de troubles psychiques.

La Résidence Accueil Maya Angelou est ouverte depuis janvier 2014. Il est composé de 16 Logements et d'espaces collectifs :



Ce projet s'est construit suite aux difficultés rencontrées par les personnes sortant de l'EPSM et en recherche de logement.

Un comité de pilotage a été constitué, impliquant personnels de l'association, psychiatres, infirmiers, travailleurs sociaux de l'EPSM et des services de l'État.

L'ouverture de la résidence accueil n'a pas été sans soulever quelques vagues de protestations dans le milieu de la psychiatrie, dénonçant en outre, le fait de vouloir recréer l'asile, alors que largement soutenu par la DDCS.

L'objectif attendu lors de la rédaction du projet social, était évidemment tout le contraire, puisque la priorité était d'ouvrir les portes de cette structure et d'accompagner les futurs résidents vers la cité.

C'est ce que nous efforçons de faire quotidiennement, avec les seize résidents et le retour est positif puisque une limitation des hospitalisations et leur durée ont été constatées, ainsi qu'un maintien dans le logement pour la majorité des résidents depuis l'ouverture jusqu'à ce jour, notamment avec des personnes dont les profils correspondent au programme « un chez soi d'abord. »

Le public accueilli au sein de la résidence accueil est très diversifié, aussi bien dans son parcours que dans ses problématiques.

Au vu de mon expérience, la réussite d'une résidence accueil tient avant tout au fait que le cadre proposé se doit d'être bienveillant, et les personnes doivent s'y sentir écoutées, entendues, sécurisées et soutenues, tout en prenant en compte les difficultés liées à aux pathologies.

La résidence permet un vrai travail de restauration de l'identité avec une valorisation des compétences de chacun par le personnel, avec des temps collectifs favorisant les échanges, et des instances favorisant la prise de décisions.

Les locataires sont sollicités et invités à chaque décision prise, associés à chaque acte de la vie quotidienne, sans obligation, seulement en fonction des envies et de son état du moment. Afin de formaliser des décisions collectives, nous avons instauré une fois par mois un conseil de résidents afin de discuter des difficultés rencontrées, d'échanger sur les solutions à y apporter et d'évoquer les projets en cours. Un délégué des résidents élu est invité à participer au conseil d'administration de l'association.

Des activités dans la cité sont également proposées en fonction des opportunités, elles vont permettre aux résidents qui souhaitent y participer de se confronter à l'autre et de l'accepter, tout en passant un bon moment dans un esprit convivial. Nous faisons appel aux structures de droits communs et nous nous appuyons un maximum sur les structures et personnes de la commune (pharmacies de quartier, médecins traitants, cabinet d'infirmiers libéraux, CMP...).

Chaque personne dispose de son logement, dont il est locataire. L'accompagnement dans le logement proposé doit sortir des sentiers battus, accepter des codes et des normes différentes.

J'ai en mémoire ce résident ayant déposé au pied de son lit une couverture et un coussin pour son frère imaginaire.

La seule injonction est d'avoir un logement sûr et salubre.

Le résident, n'a plus de contrainte de temps, il prendra le temps nécessaire pour s'installer, et se sentir chez lui. Il apprendra, au fur et à mesure de l'accompagnement à s'y sentir bien, y déposer de soi avec une équipe attentive à son bien-être, par la mise en place d'une relation de confiance bienveillante.

La création de cette résidence et ensuite son fonctionnement ont permis l'instauration d'un partenariat solide avec l'EPSM.

## 2- L'appartement d'évaluation EHLI : Un maillon avant le projet logement pour confirmer la façon d'habiter :



C'est dans ce cadre que l'EPSM nous a proposé de s'associer pour un autre projet assez novateur, partant du constat suivant : L'évaluation d'un projet (re)logement peut s'avérer difficile pour des personnes hospitalisées depuis longtemps, ayant perdu confiance en leurs capacités, et pour lesquelles ils existent des incertitudes sur leurs aptitudes à habiter de manière autonome.

Le concept est le suivant : un logement tout équipé et décoré est mis à disposition du patient pour une période d'un mois renouvelable une fois si besoin, moyennant une participation financière symbolique, avec un accompagnement social et médical.

Le point fort est mis sur cet accompagnement qui se veut renforcé avec une présence importante des équipes de l'EPSM et de l'association. Il se veut quasi quotidien la première semaine, pour se faire plus espacé par la suite.

Les équipes se réunissent régulièrement pour faire le point sur la situation afin de pouvoir émettre des orientations basées sur une observation concrète, d'une équipe pluridisciplinaire.

Le but de cet accompagnement est de définir avec précision les besoins du résidant grâce à cet accompagnement quotidien sur tous les champs de la vie quotidienne. Des grilles d'évaluation ont été créées avec une liste de tâches précises qui pourront être remplies lors des synthèses.

Cette observation permet de relever l'évolution du résidant tout au long de son séjour afin d'obtenir, in fine des éléments concrets pour permettre de déterminer la suite du parcours et les préconisations sur le type de logement à viser.

Ce travail promet d'être enrichissant car il permet la rencontre de deux univers : le social et le médical. Le logement accompagné est une réelle passerelle. Mes années de pratiques m'ont permis de constater les difficultés pour ces deux champs de se retrouver sur un terrain commun et parler le même langage.

Selon moi, cet appartement doit permettre tout d'abord au patient de se réassurer sur ses aptitudes, lui redonner le goût et l'envie à la prise d'initiative. Les périodes d'hospitalisation assez longues ont pour conséquence délétère ce que le monde hospitalier nomme une chronicisation des patients. Les patients sont en effet pris en charge complètement, tout est pensé pour eux, et les gestes quotidiens gérés et anticipés par les équipes soignantes. L'institution devient donc la matrice qui loge, qui nourrit, qui habille, qui calme ... L'hospitalisation représente une zone de confort, coupée du monde extérieur, et donc de la

réalité. Un temps comme celui-ci est sûrement nécessaire afin de pouvoir se reposer un moment, et retrouver l'énergie pour repartir aux combats quotidiens de la vie et contre la maladie. En revanche, si ce moment se prolonge trop longtemps, il devient difficile d'en sortir, les capacités individuelles n'étant pas stimulées, le « hors cocon » devient anxiogène.

Cet appartement représente donc un temps hors hospitalisation, une zone tampon permettant au patient de se réassurer avant d'affronter la complète autonomie. L'accompagnement proposé par les équipes sociales et médicales, guidera le patient / résidant, l'encouragera dans ses actes quotidiens tout en apaisant les angoisses, et lui redonnera sa position de sujet, son pouvoir de décision, en l'associant à chaque étape et chaque phase de son séjour.

Nous pouvons espérer un deuxième objectif de cette période de transition qui peut aider dans le changement des représentations des bailleurs sociaux et améliorer les délais d'octroi d'un logement. Il s'agirait d'une sorte de CV du logement rassurant les bailleurs sociaux sur les capacités de la personne à habiter un logement. Il est vrai que dans un monde idéal, les personnes avec des troubles liés à la santé mentale ne devraient pas avoir à se justifier plus qu'un autre locataire potentiel, mais ce monde idéal n'étant pas encore créé, ce passage peut contribuer à changer les représentations et aider à l'obtention d'un logement.

Il peut contribuer à de réels changements de culture et de la vision que peuvent porter les professionnels du logement sur les personnes souffrant de troubles psychiatriques. Il permet de lever par des observations concrètes toutes les craintes et idées préconçues.

## **IX. Discussion : Le soin et le prendre soin**

Au 1<sup>er</sup> juillet, nous avons pu accueillir trois patients / résidants dans cet appartement EHLLI.

Nous pouvons déjà en tirer quelques conclusions.

Pour les trois résidants, une solution de logement a été trouvée à l'issue de ces un mois : un logement associatif, un logement autonome et un retour au domicile qui était en travaux.

Les missions des équipes respectives ont besoin d'être éclaircies et la place de chacun difficile à trouver.

La vision des champs d'interventions du social n'est pas saisie par tous les soignants et si nous ne sommes pas vigilants, nous pouvons facilement être relégués à des missions de gestion locative et d'entretien ; cependant l'expertise sociale est indiscutable sur la question du logement. Là où les soignants peuvent avoir la vision de la maladie et penser

« incapacités », les travailleurs sociaux se doivent d'avoir une culture tournée vers le projet, et une prise en charge globale de la personne.

Notre place doit donc se faire progressivement, lors des différents accompagnements, et repartir à zéro avec chaque nouvelle équipe afin d'apprendre à travailler différemment, en partenariat.

#### Points satisfaisants

Pour l'ensemble du public accueilli, une solution a été trouvée à l'issue du séjour.

L'accompagnement a pu se faire, les personnes pressenties pour cet appartement ont parfaitement adhéré à l'accompagnement.

Les synthèses, bien que chronophages ont eu lieu, ce qui a permis au résidant de se sentir rassurer sur la cohérence de l'accompagnement.

Les soignants ont exprimé le fait d'être étonnés par les capacités de certains résidants et rassurés.

#### Points à améliorer

L'objectif de cet appartement n'est pas encore très clair pour les différents pôles de l'EPSM. En effet, il s'est avéré que pour un résidant, il s'agissait de sortir un patient en attendant que son appartement dégradé soit remis en état.

Il est difficile d'accepter pour les résidants et pour les équipes de retourner à l'hôpital, à l'issue du séjour. Une dynamique est en effet amorcée, et il est difficile pour eux de retourner ensuite sur l'hôpital. Ce qui implique de trouver une solution coûte que coûte par les équipes avant que l'évaluation n'arrive à son terme, mettant la pression au patient et au personne chargée de trouver le logement (famille, tuteur, ...) et créant de l'angoisse.

Le Docteur Canet, Médecin psychiatre et président de la CME (commission médicale d'établissement) m'a fait part de la difficulté des équipes à « lâcher prise » sur la prise en charge des patients. Le travail de partenariat avec l'association ne va pas de soi, il va falloir du temps, des rencontres, afin de pouvoir travailler vers des objectifs communs en se faisant confiance. La communication n'est pas évidente avec des réticences à donner certaines informations.

Un dispositif chronophage difficile à dupliquer : en effet, le passage est effectivement quasi quotidien, les synthèses hebdomadaires. L'appartement était au départ destiné à une colocation mais aucun des résidants n'a accepté de partager l'appartement.

## **X. Conclusion :**

Selon J. Furtos « habiter c'est mettre de soi dans un lieu, ce qui est différent d'être logé ».

Investir son logement et son environnement nécessite des habiletés, et demande un espace qui apporte sécurité et bien être.

Il faut souvent du temps, mais aussi parfois des échecs, avant de pouvoir se reconstruire pour affronter les affres de la maladie ou d'autres évènements douloureux.

Se construire un véritable chez soi, peut nécessiter un accompagnement sanitaire et / ou social.

Le soutien apporté par des travailleurs sociaux, des équipes médicales dédiées, ne sont pas garants de la réussite de projets mais permettent en tout cas de donner du sens à ce qui se passe dans le logement, et sont un soutien pour la personne dans les moments difficiles.

Le projet global de l'association, a bien retranscrit dans son projet social sa priorité : pouvoir loger des personnes en difficultés vivant une situation d'exclusion lourde ...et les différents projets menés avec l'EPSM enclenchent de nouvelles types de prise en charge et de savoir-faire. Les résidences accueil ou autre formes de logements accompagnés peuvent vraiment répondre à un besoin et sont une bonne alternative à l'hospitalisation ou à des structures d'hébergement pour les personnes en situation de fragilité.

Malgré les évolutions, le regard porté sur les personnes sortant des établissements de santé mentale est encore lourd de craintes et de représentations, de la part de professionnels du social ou du sanitaire, malgré une volonté certaine de bienveillance.

Un entretien récent avec la coordinatrice du SIAO (Service Intégré d'Accueil et d'Orientation) de la Sarthe me confirmait encore la réticence de tous les acteurs de l'hébergement et du logement pour les demandes émanant de l'EPSM.

Le chemin est encore long pour une réelle acceptation, et le travail en partenariat, mixant les professionnels du social et du médical est une des solutions, afin de travailler au mieux dans, et avec la cité.

La place de l'utilisateur quant à elle, est à renforcer, et c'est en impliquant la personne à travers toutes les instances que d'une part les représentations pourront changer, et que les personnes se retrouveront en position de sujet.

Notre territoire doit encore se pourvoir d'un CLSM (Comité Local de Santé Mentale), et aucune association d'utilisateurs n'a encore été créée à ce jour.

# ANNEXES

**Annexe 1 :**

**Association de Gestion de Logements Accompagnés  
Nelson Mandela**

<b>FJT des Glycines</b>	<b>Maison Relais Miamers</b>	<b>Résidence Jeunes</b>	<b>Résidence Sociale Nelson Mandela</b>	<b>Résidence Sociale Famille</b>	<b>Maison Relais Mumia Abu-Jamal</b>	<b>Résidence Accueil Maya Angelou</b>	<b>Cellule Logement EPSM</b>	<b>CADA HUDA</b>
<u>16-25 ans</u> En voie d'insertion professionnelle	<u>18-70 ans</u> Logement durable pour personnes seules avec des faibles ressources	<u>16-25 ans</u> Sans ressources Et en voie d'insertion socio-professionnelle	<u>25 à 88 ans</u> Logement temporaire avec des faibles ressources Gestion locative 3 délégués	<u>0 à 70 ans</u> Logement temporaire Familles avec ou sans ressources	<u>18 à 70 ans</u> Logement durable pour personnes seules avec des faibles ressources	<u>18 à 60 ans</u> Résidents avec un Handicap Psychique Stabilisé EHLI : 1 appartement d'évaluation sanitaire et sociale	<u>18 à 60 ans</u> Patients du CHS de la Sarthe autonome dans leur logement avec un suivi médical	<u>0 à 70 ans</u> Établissements mentionnés au L.312-1 de l'action sociale et des familles  CADA : 20 logements HUDA : 5 logements
23 logements	7 logements	15 Logements	70 Logements	44 Logements	25 Logements	16 Logements	15 Logements	25 Logements

Extrait de la circulaire n° 2006-45 du 4 juillet 2006 relative aux résidences sociales :

« Les résidences sociales constituent pour leurs résidents un véritable domicile où ils bénéficient de garanties proches des régimes locatifs de droit commun, notamment l'obligation d'un contrat écrit, la délivrance de quittances et le bénéfice de l'aide personnalisée au logement ou de l'allocation logement dans les départements d'outre-mer. Sont également prévus des structures de concertation et le recours à un accompagnement social au logement lorsqu'il est nécessaire. En cela, elles se différencient des structures d'hébergement d'urgence.

Au sein des résidences sociales, qui ont une vocation principale de logement temporaire, il existe une catégorie particulière, mais essentielle, les maisons-relais qui permettent aujourd'hui de répondre aux besoins spécifiques de publics cherchant à se loger durablement dans des structures collectives. »

## Annexe 2 :

# Grille d'entretien

---

**Destinataire de la grille :** Personnel de l'EPSM du Mans

**Objectifs :**

- Repérer les freins au logement pour les personnes hospitalisées, en recherche de logement, souffrant de troubles psychiques ou psychiatriques.
- Repérer les représentations liées aux capacités à occuper un logement, adapté ou non.

**Questions :**

- Quels critères prenez-vous en compte afin de déterminer si la personne est prête à intégrer un logement ?
- Comment sont-ils évalués ?
- Comment préparez-vous le projet avec la personne ?
- Pensez-vous avoir une bonne connaissance du tissu associatif ou structures liés au logement ?
- Quel partenariat avez-vous ?
- Quel sont les freins à l'obtention d'un logement ?
- Que faudrait-il pour vous aider ?

# Grille d'entretien

---

**Destinataire de la grille :** Usagers des services de psychiatrie, ayant eu des difficultés dans leur parcours logement

**Objectifs :**

- Repérer les freins au logement pour les usagers de psychiatrie, en recherche de logement.
- Repérer les représentations liées aux capacités à occuper un logement, adapté ou non.

**Questions :**

- Comment avez-vous été impliqué dans votre projet de recherche de logement ?
- Pensez-vous avoir été écouté dans vos choix ?
- Avez-vous eu des difficultés à trouver un logement ?
- Si oui, lesquelles ?
- De qui avez-vous obtenu de l'aide ?

# Grille d'entretien

---

**Destinataire de la grille :** Adjoint à la responsable d'agence de Sarthe Habitat

**Objectifs :**

- Repérer les freins au logement pour les personnes hospitalisées, en recherche de logement, souffrant de troubles psychiques ou psychiatriques.
- Repérer les représentations liées aux capacités à occuper un logement, adapté ou non.

**Questions :**

- Quelles sont vos relations avec les services de psychiatrie ?
- Comment abordez-vous les demandes de logement émanant de l'EPSM ?
- Pensez-vous avoir une bonne connaissance de la maladie psy ?
- Quels sont vos partenaires au sein de l'EPSM ?
- Avez-vous des craintes par rapport ce public, si oui, lesquelles ?

## Références et bibliographie

### Ouvrages :

- La voix intérieure, guide pratique à l'usage et au sujet des personnes qui entendent des voix- Paul Baker, P & P Press, 2011
- Histoire de la folie à l'âge classique – Michel Foucault, 1961 éditions Gallimard
- Asiles, études sur la condition sociale des malades mentaux - Erving Goffman, 1968, les éditions de minuit
- Stigmates les usages sociaux des handicaps, – Erving. Goffman, 1968 les Editions de minuit
- Métamorphoses de la question sociale. Une chronique du salariat- Robert Castel - 1999, éditions Gallimard
- Chronique de la psychiatrie ordinaire. Patients, soignants et institutions en Sarthe XIX<sup>e</sup> et XX<sup>e</sup> siècles – Hervé Guillemain, 2010, Editions de la Reinette
- Brigitte Bouquet- Éthique et travail social, une recherche du sens 2<sup>e</sup> édition, 2012, éditions Dunod
- Arnaud BACHER, Accès et maintien dans le logement des personnes vivant avec des troubles psychiques, mémoire pour le Diplôme Inter-universitaire « santé mentale dans la Communauté », 2013

### Articles :

- Le Monde, 13/09/2010 : Thomas S. Szasz, le plus radical des « antipsychiatres » - Elisabeth Roudinesco
- Stigmatisation et logement Carla Garcia-Gonzalez de Ara, Charles Bonzack – Swiss archives of neurology and psychiatry, 2015
- Déviance et Société 2002/4 (Vol.26) - Le logement comme facteur d'intégration sociale pour les personnes classées malades mentales H. Dorvil et al
- Empan n°98 2015, À la frontière du soin. Psychiatrie, précarité et lien social « le prendre soin et le savoir habiter : une expérience partagée au sein de maisons relais de la cité »
- Empan n° 98 Dossier : Le rétablissement. L'exemple du programme français « Un chez soi d'abord »
- Revue Rhizome, Dossier Habiter, Décembre 2001

- Les cahiers de Rhizome : La mondialisation, pour une écologie du lien social, p 50  
Chez soi d'abord et rétablissement –deux exemples de circulation de modèles d'action  
entre l'Amérique du Nord et l'Europe
- Enquête DRESS 2011 sur la prise en charge de la santé mentale
- Pratiques en santé mentale 2016 n°1- Atelier 2 : Accès, maintien et accompagnement  
dans le logement et le travail

Plan :

- Plan psychiatrie et santé mentale 2011-2015
- Plan départemental d'action pour le logement des personnes défavorisées de la Sarthe  
2014-2018

Sites internet :

[www.revfrance.org](http://www.revfrance.org)

[www.ccoms.com](http://www.ccoms.com)

[www.drees.social-sante.gouv.fr](http://www.drees.social-sante.gouv.fr)

[www.unafo.org](http://www.unafo.org)

**Université Lille 2, Université Paris 13, APHM/CHU Sainte Marguerite Marseille,  
CCOMS, EPSM Lille Métropole**

**Titre :** Quel toit pour les personnes vivant avec des troubles psychiatriques ?

**Auteur :** Perrine Freydier

**Résumé :** Le parcours des personnes suivies par les services de psychiatrie a toujours été celui du combattant, notamment pour l'accès au logement. C'est de ma place de travailleur social au sein de l'association de logements accompagnés Nelson Mandela que j'ai choisi d'aborder cette problématique.

L'état de santé psychique dépend de plusieurs facteurs environnementaux et la prise en charge des personnes vivant avec des problématiques de santé mentale ne peut s'arrêter à un suivi médical. Le logement est, comme le prouvent diverses expériences, indispensable au processus de rétablissement. C'est dans ce sens qu'œuvrent certaines associations en créant des partenariats innovants, proposant du logement durable et adapté.

L'accès au logement est encore difficile et le regard porté sur ces personnes, par la société, mais aussi des personnes aidantes (soignants, travailleurs sociaux ...) vise souvent les incapacités et non les possibilités.

Les freins sont des difficultés économiques et sociales, mais en aussi la stigmatisation et les représentations négatives.

J'ai mené des entretiens avec des soignants, usager, et bailleur afin de confronter les regards, avec comme résultats des différences de point de vue, malgré une bienveillance et une volonté de faire avancer les choses de part et d'autres.

Pour répondre aux besoins de logements, de nouveaux partenariats se créent hors champs médico-social : le logement accompagné.

Sous forme de résidence accueil, il s'agit d'une formule qui s'adapte aux besoins d'accompagnement, de vie collective et de logement individuel.

De nouvelles expériences se mettent également en place, comme la création d'un appartement test « EHLI » avec l'objectif de réassurer le patient/résident dans ses aptitudes. Les premières évaluations montrent des résultats encourageants avec des pratiques multi partenariales à améliorer.

**Mots clé :** logement accompagné, association, stigmatisation, insertion, psychiatrie