

Journée interrégionale Rhône-Alpes - Auvergne Santé mentale et précarité

Comment habiter dans la cité ? Difficultés, partenariat, accompagnement

*Jeudi 26 juin 2008
Espace Albert Camus - Bron*



*Journée organisée par les Directions Régionales des Affaires Sanitaires et Sociales Rhône-Alpes et Auvergne
Avec le concours de l'Observatoire National des pratiques en Santé Mentale et Précarité (ONSMP-ORSPERE)*



Sommaire

Lexique	5
Introduction	8
Pierre Alégoët	8
Christian Celdran	11
Réflexions croisées sur les fondamentaux	17
Claire Lévy-Vroelant	17
Jean Furtos	26
Table ronde : comment agir, prévenir, réguler ?	49
Sylvie Giry	49
Jean-François Domas	52
Jean-Jacques Tabary	56
Françoise Nouhen	64
ATELIER 1 - LOGEMENT DE DROIT COMMUN : ACCES, MAINTIEN, CONDITIONS DE REUSSITE	75
En situation de non demande. Aller à la rencontre	76
Christiane Chastel-Donnet et Isabelle Gamot.....	76
Accompagnement de personnes en situation de fragilité psychique dans le cadre d'un parc locatif	79
Fabienne Chatelard et Françoise Beuillard.....	79
Amélioration de la prise en charges des personnes souffrant de troubles psychiques dans la cité, formation-action et réseau	85
Sophie Ferré et François Riette.....	85
Compte-rendu du travail collectif en atelier animé par Benoît Eyraud	90
ATELIER 2 - LOGEMENTS ALTERNATIFS AU DROIT COMMUN : ACCES, LIMITES, CONDITIONS DE REUSSITE	92
Une résidence accueil à Vichy. Genèse d'un projet	93
Sabine Carrias et Dr Gembara	93
Maison supervisée et la maison relais « Villa Mercédès » à Lyon	97
Olivier Cerf et Christine Sénéchal.....	97
Une résidence d'accueil pour personnes handicapées psychiques dans du parc locatif à Saint Etienne	101
Patrick Bédiat.....	101
Compte-rendu du travail collectif en atelier animé par Christine Debeaud	109

ATELIER 3 - HABITAT PRECAIRE ET RUE : ACCOMPAGNEMENT, LIMITES, CONDITIONS DE REUSSITE.....	110
Accompagnement de personnes issues d'un long parcours de rue.....	111
Emmanuelle Gouyet	111
La rue est un secteur.....	115
Georges Brousse	115
Accompagnement « de la rue à l'habitat » de personnes en grande précarité.....	120
Marc Gybels, Claudine Farina	120
Compte-rendu du travail collectif en atelier animé par Valérie Colin.....	126
Restitution des ateliers et synthèse de la journée.....	129
Lydie Pioli, David Grand et Thierry Morel	130
Claire Lévy-Vroelant	129
Cyril Kretzschmar	129
Jean Furtos	129
3^{ème} Journée interrégionale Santé Mentale et Précarité Rhône-Alpes, Auvergne.....	148
« Comment habiter dans la cité ? Difficultés, partenariat, accompagnement ».....	148
Dr Pierre Larcher	148
Quelques éléments de bibliographie.....	151
Fiches action des expériences présentées.....	154
Evaluation.....	158

**Animation de la journée par Cyril Kretzschmar, OXALIS –
Développement humain**



De gauche à droite : Christian Celdran, Cyril Kretzschmar et Pierre Alégoët.

Nous remercions Monsieur Marc Toutain, Adjoint à la communication à la DRASS Rhône-Alpes qui a mis à notre disposition les photos de cette journée que vous découvrirez au fil de votre lecture.

Lexique

Equipe mobile en psychiatrie = équipe de psychiatrie assurant le soin et le lien entre le sanitaire et le social en direction des personnes en situation de précarité et pouvant échapper aux soins.

HEBERGEMENT

1. Hébergement thérapeutique

- **Hospitalisation à domicile** : Maintien à domicile avec prise en charge médicale intensive par une équipe pluridisciplinaire.
- **Appartement thérapeutique** : Structure d'hébergement considérée comme unité de soins et dépendant de l'hôpital.
- **Accueil familial thérapeutique** : Prise en charge thérapeutique au sein d'une famille d'accueil différente du domicile d'origine et dont la responsabilité est médicale.
- **Centre médicalisé de post-cure** : Unité de moyen séjour après la phase aiguë, destinée à assurer le prolongement des soins. Les foyers de post-cure sont essentiellement destinés aux troubles addictifs.
- **Foyer de transition** : Structure d'hébergement collectif considérée comme unité de soins et dépendant de l'hôpital.
- **Hôtel hospitalier** : Structure hôtelière d'accueil pour la nuit et éventuellement pour les repas recevant des patients qui ont des soins à proximité de la structure. Structure développée notamment pour les enfants afin de leur proposer un accueil plus familial que l'hôpital.
- **Lits halte soins santé** : Structures médico-sociales destinées à l'accueil temporaire de personnes sans domicile fixe dont l'état de santé ne justifie pas ou plus d'une hospitalisation mais nécessite une prise en charge adaptée en terme de soins et de suivi social. Ces structures nouvelles ne se substituent pas à l'hôpital et ne sont pas dédiées à une pathologie donnée.

2. Hébergement médico-social avec orientation « Maison du Handicap »

- **Foyer de vie / Foyer occupationnel** : Etablissement médico-social accueillant des personnes handicapées autonomes pour les actes de la vie courante mais ne pouvant travailler. Une équipe éducative assure l'accompagnement quotidien.
- **Foyer d'hébergement pour handicapés** : Adultes handicapés travaillant en CAT ou en Atelier Protégé.

- **Résidence service**: très proche de la formule du Foyer pour les personnes travaillant en CAT.
- **Foyer d'accueil médicalisé (FAM)**: Accueille les personnes lourdement handicapées souffrant de dépendance totale ou partielle, inapte à toute activité professionnelle et qui ont besoin de l'assistance au moins partielle d'une tierce personne pour la plupart des actes de la vie quotidienne.
- **Maison d'accueil spécialisé (MAS)**: Accueille les personnes handicapées adultes n'ayant pu acquérir un minimum d'autonomie et dont l'état nécessite une surveillance médicale et des soins constants.

3. Hébergement médico-social pour les personnes âgées

- **Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)**: Accueil de personnes âgées dépendantes physiquement et/ou psychologiquement pour qui le maintien à domicile est devenu impossible.
- **Résidence pour court séjour ou maison d'accueil temporaire**: Etablissement destiné à accueillir de façon temporaire les personnes âgées, le temps de se rétablir après une opération ou maladie, de se préparer à la maison de retraite.

4. Hébergement social

- **Centre d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS)**: Structure assurant l'accueil et l'hébergement ainsi que l'accompagnement social de personnes ou de familles en difficulté ou en situation de détresse. Autorisation délivrée par le Préfet.
- **Centre d'accueil des demandeurs d'asile (CADA)**: Structure (établissement) ayant pour missions l'accueil et l'hébergement des demandeurs d'asile, offrant un accompagnement administratif et social, pendant la durée de la procédure de demande d'asile. Autorisation délivrée par le Préfet.
- **GEM**: Groupe d'entraide mutuelle = lieu convivial destiné à des personnes adultes que des troubles psychiques mettent en situation de fragilité et ou d'isolement.

LOGEMENT

- **Appartement associatif** : Géré par une association type Loi 1901 dont le bénéficiaire est sous-locataire et bénéficie d'un accompagnement spécialisé en vue de sa réinsertion sociale.
- **Résidence sociale** : Logement-foyer pour des personnes en difficultés sociales mais autonomes dont les objectifs et les règles sont définis dans le cadre d'un projet social. Logement temporaire
- **Maison relais** : Habitat communautaire de petite taille associant des logements privatifs et des espaces collectifs. Un hôte ou un couple d'hôtes en assurent le fonctionnement, l'animation et la convivialité. Habitat durable.
- **Résidence accueil** : maison relais destinée à accueillir des personnes qui se trouvent de fait en situation de handicap en raison de troubles psychiques.
- **Familles gouvernantes** : Groupe d'usagers employant une « gouvernante » qui en contrepartie assure auprès d'eux une prestation de service quotidien.
- **Appartement de coordination thérapeutique (ACT)** : Structure d'hébergement temporaire pour des personnes atteintes de pathologies sévères. Structures créées essentiellement pour les personnes atteintes de VIH.
- **Accueil familial social (AFS)** : Accueil par des particuliers, à titre onéreux, des personnes âgées ou handicapées adultes. L'accueillant doit avoir obtenu un agrément du Président du Conseil Général.
- **Maison de retraite** : Lieu de vie pour les personnes âgées. Peut être médicalisée.
- **Foyer logement** : Lieu de vie regroupant un ensemble de logements individuels avec locaux communs pour des personnes âgées.
- **SAVS** : service d'accompagnement à la vie sociale : accompagnement **adapté** à la réalisation du projet de vie de personnes adultes handicapées en milieu ouvert.
- **SAMSAH** : service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés comportant des prestations de soins

Introduction

Pierre Alégoët¹

Christian Celdran²



Pierre Alégoët

Je vous propose de prendre place sans plus tarder, pour que nous commençons cette journée inter régionale Rhône-Alpes/Auvergne, dont le thème s'intitule « Comment habiter dans la cité » et au cours de laquelle nous allons nous pencher sur plusieurs sujets importants, les liens entre Santé Mentale et précarité, l'accompagnement et le partenariat.

Préalablement à l'ouverture des travaux, je souhaite procéder à des remerciements. Tout d'abord à l'égard de Mme Guillemot, maire de Bron, qui a la gentillesse de nous accueillir, selon une tradition maintenant bien ancrée, en mettant l'espace Albert Camus à disposition de notre colloque. L'ergonomie des lieux me semble particulièrement bien adaptée pour que cette séance soit à la fois conviviale et fructueuse.

Je veux remercier différentes personnalités qui ont accepté d'intervenir aujourd'hui : Madame Nouhen, adjointe au maire de Clermont-Ferrand,

¹ Directeur de la DRASS Rhône-Alpes.

² Directeur de la DRASS Auvergne.

Monsieur le Docteur Furtos, psychiatre renommé, Directeur scientifique de l'Observatoire National des Pratiques en Santé Mentale et Précarité, Madame Lévy Vroelant professeur de sociologie à l'université Paris VIII, Monsieur le Docteur Tabary psychiatre au Centre Psychothérapique de l'Ain, Monsieur Domas directeur du CHES de Brioude et Madame Giry chargée de vie sociale à l'OPAC de Lyon.

Je formule également des remerciements à l'intention de tous ceux qui ont contribué au long travail de préparation nécessaire au succès de cette journée. Je constate que le thème retenu suscite un intérêt certain puisque vous êtes aujourd'hui près de 400 personnes réunies dans cette salle. La contribution que vous allez apporter à nos travaux sera donc importante.

Je souligne la présence à mon côté de Mr Christian Celdran, Directeur de la DRASS d'Auvergne. Christian Celdran m'a donné son accord pour assurer la présidence des travaux ; je suis en effet obligé de vous quitter pour rejoindre un groupe de travail national sur la gouvernance des Agences Régionales de Santé.

La particularité de notre réunion réside dans le choix du thème d'étude : le lien entre quatre domaines qui sont autant de champs d'intervention, santé mentale, précarité, habitat et travail social. Elle répond en cela à une sollicitation de la direction générale de l'action sociale et de la direction générale de la santé.

La question du lien à développer entre ces quatre champs d'action est au cœur de nos préoccupations, tant pour les services de l'Etat que pour les collectivités locales. Elle constitue un des axes d'intervention du plan psychiatrie santé mentale et est présente dans les actions soutenues par les plans régionaux de santé publique.

Notre rassemblement, organisé avec l'accompagnement scientifique de l'ORSPERE, est donc né de la volonté des régions Rhône-Alpes et Auvergne de s'inscrire dans le cadre de la démarche initiée par le ministère de la santé. De ce fait, un comité de pilotage inter régional a été créé et des groupes « projets » ont permis, au sein de chaque région, de faire émerger le thème et les questionnements afférents, de recenser les expériences vécues par les acteurs de terrain.

Puisque le colloque associe nos deux régions, nous avons décidé avec Christian Celdran de nous exprimer à deux voix. Avant de terminer ce propos introductif, je vais donc dès maintenant lui céder la parole



Christian Celdran – Pourquoi ce thème ? Santé Mentale – Précarité dans l'habiter ».

Merci Pierre pour ces propos sympathiques et aimables.

Je tiens, Mesdames et Messieurs, à rendre hommage au travail de la région Rhône-Alpes. Il est clair que les moyens et la situation des deux régions ne sont pas tout à fait comparables. J'ai regardé les documents de l'Insee sur la pauvreté : il est clair que l'Auvergne est parée comme une région qui est sur la frontière de la pauvreté avec un seul département en rose, ce qui veut dire que ce n'est pas terrible et les trois autres départements en blanc, ce qui veut dire que c'est un peu inquiétant.

La région Rhône-Alpes, qui est juste à droite sur la carte, apparaît avec des couleurs beaucoup plus intenses. Ce qui veut dire que le niveau social, de richesse est plus élevé. Nous avons là deux régions qui sont certes voisines et solidaires mais dont les caractéristiques humaines et économiques ne sont pas tout à fait comparables, d'où l'intérêt de ce que dit Pierre Alégoët : notre coopération a un caractère d'autant plus intéressant que nos différences sont prégnantes.

Je dois donc vous expliquer quel est ce thème. Je ne le ferai pas, vous le savez beaucoup mieux que moi mais je vous dirai peut-être ce que ce thème m'a suggéré.

Santé mentale et précarité dans l'habiter. La question du lieu pour la personne et de quel lieu, pour quelle personne, est une façon de revisiter une préoccupation fondamentale. Etre quelque part pour assurer de façon autonome le dur métier de vivre. Je pense en particulier au philosophe antique Diogène. Diogène appartenait à une expression radicale du stoïcisme que l'on appelait le cynisme mais pas dans le sens du machiavélisme politique contemporain. Diogène, par son comportement, posait des questions essentielles et l'histoire ou la légende a retenu deux images :

- Diogène dans son tonneau qui était certainement une grande jarre de terre cuite. Il résidait là dans un dénuement extrême et était à la fois un objet de curiosité et de scandale. A tel point qu'Alexandre le Grand crut bon de se rendre compte de cela par lui-même. Il alla à la rencontre de Diogène qui l'accueillit par ces simples mots de bienvenue : « Otes-toi de mon soleil ! ».
- Une deuxième anecdote nous montre Diogène pourvu d'une lanterne allumée, déambulant sur l'agora, en devisageant les passants, en levant la lanterne à hauteur du visage. Et il expliquait : « je cherche un homme ».

Nous aussi, nous cherchons l'humain mais certainement avec plus qu'une lanterne antique. Nous avons, avec nos caractéristiques, nos références conceptuelles, professionnelles, pratiques, en tant que citoyen, en tant que personne, à comprendre comment s'agencent les thématiques, mais il n'y en a pas deux. Il y en a trois. Les thématiques sur : la vulnérabilité psychique plutôt que la santé mentale (terminologie plus adaptée), la précarité sociale dans la fonction d'habiter et enfin notre métier à tous, en cette journée, l'ingénierie sociale, c'est-à-dire que nous sommes les professionnels pour –dans le cadre de politiques publiques- trouver des solutions qui soient durables et qui répondent à ces deux sujets qui sont particulièrement difficiles.

Aujourd'hui, il s'agit pour nous tous d'une rencontre, d'un événement, d'un colloque, d'une agora. Et il va se produire une réaction chimique qui va dégager de la chaleur et de la lumière. Je souhaite qu'elle dégage plus de lumière que de chaleur ! Nous sommes en possession de ce que Noam Chomsky considère comme le moteur de la construction de l'humain par les peuples : la créativité et l'interactivité. Aujourd'hui, les jarres de terre cuite ont été remplacées par les tentes Don Quichotte Quechua modèle 2" : jeter et planter. Et le droit au logement a été imposé par le corps social à la suite de la situation qui a été considérée comme insupportable pour des SDF. Donc, il y a certains moments où les politiques publiques doivent prendre en compte ces situations par rapport à l'inconscience qui est irréversible, irrécusable du corps social.

Nous devons trouver une vraie réponse et pas seulement –c'est peut-être la difficulté- une réponse d'ingénierie technique. Derrière les solutions institutionnelles, derrière les solutions que l'on peut présenter, afficher il y a la *France invisible*, selon le titre du très beau livre, animé par Stéphane Beaud. Nous avons tous, ici, en charge la France invisible. Bon travail.

Pour conclure notre propos commun et lancer la réflexion, je rappellerai en premier lieu que les DRASS se situent au carrefour des politiques de cohésion sociale, de santé publique, de formations sanitaires et sociales. Elles ont un rôle essentiel à jouer avec les DDASS dans la mise en œuvre de ces politiques, en partenariat étroit avec les autres services de l'Etat, les Agences Régionales d'Hospitalisation, les collectivités locales, les organismes de protection sociale et bien d'autres acteurs.

L'enjeu est bien d'apporter collectivement une réponse clinique, médico-sociale ou sociale, aux personnes les plus vulnérables et ainsi prévenir les situations de rupture, répondre au besoin «d'un toit pour soi», au besoin d'être avec d'autres et de vivre en communauté ou en groupe.

Cependant, bien qu'existe une forte mobilisation autour de cette question du lien entre santé mentale et précarité, on constate un paradoxe, l'existence d'une part, d'un foisonnement d'expériences variées, peu connues et l'expression d'autre part d'un fort besoin d'échanges sur les pratiques, non satisfait. C'est donc sur la manière de « régler » ce paradoxe que nous sommes aujourd'hui appelés à nous pencher.

A cet effet les groupes projets ont fait remonter auprès du comité de pilotage les nombreux questionnements relevés à travers l'intervention des acteurs de terrain, que l'on se place du point de vue des élus, des bailleurs ou des opérateurs :

- Comment maintenir dans le logement de droit commun des personnes qui vont mal et ainsi éviter leur expulsion ou toute rupture sociale ?
- Comment accueillir dans l'hébergement des personnes en souffrance et favoriser leur accès au logement ?
- Comment accompagner les personnes très précarisées et en souffrance vers le logement ?
- Mais aussi, comment agir et prévenir sans pour autant se substituer au droit commun ?
- Comment agir, prévenir sans créer du spécifique qui isole, qui stigmatise ?
- Comment agir et prévenir en respectant le libre choix individuel ?
- Comment créer ou maintenir des solidarités ?

Je vous les sou mets donc en espérant que nous pourrons apporter des réponses concrètes aux problèmes que soulèvent ces interrogations et aux attentes de partage

et de valorisation des expériences. Nous pourrions ainsi définir des pistes d'amélioration de la conduite des projets et du service rendu aux plus vulnérables.

Je vous remercie de votre attention.

Merci pour ces propos introductifs, Monsieur Alégoët, Monsieur Celdran.

J'ai l'honorable et la lourde tâche de vous aider toutes et tous à travailler efficacement et agréablement pendant cette journée, avec l'ensemble des moyens techniques de ce lieu où nous sommes et l'ensemble des personnes qui vont contribuer à l'animation, la restitution, les interventions de cette journée.

Quelques mots d'organisation : la matinée se déroule en plénière, ici, dans un espace chaleureux, et effectivement chaud et nous allons tenter de produire plus de lumière que de chaleur. Nous aurons l'occasion dans un deuxième temps ce matin, d'avoir des apports de nature conceptuelle, nous sommes partis de la philosophie grecque avec Monsieur Celdran ; nous allons donc explorer les thématiques de la psychiatrie, de la sociologie, de la socio économie avec Jean Furtos et Claire Lévy-Vroelant, qui chercheront à poser quelques idées, concepts à travers des réflexions à la fois liées à leurs expériences de chercheurs et d'enseignants, de militants également et un certain nombre de recours scientifiques qu'ils manient, les uns et les autres, dans leurs expériences.

Les concepts sont mis à l'épreuve de la réalité quotidienne, de cette France invisible dont parlait Monsieur Celdran. C'est ce que nous allons tenter d'explorer dans la deuxième partie de notre matinée à travers une table ronde, où une actrice de l'action sociale d'un bailleur, Sylvie Giry, un responsable d'un établissement de logement spécifique Jean-François Domas, un psychiatre travaillant dans un centre psychothérapique Jean-Jacques Tabary et une élue adjointe au maire Françoise Nouhen, viendront témoigner de la manière dont eux-mêmes rencontrent ce croisement, parfois ces chocs, entre logement et santé mentale. Ce sera l'occasion d'échanger très largement ensemble, comme d'ailleurs dans le premier temps après les interventions de Jean Furtos et Claire Lévy-Vroelant. Nous chercherons tout au long de la journée, même si nous sommes très nombreux, à solliciter le plus possible, y compris en plénière, les échanges entre nous.

Nous aurons cet après-midi trois ateliers qui sont l'occasion de témoignages beaucoup plus détaillés, mais aussi de confrontations avec les membres des ateliers. Une centaine de participants sont attendus dans chaque atelier. Vu le nombre important, les animateurs ont le souci de vous proposer une méthode, une animation, une pédagogie qui permettra véritablement l'échange, la construction commune. Ce qui va nous amener vers 15h45 pour une restitution croisée de l'ensemble des ateliers. Si ces ateliers sont véritablement l'objet de travail, et de confrontations entre vous, nous

aurons une forte richesse à témoigner, à résumer (c'est toujours un exercice difficile mais on cherchera à le faire) notamment dans l'esprit qui préside à cette journée -telle que l'ont souhaité les deux DRASS- celui de la rencontre, l'échange et l'expérience commune pour demain. C'est autant la découverte mutuelle des questionnements et des expériences de chacun que la capacité à imaginer les projets communs pour demain qui va être le fil rouge de cette journée elle-même.

Les personnes des deux DRASS qui vous ont accueillis ce matin, l'ensemble des intervenants, les animateurs, moi-même sommes à votre entière disposition lors de cette journée, quel que soit votre besoin qu'il soit de fond, de forme, matériel, intellectuel... N'hésitez pas à nous solliciter pour que nous soyons entièrement à votre service, nous sommes là pour ça. Je vais remercier Pierre Alégoët et Christian Celdran de nous avoir aidés à démarrer cette journée et accueillir Claire Lévy-Vroelant et Jean Furtos pour cette réflexion croisée sur les fondamentaux de la rencontre entre santé mentale et précarité. Claire Lévy-Vroelant va commencer par l'habiter et l'urbain. Jean Furtos pourra tricoter sur cette base la problématique de la santé mentale. Puis nous aurons un temps d'échanges.

Réflexions croisées sur les fondamentaux

Deux chercheurs, spécialistes de la souffrance psychique et de la sociologie de l'habitat, proposent leurs analyses sur le thème : « habiter signifie davantage qu'être logé ... mais la manière concrète d'être logé a des effets ».

Jean Furtos³

Claire Lévy-Vroelant⁴

Claire Lévy-Vroelant

Je tiens à remercier les organisateurs de cette journée, Monsieur le directeur de la DRASS Rhône-Alpes, Monsieur le Directeur de la DRASS Auvergne et Jean Furtos qui me fait l'amitié de me convier pour cet exercice que je vais essayer de faire devant vous : développer sur les questions de l'habiter le point de vue du sociologue. C'est très vaste. C'est une question fondamentale qui mobilise beaucoup d'intérêt. J'étais hier à Paris à la journée de l'UNAFO sur les maisons relais et on voit bien que ce sont des questions fondamentales parce que quelque chose est en train de se faire.

Pour commencer, l'habiter, c'est au cœur de ce qui fait société. Monsieur le Directeur de la DRASS Auvergne a rappelé Diogène qui véritablement habite son tonneau. C'est vrai, c'est aussi vieux que l'humanité et que la philosophie, et le sociologue, lui, étudie le lien entre les hommes, donc ce qui fait société. Et ce qui fait société, c'est autre chose que la somme des individualités. Ce qui n'exclut pas bien sûr la subjectivité de chacun mais la transforme en quelque chose d'autre qui s'appelle du collectif. Ce quelque chose d'autre, c'est précisément l'objet de la sociologie. Les activités sociales primordiales, travailler, fonder (des liens, une famille) et habiter. L'habiter est vraiment au cœur de ce qui fait société. Les hommes font société parce que, et quand ils habitent ensemble. Si les hommes n'habitent plus ensemble, la société se défait. Si les hommes n'habitent plus ensemble, ou ne trouvent plus d'intérêt à habiter ensemble, la

³ Psychiatre, directeur scientifique de l'Observatoire National des pratiques en Santé Mentale et Précarité (Onsmp/Orspere).

⁴ Professeur de sociologie, université Paris 8, Centre de recherches sur l'habitat Umr Louest du Cnrs.

société se défait. C'est Durkheim⁵ (un des pères fondateurs de la sociologie) qui disait : le lien social est un lien moral.

Habiter ensemble suppose que chacun sache habiter, puisse habiter quelles que soient les normes qui gouvernent cet habiter. Les normes diffèrent. Mais dans toutes les sociétés on habite un lieu que l'on fait sien et que l'on s'approprie. Les sociétés non sédentaires habitent aussi bien sûr, mais d'une façon différente. C'est le groupe peut-être que l'on habite en rapport avec des liens et d'autres groupes. L'habiter ensemble a donc ses lois, ses normes, ses contraintes, en bref, ses cadres sociaux.

Quels sont précisément les cadres sociaux de l'habiter de la France en ce début du 21^{ème} siècle ? Le thème de la journée qui nous réunit, c'est : « habiter la cité. Difficultés, partenariat, accompagnement ». Cette réflexion s'inscrit dans un contexte. Ce contexte, pour le dire vite, à l'instar d'un sociologue que vous connaissez peut-être Robert Castel, est marqué par le fait que les anciennes formes de solidarité et de protection collectives sont affaiblies voire détruites ou en voie de l'être. Tandis que les nouvelles formes de régulation ne sont pas encore véritablement ni trouvées ni installées. Raison de plus pour essayer de les penser.

Pour penser les cadres sociaux de l'habiter d'une manière un petit peu concrète, pour les penser en termes de difficultés et de ressources, il m'a semblé qu'une vision intéressante ici pouvait être de décrire l'habitat comme système. J'articulerai cette idée autour de trois « paquets » : le système des normes, le système des objets et le système des acteurs.

Le système des normes

Je vais m'y attacher un peu plus. C'est ce qui est bien, légitime ou légitimé par une société, ce qui est approuvé, c'est ce qui plaît ou ce qui déplaît. Parce que l'habiter est un fait qui concerne toute l'espèce humaine, les anthropologues aident aussi à penser les fondamentaux de l'habiter. Ces fondamentaux de l'habiter, les normes universelles en quelque sorte, c'est s'approprier, faire sien, c'est fonder et pérenniser son existence matérielle en relation avec les autres. On peut parler de capacité de production, d'autoproduction, et de reproduction. C'est échanger. L'habiter, c'est le lieu où recevoir, c'est donner. C'est partager ; partager l'espace résidentiel. C'est un espace urbain de plus en plus, c'est un espace dans lequel s'organisent les sociabilités, mais plus largement l'appartenance à la cité, au sens politique du terme. Ces actions sont donc universelles : s'approprier, fonder, pérenniser, échanger, partager. Mais leur

⁵ Cf. Durkheim Émile, *Les règles de la méthode sociologique*, 1895 (entre autre !)

déclinaison peut différer. Dans notre société, les cadres sociaux de l'habiter obéissent à un certain nombre de normes que je vais essayer de résumer.

La norme sédentaire est dominante chez nous, voire écrasante. Le domicile revêt une importance capitale. Sans domicile, il n'y a pas d'existence sociale, pas d'existence civique non plus. Comme nous le montre Christophe Robert⁶ de la fondation Abbé Pierre dans son livre « Les étrangers de l'intérieur » sur les tziganes, notre société ne sait pas faire avec l'habiter nomade.

Deuxième norme/cadre : la séparation entre l'espace public et l'espace privé. Sur cette séparation, les fondateurs de la sociologie urbaine et la sociologie de l'habitat nous ont appris qu'elle se structure sur le besoin d'intimité et que ce besoin d'intimité est lui-même structuré sur la division fonctionnelle et symbolique des espaces. Le propre/le sale ; le dedans/le dehors ; le masculin/le féminin. Exemple : a contrario, un de mes collègues qui a travaillé sur l'habitat des Congolais, Guy Boudimbou⁷, raconte que quand ils arrivent à Paris, ils sont précisément choqués – donc la norme n'est pas la même - par l'absence de la stricte division qui existe au contraire chez eux, dans l'espace domestique, selon le sexe, mais aussi selon la classe d'âge.

Troisième point : le logement est plus que le logement. Toute la journée, nous allons parler de ça. Mais je voudrais juste dire que le logement a toujours parlé pour ou contre l'habitant mais que, en tout état de cause, son importance grandit dans notre société sur le triple plan : économique, social et symbolique. Sur le plan économique, ça s'appelle le taux d'effort, la dépense en biens de consommation meublants, l'électroménager, etc. Sur le plan social, le logement a toujours été un lieu de définition identitaire, mais aujourd'hui, il me semble que c'est de plus en plus un lieu d'accroche des protections sociales. Un lieu d'accès ou non à la ville, aux services, d'où l'importance des inégalités territoriales qui rendent déséquilibrées les positions par rapport au logement (certains de mes collègues parlent de quartier d'exil, de lieu de relégation, etc.). Sur le plan symbolique, on sait bien que dans notre société, la norme propriété privée est très importante. Elle est d'autant plus valorisée que la position de l'habitant se fragilise et que l'on veut faire jouer à la propriété un rôle idéal d'assurance ou de réassurance, de sécurité, de moyen de transmission.

Dans nos sociétés sédentaires, le logement c'est la possibilité de s'habiter soi-même d'où les effets délétères de certains logements non adaptés. Chombart de Lauwe⁸, sociologue de l'habitat dans les années 60, le disait déjà : au bout d'un certain temps

⁶ Robert Christophe, *Éternels étrangers de l'intérieur ? Les groupes Tsiganes en France*, Desclée de Brouwer, 2007.

⁷ Boudimbou Guy, *L'habitat et modes de vie des immigrés Africains en France*, l'Harmattan, 2003.

⁸ Chombart de Lauwe Paul-Henri, *Famille et Habitation*, 1959.

de résidence à l'hôtel, on devient fou. On a aussi parlé des pathologies des grands ensembles. Je n'insiste pas.

Revenons à nos pères fondateurs : Georg Simmel⁹, et Erwin Goffman¹⁰, qui nous aident à voir comment nous faisons société à partir de l'habiter. Je donnerai deux idées : celle de l'altérité, et celle du stigmaté.

La question du stigmaté : schématiquement, le regard qui est porté sur l'autre procède par un certain nombre de passages obligés. On catégorise, on généralise, et puis vient finalement la stigmatisation. La catégorisation ou le classement, c'est structurant en même temps. Toute société et tout individu pense en classant. Si je dis par exemple : « les Africains habitent différemment des français », j'utilise bien sûr deux catégories de regroupement et je généralise le comportement. Si je dis : « les Africains utilisent les balcons comme des espaces de rejet », j'utilise une catégorie – les Africains- et je lui attribue un défaut. C'est le deuxième stade. C'est lier la catégorie à une qualité ou à un défaut.

Puis, le troisième stade, c'est la séparation : c'est le « eux » et le « nous ». Si je reprends les deux énoncés précédents, il est clair que j'oppose la façon d'habiter supposée des Africains et celle des Français, globalement.

Enfin, le quatrième stade : c'est la fermeture à la compréhension de l'autre (c'est pour cela que je parlais d'altérité tout à l'heure) et la stigmatisation.

D'autres sociologues de la ville, nous ont appris aussi que le stigmatisé, ou le groupe stigmatisé, développe des manières de faire avec le stigmaté. Il peut par exemple – comme nous le montre Norbert Elias¹¹- retourner le stigmaté contre lui-même. Par exemple dans son livre « Logiques de l'exclusion », il montre que les jeunes d'un quartier d'une petite ville proche de Londres stigmatisés par les habitants du quartier voisin développent effectivement des comportements déviants. Mais avec Georges Simmel et avec Goffman¹² surtout qui a écrit son livre sur le stigmaté dans le milieu asilaire, on voit que chacun est potentiellement porteur d'un stigmaté, ce qui permet de changer le regard et de voir aussi dans les rituels d'interaction, comment on peut faire

⁹ Simmel Georg, *How is Society Possible?* American Journal of Sociology vol. 16 (1910-11). Voir la présentation de G. Simmel dans l'ouvrage coordonné par Isaac Joseph et Yves Grafmeyer, *L'École de Chicago, Naissance de l'écologie urbaine*, Aubier, 1984.

¹⁰ Goffman Erwin, *Les rites d'interaction ou micro sociologie de l'ordre public*, éditions de minuit, 1974

¹¹ Elias Norbert, *Logiques de l'exclusion*, Fayard, 1997.

¹² Goffman Erwin, *Asiles. Études sur la condition sociale des malades mentaux et autres reclus*, Éditions de Minuit, 1979 ; *Stigmates*, Éditions de Minuit, 1975.

avec. Il distingue plusieurs figures d'évitement du stigmaté dans l'interaction : éviter, réparer, affronter, éventuellement reconnaître.

On comprend bien que tout ceci n'est pas sans conséquence et dans les interactions que vous expérimentez tous, la vigilance s'impose évidemment ; mieux, elle est possible. Ce qui rend les choses difficiles, c'est que les politiques publiques et nos actions de tous les jours... dans nos actions de tous les jours on pense en catégorie tout le temps ! D'où une tendance à naturaliser les « publics »... Chacun de vous a certainement en tête des exemples rencontrés dans sa pratique.

Le système d'objets

Le logement est aussi un bien matériel. Un de mes collègues, Christian Topalov¹³ parle à propos de logement de « marchandise impossible ». Alors marchandise, on voit bien ce que cela signifie ! Surtout aujourd'hui, on parle de bulle immobilière. Marchandise, et donc un bien qui se vend et s'achète. Mais pourquoi impossible ? Parce que contrairement à ce que l'on pourrait croire, depuis la moitié du 19^{ème} siècle, l'Etat est intervenu dans la sphère privée pour normaliser, surtout sous l'effet des grandes épidémies (en particulier celle de choléra de 1832 à 1834). Au final, on peut développer l'idée selon laquelle dans le logement, même propriété privée, même marchandise, il y a une part de social et une part de collectif. Ce qui fait la valeur d'usage du logement, c'est aussi les habitants et c'est toute la société.

Aujourd'hui dans le logement, la propriété collective ou propriété sociale - dont le logement social est la partie la plus apparente et la plus importante - est en recul. Quand le logement est marchandisé, l'habitat lui-même est fragilisé. Le doublement des prix en moins de dix ans conduit, au moins en termes d'effets sociaux à mon sens, à un conflit aggravé, une concurrence aggravée entre les générations et à une fragmentation de la ville et des voisinages.

Ce n'est pas faute de savoir comment faire pour s'y prendre mieux. Il y a des magies locales, des façons de faire dans les voisinages, des solidarités qui se nouent, précieux élément de régulation, ou des outils comme les maisons relais, les partenariats locaux... Le système d'acteurs qui nous intéresse au premier chef aujourd'hui ici. Les politiques publiques ne sont finalement que des structures normatives (politiques de la ville, cohésion sociale). Ce sont des cadres idéologiques et administratifs pour l'action des acteurs. Beaucoup de choses se passent néanmoins en marge des institutions ou en aller-retour avec les institutions. Mais ce que je pense

¹³ Topalov Christian, *Le logement en France. Histoire d'une marchandise impossible*, Presses de Sciences Pô., 1987

important de dire ici, c'est que dans l'engagement des acteurs, de nouvelles normes se forgent et que la sociologie de l'action publique nous permet une réflexivité sur les pratiques par l'objectivation des normes, c'est-à-dire de répondre à cette question essentielle : *qu'est-ce que l'on fait quand on agit ?*

Le politique produit des normes. Mais les acteurs que vous êtes, que nous sommes tous, mais vous en premier chef, produisent aussi des normes, bien sûr. Tout comme vos publics, car les normes circulent entre eux et vous sur le modèle brièvement développé tout à l'heure, stigmatisation éventuellement, évitement, reconnaissance, etc.

J'ai réalisé récemment un travail sur la demande de logement social : pour vous donner un exemple, j'ai été chargée de faire une enquête pour savoir comment est instruite et comment est (sont) traitée(s) jusqu'à la fin, une demande, les demandes de logement social. On sait qu'il y en a environ 1.300.000 en France. Comment ça se passe ?

Le législateur a prévu un cadre. Ce cadre ne cesse d'évoluer (le droit au logement). L'administration fait vivre ce cadre par des dispositifs. Au final, les acteurs (collectivités, bailleurs sociaux, travailleurs sociaux, intervenants, médecins, psychiatres, etc. sans oublier les demandeurs eux-mêmes), prennent position dans ces dispositifs qu'ils réinventent chaque jour par leur pratique. L'idée importante me semble la suivante : ces dispositifs sont toujours interprétés, au sens artistique du terme si l'on veut. C'est-à-dire comme une partition - dans le domaine de la musique par exemple - qui ne peut s'interpréter qu'à plusieurs. Si ces dispositifs ne sont pas interprétés, ils n'ont pas d'existence sociale. Plus la difficulté est grande, par exemple, pour notre propos, de trouver un logement ou une solution logement pour une personne vulnérable au moment où elle exprime sa demande et quelle que soit la cause de sa vulnérabilité, plus la difficulté est grande, plus l'interprétation est périlleuse. C'est pour cela qu'il ne faut pas rester seul face à cette nécessité de l'interprétation. C'est pour cela que le partenariat est tellement nécessaire voire indispensable. Les deux principaux principes organisateurs de ce partenariat sont donc l'interprétation, mais aussi la médiation. En outre ces régulations doivent bien sûr – et elles le font parfois - intégrer le conflit comme résultant d'intérêts qui sont nécessairement divergents.

Cette confrontation entre l'offre et la demande, qui dans le cadre du logement est particulièrement déséquilibrée (au détriment de la demande), on peut la voir de deux points de vue qui me permettent d'aller vers ma conclusion : c'est le verre à moitié plein et le verre à moitié vide. Si on voit le verre à moitié plein, on peut dire que tant qu'une demande cherche une offre, il y a de l'espoir. Il y a un espace de négociation

possible entre les acteurs, même si c'est dans la difficulté, et même si c'est dans l'éloignement des paradigmes, des cultures ; les parties s'identifient, se reconnaissent, se comprennent et s'interprètent.

Deux exemples pour montrer que les mondes sont assez partagés : quand j'enquêtai il y a quelques mois dans un hall d'un service habitat, un demandeur m'a prise pour une demandeuse de logement et m'a mise immédiatement au courant de toutes les ficelles du métier (son métier à lui de demandeur) avec tous les noms, adresses, contacts auxquels je devais m'adresser. Donc, une connaissance qui est évidente, où le partage est évident. Et un espace de négociation et de connaissances.

Un autre exemple : un travailleur social d'une association d'insertion que j'ai interrogé récemment. En me racontant ses journées sur une semaine, il me montre à quel point il y a une disponibilité, une implication, un engagement dans une interaction quasi permanente, via le téléphone, le face-à-face, les réunions, les dîners, etc.

Le verre à moitié vide maintenant : nous percevons les conséquences fâcheuses au niveau sociétal et individuel de ce déséquilibre très marqué entre l'offre et la demande de logement et autour de l'habiter en général ; ces déséquilibres, il faut les connaître mieux pour les combattre, ou simplement faire avec.

La rareté s'accompagne de ce que dans notre jargon on appelle la judiciarisation de la société. C'est-à-dire : un mode de résolution du conflit par le judiciaire. Et ce n'est pas sans conséquence !

Deuxièmement : un droit conditionnel. C'est-à-dire que le droit au logement, voire à l'hébergement, est de plus en plus conditionné par la conformité aux règles des dispositifs d'insertion en particulier.

Troisièmement : la nécessité d'une sorte de mise en scène de soi. On l'a vu dans notre étude sur la demande (parce que l'on a étudié des fichiers, des dossiers et des courriers), le récit biographique s'impose comme forme et fond de l'argumentaire. C'est soi que l'on met en scène. Et ce que l'on demande- on retrouve l'idée que j'ai abordée tout à l'heure - *c'est beaucoup plus qu'un logement*. C'est la possibilité de travailler, de mener une vie de famille, de rester en bonne santé, ou de se soigner, d'envisager un avenir pour soi-même et pour ses enfants. On voit bien ce que les dossiers contiennent d'appels à témoins. Et les témoins, c'est vous ! (les médecins, les assistantes sociales, les personnes qui ajoutent des témoignages au dossier). J'ai vu dans un dossier de la demande sur Paris une lettre d'enfant à qui ses parents avaient sans doute demandé de prendre la plume pour dire : « j'ai dix ans. Mes dix anniversaires, je les ai fêtés dans une chambre d'hôtel ».

Ça veut dire qu'il y a une exposition de soi et que l'on peut avoir des craintes pour la préservation de l'intimité.

Quatrièmement : la question de l'accompagnement. A mon sens, l'accompagnement des personnes est au centre, pour le pire et pour le meilleur. Parce qu'il est nécessaire, mais il est insuffisant et à double tranchant. Dans des enquêtes faites il y a quelques années dans les résidences sociales, on voit bien comment l'accompagnement, s'il est assorti d'injonctions, peut-être totalement contre-productif ou au contraire extrêmement porteur.

Je n'ai fait qu'effleurer un certain nombre de choses et j'espère ne pas avoir trop déçu vos attentes. Je me réjouis beaucoup d'assister à vos travaux.

Dans le contexte actuel d'affaiblissement, de recomposition des protections, vous êtes des acteurs qui contribuent à forger des nouvelles manières de faire face à l'insécurité sociale et je dirais même des nouvelles valeurs.

Je vous remercie.

Cyril Kretzschmar

Merci Claire Lévy-Vroelant, et vous avez tenu parfaitement le timing. On a même encore une petite minute ! J'en profite pour vous poser une question de clarification : vous avez insisté sur l'aspect des normes, des objets, des acteurs pour définir le logement comme un construit social (si je peux dire) et vous avez mis en avant les éléments d'avantages mais surtout les désavantages du déséquilibre actuel de la demande et de l'offre du logement ; vous avez parlé de l'intérêt qu'il y a dans l'application de la norme, à l'interprétation que vous avez assez clairement illustrée et la médiation que vous n'avez citée que d'un mot. Merci de préciser ce que vous entendez par la médiation dans ce cas-là ?

Claire Lévy-Vroelant

Mes collègues René Ballain et Elisabeth Maurel ont écrit un livre, il y a quelques années : « Le logement très social »¹⁴. Avec un sous-titre en forme de question : Il s'agissait de comprendre si l'on avait affaire à une fragilisation ou à un renforcement du droit au logement. Les auteurs concluaient : fragilisation.

Dans l'univers qui n'arrête pas de s'étendre du *très social*, c'est-à-dire de toutes ses formes que vous connaissez des CHRS ou résidences sociales en passant par les maisons relais, etc., *il y a de la médiation* entre d'une part les acteurs qui sont du côté de l'offre, du logement ou de l'hébergement, et entre eux, et d'autre part, avec les demandeurs.

Ce que mes collègues mettent en valeur, c'est qu'il y a *un tiers* qui s'interpose entre celui qui a besoin d'être logé et celui qui loge. Ce qui est nouveau, relativement. Et ce qui n'est pas prévu dans l'évolution, même législative, puisque le logement est encadré par des lois (la loi Quillot au départ, 1982) qui réglementent les relations entre le bailleur et le preneur. Et là, on a une tierce personne (ou association). Il y a tout un univers qui se développe entre le preneur et l'offreur, ce qui entraîne des effets sociaux majeurs.

¹⁴ Ballain René, Maurel Elisabeth, *Le logement très social. Extension ou fragilisation du droit au logement ?* L'Aube, 2002.

Cyril Kretzschmar

Merci. Ça nous donne le goût de pouvoir échanger avec vous dans la deuxième partie de cette intervention. Jean Furtos va pouvoir livrer son regard de psychiatre et bien au-delà aussi, d'homme de l'art et d'homme tout simplement sur *santé mentale et logement*.



Jean Furtos

Merci Cyril. Ma prise de parole est d'autant plus facile que Claire Lévy-Vroelant a campé le décor. Il est important que le regard du sociologue soit premier. J'ai été aussi formé, toutes ces années à l'Orspere-Onsmp, par la confrontation -quelquefois très pénible et douloureuse, pour nos habitudes de penser - avec les sociologues et beaucoup d'autres collègues différents qui nous forcent à avoir des lunettes à foyer pour ne pas être trop monoculaire.

Je me sens tout à fait en affinité avec ce que vous avez dit Claire, car vous avez une pensée clarifiante et non décadentiste. Actuellement, certains d'entres nous sont dans le geignement de la décadence et peut-être que les historiens, dans 20, 30, 40 ou 50 ans, diront que nous avons en effet été une époque décadente. Pour l'instant, je trouve intéressant d'avoir une position de transformation, de création à partir des difficultés bien réelles auxquelles nous-mêmes et beaucoup d'autres sommes confrontés.

Je vais donc parler en tant que psy, en me félicitant de cette journée organisée par les deux DRASS Auvergne et Rhône-Alpes, avec le concours de l'Orspere et aussi de Cyril Kretzschmar qui a beaucoup donné.

Pour commencer, je vais parler de la **précarité en psy**. Si on ne comprend pas bien ce que c'est que la précarité, on a beaucoup de mal à comprendre le monde où l'on vit. C'est un peu comme si on travaillait dans une situation de guerre sans savoir que l'on est en guerre. On verrait des gens qui tombent autour de nous, et on dirait : « mais pourquoi il y a des gens qui tombent autour de nous ? ». « Ah ! On est en guerre ! Je comprends ! ». Ce n'est pas une guerre au sens conventionnel du terme, mais une guerre économique mondiale qui a des effets psychiques, sociaux, politiques, économiques.

Par rapport à la **vulnérabilité**, évoquée par Monsieur Celdran, il est important de noter que la vulnérabilité (qui vient d'un mot latin qui veut dire blessure, possibilité d'être blessé qui est très ordinaire pour nous tous), est une notion surtout étudiée par nos amis anglo-saxons qui l'étudient d'une manière individualisante. Il est important, intéressant de confronter la notion de vulnérabilité à celle de précarité qui se situe toujours par rapport à un contexte social. Le rapport entre la vulnérabilité et la précarité, c'est le rapport entre l'individu et le collectif et ce que l'on fait de ce rapport. Evidemment, il existe une « bonne » précarité telle qu'elle est décrite dans les ouvrages : la précarité, par exemple, de l'enfant qui vient de naître qui, grâce au fait que tout seul il ne peut rien sinon il meurt, va créer grâce à sa détresse et sa demande du lien social, une estime de lui-même, un narcissisme, une confiance en lui, une confiance en autrui (parce que s'il est dans la détresse, autrui est là : la mère, le père, les personnes tutélaires), et une confiance dans l'avenir (parce que s'il y a dans l'avenir un problème, une détresse, une défaillance, il sera bien traité). Alors, lui-même est bon, et autrui est suffisamment bon. La psychopathologie ordinaire étudie les avatars de cette précarité ordinaire. En clair, le narcissisme n'est pas relié à l'estime de soi suspendue en apesanteur psychosociale, il est étroitement connecté à la confiance. Mais quand la société évolue rapidement, et ce n'est pas seulement à notre époque, mais c'est notamment à notre époque, nous observons une précarité que j'ai qualifiée « d'exacerbée ». Et cette qualité d'exacerbation a des effets sur la confiance (j'ai mis beaucoup de temps à comprendre que c'était la confiance qui était touchée dans la précarité excessive). La précarité excessive, qui est une incertitude excessive, va diminuer la confiance en soi, avec tous les problèmes identitaires narcissiques qui envahissent la psychopathologie ordinaire, notamment la dépression mais beaucoup

d'autres, va aussi couper la confiance en autrui, avec tous les problèmes persécutoires et sécuritaires ; la perte de sécurité, c'est d'abord le sentiment intime de ne plus être en sécurité avec autrui, et que autrui, non seulement ne peut plus m'aider, mais devient dangereux pour moi ; et amène enfin la perte de la confiance en l'avenir qui devient la décadence, la catastrophe, ou même *no futur*, pas d'avenir.

La définition d'une société précaire, dans ce sens excessif, c'est une société qui est obsédée par la peur de perdre. Cette obsession de la peur de perdre, n'est pas celle des pauvres. Les pauvres ont le souci de vivre, de pouvoir manger, de faire manger leurs enfants, c'est un vrai souci, mais ils n'ont pas l'obsession de perdre. Ils n'ont pas le côté assurantiel par rapport à tous les risques qui envahissent le psychisme. Cette peur de perdre, c'est la peur de perdre les objets sociaux. Certains sociologues en ont également parlé. Lorsque j'évoque un objet social, je pense d'abord à l'emploi (évidemment la question du chômage de longue durée, nous a fait chavirer sur cette perte de l'objet social « emploi ») et maintenant c'est l'objet social « logement ». Vous savez peut-être qu'en novembre 2007, Emmaüs a sorti un sondage¹⁵ (avec la méthode des quotas ordinaires) qui a montré que 47% des français avaient peur de devenir SDF. C'est-à-dire de perdre l'objet social logement et tout ce que ça signifie, puisqu'un objet social peut être aussi un diplôme, la famille, les troupeaux de zébus ou de chèvres..., tout ce qui permet de faire sens socialement, d'avoir un lien, une identité dans une culture donnée. Dans notre culture actuellement, les gens ont peur de devenir SDF. C'est tout de même impressionnant de voir que l'idée de la précarité envahit le psychisme des gens, même de ceux qui gagnent bien leur vie, car la précarité est la misère des pays riches qui peut, certes, aboutir à la pauvreté. Et cette misère des pays riches s'exporte dans les pays pauvres. Les recherches le montrent malheureusement abondamment.

La souffrance psychique d'origine sociale est la conséquence de cette précarisation du monde. Freud l'avait déjà cité dans « Malaise dans la civilisation »¹⁶, mais il fallait être Freud pour comprendre. Maintenant, il suffit d'allumer la télé et de parler dans un café du commerce pour savoir ce que c'est qu'une souffrance psychique d'origine sociale en réponse, par exemple, à la délocalisation. Il y a une levée du voile, une levée du refoulement, qui est tout à fait exceptionnelle, sur cette souffrance psychique d'origine sociale qui donne ostensiblement une perte de confiance et une perte narcissique. Associée à la perte de confiance en autrui, il y a la perte de confiance dans les chefs

¹⁵ Le sondage a été réalisé les 9 et 10 novembre 2007, auprès de 1.000 personnes.

¹⁶ Freud S., 1971, *Malaise dans la civilisation*, trad. Par Ch. Et J. Odier, Puf.

(que ce soit les grands chefs ou les petits chefs), et c'est très ennuyeux parce que ce sont les chefs qui portent l'idéal groupal. Quand on perd l'idéal, cela renforce l'atomisation de l'individu et le fait que l'on va se débrouiller par soi-même parce qu'on ne peut pas faire autrement ; isolement, persécution et au maximum syndrome d'exclusion. Plusieurs ouvrages traitent de ça, notamment un ouvrage collectif que j'ai coordonné et qui vient de paraître chez Masson qui s'appelle « Les cliniques de la précarité »¹⁷, où il y a 100 pages sur le contexte de la précarité, avec des anthropologues, des sociologues, des psys.

Claire Lévy-Vroelant a parlé tout à l'heure du sociologue qui étudie le lien entre les hommes, ce qui fait que la société est autre chose que la somme des individus. C'est un acte de confiance, puisqu'actuellement on deviendrait de plus en plus une société des individus où le risque serait leur atomisation. Mais il n'y a pas que les sociologues qui pensent que la société est plus que la somme des individus. Un psychanalyste comme Jacques-Alain Miller (il ne fait pas partie de mon école) dit : « l'inconscient c'est le social ». Formule un peu provocante qu'il assoit sur le fait que tout le monde, en tant qu'individu humain, est un individu parlant et que la langue est une propriété commune qui produit du lien symbolique et qu'à ce titre, comme l'inconscient est structuré sur l'ordre du langage, le social l'est aussi, donc l'inconscient, c'est le social. Evidemment, ce que l'on dit et ce que l'on ne dit pas a beaucoup à voir avec la question du psychisme conscient ou inconscient. Certains disent que le psychisme est radicalement séparé du social. C'est vrai sur le plan épistémologique, mais à l'évidence, aussi, il y a des liens psychosociaux, qui dans certains cas, dans ce que l'on a appelé à l'Orspere, la clinique psychosociale, donnent une sorte d'indétermination : cela revient à être non vectorisé. C'est-à-dire que, quand les gens vont mal dans le champ psychosocial, on ne sait plus ce qui relève du psychique et ce qui revient au social. Il y a une sorte de collusion, de perte des points de repères entre ce qui est psychique et ce qui est social. Quand j'ai commencé le travail avec d'autres à l'Orspere, mes collègues disaient : « Jean Furtos, tu es en train de devenir une assistante sociale ! » Et ce n'était pas un compliment de leur part ! Ils pensaient que le social, c'était l'assistante sociale, que la médecine, c'était le médecin et que le social très localisé faisait partie du cadre invisible de notre travail ; sauf que le cadre invisible s'est mis à devenir visible et parlant même dans la pratique médicale et psychothérapique. Evidemment, il est important que cette indétermination devienne

¹⁷ Furtos J., 2008, Les cliniques de la précarité. Contexte social, psychopathologie et dispositifs, Editions Masson.

vectorisée. Pour nous, l'indétermination doit être vectorisée par un souci de santé mentale. Qu'est-ce que le souci de santé mentale ? Dans cette société qui a tendance à être atomisée, c'est que l'autre, mais moi-aussi, ait la capacité de vivre et de souffrir. Si on n'accepte pas de souffrir dans une société qui change, il vaut mieux changer de planète. Et si on ne change pas de planète, il faut se couper de soi-même (ce qui est très ennuyeux ! Parce quand on se coupe de soi-même, on est beaucoup moins intelligent, beaucoup moins créatif, beaucoup moins en lien). C'est la capacité de vivre et de souffrir dans un environnement donné, et transformable : il est « donné », c'est le principe de réalité ; il est « transformable », c'est notre expérience concrète et notre espérance.

Vivre avec soi-même renvoie à la manière dont on vit avec autrui et réciproquement (là, il n'y a pas de différence pour le coup), en évitant si possible la destructivité mais non la révolte. La révolte, c'est-à-dire la capacité de dire non, fait partie intégrante de la définition d'une bonne santé mentale.

J'en viens au fait d'habiter parmi les humains. Je ne vais pas parler d'habiter dans la cité, ou dans la ruralité. Je ne vais pas parler d'habiter dans le voisinage. Nous avons fait un numéro spécial de *Rhizome*¹⁸ sur le voisinage et ses troubles où justement Claire, vous êtes intervenue et votre article m'a permis de faire l'édito. C'est très difficile les troubles de voisinage. D'ailleurs, il ne faut pas dire « troubles de voisinage » car c'est devenu un acte de délinquance depuis la loi de prévention de la délinquance. En tant que psychiatres, nous ne sommes ni des policiers, ni des juristes, donc nous parlons du voisinage et ses troubles, afin de ne pas amener de confusion entre une notion de délinquance et une notion de santé mentale.

Habiter chez soi : c'est s'approprier. C'est le contraire d'être logé. C'est mettre de soi. Exemple : dans le service que je dirige, il y a un foyer pour des gens qui n'ont pas encore la capacité de vivre complètement autonome dans la cité ; on voit très bien le moment où ils commencent d'habiter : ils commencent à décorer leur chambre, à mettre des photos, des affiches, des bricoles, ils commencent à habiter.

Et puis, il y a la notion d'incurie : le syndrome de Diogène, malencontreusement appelé Syndrome de Diogène par les collègues anglo-saxons à partir des travaux sur la gériatrie ; il ne faut surtout pas l'appeler syndrome de Diogène ! C'est comme si on disait, le syndrome de Platon, le syndrome de Socrate... On ne doit pas psychiatriser la philosophie. J'appelle ça : l'incurie dans l'habitat. Je trouve que ce n'est pas correct pour cet homme d'une liberté de penser et d'agir incroyable qui s'appelait Diogène,

¹⁸ *Rhizome spécial*, n°29, déc. 2007, « Le voisinage et ses troubles ».

comme vous l'avez rappelé Monsieur Celdran. C'est une insulte à cet homme et à ce qu'il représentait.

Que veut dire habiter dans un logement ? C'est habiter son corps dans ce logement, habiter sa sexualité, habiter sa généalogie (photos des grands-parents, enfants, invités...), habiter son voisinage... C'est la capacité d'apparaître et donc de disparaître. Et la capacité de disparition est hélas une possibilité et nous sommes confrontés aujourd'hui à des cliniques de la disparition. Il est aussi possible de « contre-habiter ». La contre-habitation est une forme de l'habitation. Exemple : un homme, résidant dans un foyer thérapeutique, a un délire cosmique incroyable ! (à côté de son délire cosmique, la science fiction, c'est du pipeau). Sa chambre est absolument vide, il n'y a rien ! On pourrait dire qu'il n'habite pas. En fait, il n'habite pas de manière visible. Car quand on a déménagé le foyer d'un endroit à un autre, il a déprimé lourdement. Donc, il habitait à sa manière, puisque quand il a perdu le premier foyer, il a déprimé, décompensé. L'un des défis que nous avons, c'est quand une personne n'habite pas selon notre manière normative : quelles sont les normes d'habitation d'un homme qui apparemment n'habite pas, mais contre-habite ? Quelles sont ses normes à lui ? Où est-il, s'il a disparu des murs ? Comment est-il possible d'introduire une modalité d'habiter dans ces cas très difficiles ?

Il est important de se rendre compte des forces qui vont contre l'habitat normatif : c'est l'isolement, mais un isolement actif : il y a des ruptures actives du lien avec autrui qui se passent dans ce que j'ai appelé le syndrome d'auto-exclusion. On a de plus en plus de gens qui vivent seuls, chez eux, avec leurs objets, et qui nous posent des problèmes techniques, déontologiques, de non demande, de récusation de la demande. Comment allons-nous apprécier cette incurie où chacun à une manière unique de disparaître ? La manière que quelqu'un a de disparaître au milieu de son amoncellement d'objets, de déchets est en effet unique. Comment apparaît-on dans sa manière de disparaître ? C'est vraiment un enjeu qui se pose pour les adjoints au maire, pour les voisins, pour les travailleurs sociaux, pour les huissiers, pour les plombiers, les pompiers, les gériatres, les psys... C'est une clinique de la transversalité à laquelle nous sommes confrontés avec ces personnes qui deviennent de plus en plus isolées. On demandait -pour préparer un conseil scientifique de la recherche de l'Orspere-, à l'Union Sociale pour l'Habitat sur quoi faut-il travailler ? Ils disaient : travailler entre autres sur les vieilles personnes qui vont vivre de plus en plus seules, avec des problèmes de plus en plus de démence ou perte des capacités cognitives ; comment va-t-on faire ?

A partir des capacités cognitives, il y a un cercle vicieux de l'isolement qui se renforce, etc. Quelle médiation, quel vivre ensemble ? Et la persécution, qui est de tous les jours et qui donne la connotation sécuritaire ? La question sécuritaire est une notion incroyable : il n'y a jamais eu aussi peu de meurtres depuis la guerre de 14 et il n'y a jamais eu – sauf peut-être dans les guerres explicites- autant le sentiment d'une insécurité qui est le produit direct d'une perte des sécurités individuelles et collectives qu'il convient de traiter en tant que telle.

On observe une triade sur la notion d'habiter : habiter – habitude – habitus.

Habiter vient du mot latin *habere*, qui veut dire « avoir ». Avoir quoi ? Notamment avoir un habitus, mot latin utilisé en médecine = manière d'avoir des habitudes qui est une façon d'être là à sa manière. Cela recoupe le caractère et la notion d'habitude. L'habitude, qui devient une seconde nature, est une manière automatique d'être là. J'ai aidé récemment une personne aveugle à aller en consultation, elle était très malhabile, et je la tenais par le bras, pour ses déplacements. Mais dès qu'elle est rentrée dans sa maison, elle s'est mise à cheminer gaillardement à travers les meubles, etc. parce qu'elle avait l'habitude de sa maison. Elle était chez elle. Elle avait des yeux en étant aveugle.

Je me suis dit : mais c'est bien sûr ! L'habitude, l'être là, c'est une sécurité incroyable, et quand nous travaillons avec l'incurie, les déménagements, nous ne savons pas avec quoi nous travaillons. Evidemment, il faut travailler aussi avec le changement, mais le changement ne peut se faire que si on respecte les habitudes. Bernard Duez et Valérie Colin ont beaucoup travaillé sur la question des habitudes, quand on perd le travail, le logement, c'est quelque chose de très important.

Aujourd'hui, par rapport à habitude – habitus – habiter, il y aura peut-être à étudier comment les intervenants, les acteurs que nous sommes, que vous êtes, vous travaillez sur les conditions qui font que l'on peut passer du fait d'être logé au fait d'habiter. Quelles sont les conditions sociales contextuelles pour habiter ? Quand il y a des troubles du logement, du voisinage, quand le voisinage est troublé, 80% des troubles du voisinage se règlent naturellement. Dans 20% des cas, il y a besoin de l'intervention des institutions. Comment les institutions interviennent-elles d'une manière prudente, respectueuse, créative, inventive et quelquefois ferme s'il le faut. C'est important et un des enjeux de cette journée.

Pour terminer sur les acteurs : dans mon équipe hospitalière, comme partout, il y a des restrictions de crédits. Il y avait récemment un jeune assistant qui disait : « Monsieur

Furtos, dans quel monde vivons nous ! Nous ne savons plus d'une année à l'autre quel sera notre budget ! ». Je réponds : « Mais mon cher collègue, nous vivons dans le monde de la précarité, ce qui a commencé avec les Rmistes et les chômeurs, s'est étendu à nos institutions qui sont devenues précaires, pas au sens nécessairement de pauvres, mais au sens d'incertaines. Et comment faire nous-mêmes avec la précarité de nos institutions pour conserver l'essentiel des valeurs qui font qu'une institution n'est pas qu'une organisation, n'est pas que du management ». En plus, quelles conditions pour que les interactions qui se passent soient des interactions entre individus humains qui s'humanisent réciproquement ? Je me suis aperçu que dans ma propre équipe hospitalière, ils ne connaissaient pas les travaux de l'Orspere, qui se trouve à 200 mètres ! Je leur ai donc expliqué ce que c'est que la précarité. Ce qui est vrai pour « les publics précaires » est vrai pour nous. Quand on travaille à la marge, on travaille pour le centre : parce qu'il n'y a pas des précaires ici et des gens intégrés au centre. C'est ce que disait mon ami Jean Maisondieu, qui a eu le mérite d'être le premier au France –et au monde- à aller aussi loin en tant que psychiatre : de montrer comment se créait l'exclusion psychique et concrète. Mais lorsqu'il disait : « il y a les inclus et les exclus », je savais bien que nous-mêmes, les inclus institutionnels, nous étions les précaires de juste après demain. Quand on travaille à la marge, on travaille pour toute la société parce que c'est la société qui est précaire. Le drame, comme dirait Miguel Benasayag, c'est de dire : « la société, c'est nous, et puis, il y a ceux qui sont à la marge. On va travailler avec eux, mais ils sont vraiment à la marge ». En réalité, ceux qui sont à la marge sont dedans, dans une position qualifiée de marginale, c'est-à-dire avec des normes particulières plus difficiles à vivre.

Je terminerai sur la question **de la dépression des intervenants**, notamment des psychiatres. Il n'y a peut-être pas beaucoup de psychiatre parmi nous. De plus, le CH le Vinatier, mon institution de référence, a son propre congrès aujourd'hui et demain sur ces pratiques : je trouve, dans les congrès nationaux et internationaux auxquels je participe ou que j'organise, que les plus déprimés sont les psychiatres français, alors que les psychiatres français sont les plus nombreux au monde, avec les américains et les suisses. Quand vous travaillez avec des collègues colombiens, du Kosovo, de Mauritanie, d'Algérie, ..., ils sont en difficulté mais pas déprimés. Nous, nous sommes dans l'amertume : « l'institution est finie », « la psychiatrie est finie », « la médecine est finie ! ». Hier j'assistais au départ d'un grand médecin, son patron disait : « la grande clinique est finie ».

Cette pensée dépressive de la décadence fait que les jeunes qui sont là disent : « Alors, quand nos patrons partent, ils nous laissent une société finie ! » ou « les

parents quand ils partent à la retraite, nous laissent une société finie, pour nous les ados », etc.

L'un des buts de cette journée est de voir, dans les difficultés qu'il ne faut pas sous-estimer, celles qui sont réellement très importantes, parce qu'il y a des formes de cruauté froide qui ne sont pas des cruautés chaudes qui se voient, il y a des formes de pertes qui sont très difficiles, notamment des pertes de repères qui produisent aussi de la pauvreté. Quelles sont les possibilités de création de nouvelles normes pour rester vivant en tant qu'intervenant et en tant que citoyen, sans tomber comme les patients ou les publics avec lesquels nous travaillons dans le syndrome d'auto-exclusion où pour survivre, nous sommes obligés de nous couper de nous-mêmes et de s'occuper de nos vacances, c'est-à-dire de faire le vide.

Je souhaite à tout le monde de ne pas faire comme ce collègue infirmier. C'était un collègue en grande difficulté professionnelle, il allait mal. Un jour, je le vois, il était radieux. Je lui dis : « Bonjour, Monsieur Un tel, vous êtes radieux aujourd'hui ! Qu'est-ce qui se passe ? ». « J'ai décidé de ne plus investir mon travail. Je pense à mes enfants, à mes vacances ». Evidemment, il n'est pas resté longtemps comme ça. Il est très important que le travail que nous faisons avec nos publics, nous le faisons avec nous-mêmes, philosophiquement, historiquement, psychologiquement, sociologiquement, entre collègues, transversalement. C'est notre responsabilité également ! Je vous remercie.

Cyril Kretschmar

Merci Jean qui nous appelle à une auto-analyse pendant cette journée. Nous avons une demi-heure d'échange possible avec Claire Lévy-Vroelant et Jean Furtos. Comme nous sommes nombreux, nous allons regrouper un certain nombre d'interventions, de questions, de remarques en vous demandant spontanément de prendre la parole, mais aussi d'être relativement brèves ou brefs dans vos propos.

Je vais proposer tout de suite à Claire Lévy-Vroelant de poser une question à Jean.

Je vais commencer par retourner le compliment à Jean Furtos. Parce que si je lui ai permis d'éclairer un peu ses questions de voisinage, il m'a fait découvrir les vertus de l'ambivalence : le verre à moitié vide, et à moitié plein, je lui dois. Par exemple, sur la figure de la disparition : il y a des gens qui ne savent pas habiter, ils vont disparaître, ils vont s'abstraire. C'est plus complexe que ça, et il peut y avoir des figures positives de la disparition : avec mes collègues, on est souvent dans la dénonciation, voire dans les choses négatives, mais il y a une vertu de l'anonymat, par exemple. Le fait de pouvoir disparaître aux yeux des autres, c'est une fonction importante de l'habiter aussi. Mais bien sûr, la disparition, c'est aussi la stérilisation du territoire, l'anomie. C'est à chaque fois intéressant d'éviter le piège de la dénonciation ou de la négativité absolue.

Sur l'inconscience et le social, parce que c'est très important comme conséquence, ça veut dire qu'il y a le droit au changement. En langage sociologique, Maurice Halbwachs a écrit un livre qui s'appelle « Les cadres sociaux de la mémoire »¹⁹ : ça veut dire qu'il n'y a pas de mémoire sans cadre social. Donc ça veut dire que l'individu a droit au changement et que les publics auxquels on a affaire, ont droit au changement aussi. C'est une façon de lutter contre les classements rigides, etc. J'ai envie d'interroger la dernière partie : comment on fait de l'empowerment, comment on s'empare des outils nécessaires pour ne pas se couper de soi-même ?

¹⁹ Halbwachs M., « *Les cadres sociaux de la mémoire* » (1925), Paris : Librairie Félix Alcan, Première édition, 1925. Collection: Les travaux de l'Année sociologique. Paris: Les Presses universitaires de France: Nouvelle édition, 1952, 299 pages. Collection: Bibliothèque de philosophie contemporaine.

Alain Nouvelot, Un toit pour tous - Grenoble

J'ai une question pour Claire Lévy-Vroelant, dont l'exposé m'a très intéressé, sur **les problèmes liés à l'accompagnement** et à **ce troisième personnage** que l'on voit apparaître dans le contrat de location.

Nous travaillons en ce moment à une charte de partenariat pour essayer de régler les problèmes qui se posent aux bailleurs essentiellement, mais autour d'un public qui grandit plutôt en nombre et qui pose des problèmes difficiles à résoudre. Ma place : je suis un bénévole, je suis incompetent et je me demande quelle justification ? J'ai vraiment l'impression d'être un amateur, d'essayer de faire travailler des gens, échanger et la question que j'ai envie de vous poser en vous écoutant : est-ce qu'il n'y aurait pas une formule pour institutionnaliser, donner un peu plus de poids à cette mission qui me paraît être de première importance, et pas seulement pour des formes, des intérêts du bailleur qui a des problèmes avec ses locataires. Ce n'est pas ça. C'est bien essayer d'aller à la source des problèmes.

Cyril Kretzschmar

Merci. Donc, faut-il institutionnaliser **ce tiers médiant** dont on parlerait dans la médiation ? Une autre question avant les réponses...

Pierre Tomasi, Directeur du Secteur Asile, ALAP (Association Logement , Accueil et Promotion) en Haute-Savoie

Tout en sachant que le thème de la journée, c'est le logement, Madame Claire Lévy-Vroelant, vous n'avez pas abordé et nommé **l'hébergement**. Je n'ai pas entendu une seule fois l'hébergement. Il me semble que bon nombre de gens, à défaut, sont dans de l'hébergement encore qui dure et qui perdure et j'aimerais que vous puissiez en dire quelques mots.

Cyril Kretzschmar

Merci. Si l'expression logement est le thème général, l'hébergement est très largement au cœur de notre travail, ça sera l'objet d'un atelier cet après-midi. Votre intervention

permet à Claire Lévy-Vroelant de voir comment elle situe cette question. Une dernière question pour cette première salve...

Jean-Marc Berton, directeur d'un centre d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS)- Grenoble

Il me semble qu'il y a quelque chose qui a été un petit peu dit par notre sociologue, mais qu'il s'agirait de développer : **l'entraînement à la découverte de la limite**. La limite, il n'y en a pas une en soi, pas une idéale mais c'est pratiquement tous les jours qu'il y a, dans la rencontre avec l'autre, à s'apprendre de nos grammaires différentes, de nos logiques différentes, qu'il y a une limite. Nos boulots, que ce soit dans le travail social, l'hébergement, ou les bailleurs, ou les gens qui sont dans les conseils locaux de santé mentale, ou ce qu'a dit Alain Nouvelot tout à l'heure : cette question de la limite, comment on va pouvoir partager cette préoccupation et comment on va continuer à apprendre ensemble ? Il n'y a pas une pédagogie mais une implication pour apercevoir que ça peut bouger. Vous l'avez un peu énoncé quand vous avez parlé d'interprétation. Il faut que le dispositif puisse s'interpréter pour qu'il puisse se parler. Là aussi, ce sont des catégories de pensées donc, on va utiliser les limites. C'est très important comme concept ou du moins de s'arrêter autour de cette question de la limite.

Cyril Kretschmar

Merci. Trois questions plus directement pour Claire Lévy-Vroelant sur **l'institutionnalisation** qui serait peut-être nécessaire, **du rôle de tiers médiant** notamment lorsqu'il est bénévole, **sur la place de l'hébergement** dans ce portrait que vous nous avez fait de la problématique de l'habiter et dernière question sur **l'expression, la découverte, la construction de la limite**. Ces questions feront certainement réagir aussi Jean Furtos.

Claire Lévy-Vroelant

Merci pour ces questions qui vont me permettre de développer. **Sur la tierce personne** : il y a des dispositifs. Les deux premières questions sont très en lien parce que : quelle

est la différence entre le logement et l'hébergement ? On est dans une situation où dans les textes le droit au logement est devenu opposable et donc s'affirme en tant que tel ; dans les textes et dans la réalité, on voit bien que l'on propose de l'hébergement en lieu et place de logement pur et simple. Alors qu'est-ce que c'est que le logement ? Ça réfère aussi à la norme de droits et d'autonomie. Quand on est dans un logement, on a un statut d'occupation qui garantit un droit au maintien dans les lieux. Ça veut dire que l'on a une forme contractuelle qui est encadré par le bail et la loi de 82 (puis d'autres après) qui dit : il y a des droits, des devoirs. Le locataire a le droit au maintien dans les lieux. D'ailleurs le locataire est assez protégé en France (tout est relatif, par rapport à d'autres pays, même en Europe). Il y a des droits à travers un bail, une reconnaissance que le propriétaire voit sa liberté de propriété limitée par un droit social qui est reconnu au locataire. Alors, ça, c'est le logement.

A partir du moment où il y a une tierce personne qui s'interpose entre le bailleur et le locataire, c'est cette tierce personne qui va prendre une part de cette autonomie, de cette responsabilité. Ça existe : comme les baux glissants (c'est l'association qui prend à son propre compte la responsabilité et les risques du règlement du loyer, des charges...).

Ce n'est déjà pas mal institutionnalisé. Il existe des outils. Est-ce que c'est bien ou mal ? Je ne veux pas donner dans le normatif non plus ! Il y a des situations où ça peut rendre bien des services, sinon, il n'y aurait pas de solution logement, s'il n'y avait pas d'association qui prenait cette responsabilité. Sur le plan global, comme le disent Ballain et Maurel, ça pose le problème de savoir où est passé le droit, parce qu'il est quand même sorti par la petite porte. C'est quelqu'un qui paie le loyer à votre place, qui est responsable à votre place, etc.

Sur la question du **bénévole incompétent** : sur ce secteur associatif qui émerge et qui est extrêmement varié, composite avec des très grosses structures, voire internationales et d'autres qui sont toutes petites, qui sont très proches et qui ne partagent pas les mêmes cultures, le bénévolat c'est un des piliers. Vous vous présentez comme un amateur, vous êtes en tout cas un acteur. Il est important de travailler en partenariat, avec les autres. Bien sûr, ni le bénévole, ni le professionnel (quel qu'il soit) ne détient la totalité des réponses voire même de la connaissance des outils institutionnels qui existent face à la question posée ; sur le droit des étrangers, c'est énorme. Il faut une collaboration importante.

Les CADA : je n'ai pas abordé la question de l'hébergement parce que ce n'était pas possible. Mais c'est essentiellement là-dessus que je travaille. J'ai publié un livre « Une

chambre en ville²⁰ » : c'est l'histoire des hôtels meublés parisiens dans leurs fonctions passées et présentes. Quand je dis : les frontières entre le logement et l'hébergement sont en train de se brouiller, c'est problématique pour les raisons que j'évoquais tout à l'heure. Quand on héberge, on est dans un déficit de droits par rapport à un droit au logement. En même temps, il y a des situations dans lesquelles on peut penser qu'héberger, c'est mieux que rien ! Mais à quelle condition ? Tout le dispositif aujourd'hui du très social, il est conçu comme vous le savez : la métaphore, ça serait l'escalier. Comme un escalier, on monte une marche : la première marche serait le centre d'accueil. Ensuite, on va vers quelque chose où il y a de l'insertion. Puis, vers du « presque logement », du quasi logement. Pour réussir à accéder au logement. Sauf que ça ne se passe pas comme ça et tout le monde le sait ! Il y a un détournement d'usages, voire un renversement des fonctions dans certaines structures : certaines qui sont faites pour faire de l'insertion qui n'insèrent pas, d'autres comme les maisons relais qui ne sont pas du tout faites pour insérer ou il n'y a pas de limite de durée de séjour, et qui insèrent d'une certaine manière, qui redonne du lien. Voilà ce que je peux globalement sur le paysage de l'hébergement.

Cyril Kretzschmar

Jean, sur la question de la découverte de la limite ?

Jean Furtos

D'abord sur la question de **l'hébergement** : bien sûr, l'hébergement est un logement puisque c'est une mise à l'abri. Mais la question est : peut-on habiter dans un hébergement, au sens où l'on peut mettre de soi et d'autrui et avoir une sécurité ? Ensuite, on voit les circuits entre les différentes formes de logements aidés, autonomes, spécifiques... Mais à la conférence de consensus organisée par la Fnars sur « Sortir de la rue »²¹, il y avait des témoignages de personnes en situation d'exclusion. Je pense notamment à cette femme qui expliquait que quand elle rentrait dans un hébergement (pour elle c'est un hébergement d'urgence), elle ne pouvait pas habiter parce que si elle allait à la douche, par exemple, on allait lui prendre ses

²⁰ Faure Alain, Levy-Vroelant, *Une chambre en ville. Hôtels meublés et garnis à Paris 1860-1990*, Créaphis (Grâne), 2007.

²¹ La Fédération nationale des associations de réinsertion sociale (Fnars) a organisé une Conférence de consensus sur les personnes sans abris « *Sortir de la rue* », Paris, 23&30 novembre 2007.

affaires. Donc, une des conditions pour que dans une situation d'hébergement on puisse habiter, c'est d'avoir une clef pour fermer ses affaires. Il y a des tas de règles qui ne peuvent nous indiquer si les gens habitent ou pas. Habite-t-on à l'hôpital psychiatrique depuis 20 ans ? Un jour, j'ai eu une surprise en ouvrant ce foyer que j'ai évoqué tout à l'heure : les 4 premiers patients étaient des patients qui avaient une longue carrière de patients dits chroniques. Ils étaient antisociaux, ou toujours sur leur lit. Ils n'étaient pas intéressants socialement. Dès qu'ils sont arrivés dans ce foyer, ils se sont mis à bouger, à faire leurs courses, ils n'avaient plus de comportements antisociaux, bizarres... Je leur ai dit : « Mais enfin, qu'est-ce qui se passe ? ». Ils m'ont répondu : « Attention ! Dans telle unité de soin, nous étions malades ». Ils m'expliquaient qu'ils n'habitaient pas depuis 20 ans dans ces hôpitaux, ils étaient hébergés en qualité de malade, avec des infirmières 24h/24h, ce qui montrait qu'ils étaient vraiment en danger. Parce que pour que quelqu'un s'occupe de vous 24h/24h, ça veut dire que vous êtes vraiment en danger. Même pour les hôpitaux, quelles sont les conditions pour que l'on puisse habiter au moins un minimum ?

Sur les limites : en grec, je n'ai pas retrouvé. Le mot qui signifie habiter, vient du mot ceinture. En tant que psychiatre, ce que j'ai envie de dire : la question du dehors et du dedans est très importante, mais la question de la transgression des limites aussi. Très souvent, on dit : il y a un non respect du cadre, il a fait ceci, il a fait cela, le cadre doit être respecté. Le cadre est aussi fait pour être transgressé parce que transgression veut dire : aller au-delà. Quelqu'un qui ne va pas au-delà, est dans la soumission – ce qui est déjà très bien- mais insuffisant. La question de jouer avec les limites, avec les normes qui sont les normes de l'Etat ou du bailleur ne sont pas les normes des intervenants qui ne sont pas nécessairement les normes du public et comment cette question de limite peut se mettre à être processualisée, à être en co-construction ? Ça m'intéresse beaucoup. Et puis accepter nos propres limites. Une des choses les plus difficiles, c'est de voir que des gens ne changent pas pendant très longtemps ; que des gens continuent apparemment de s'autodétruire aux yeux de nos propres normes. C'est-à-dire que l'on met le maximum. On reproche aux médecins l'acharnement thérapeutique (et on a raison dans certains cas) : comment peut-on éviter un acharnement psychosocial et tolérer la souffrance que l'autre ne change pas, pendant des mois ou des années, ou jamais et qu'il va y avoir simplement des aménagements beaucoup plus vivants, ou comme disent certains, le symptôme va devenir compatible avec le lien social. C'est aussi une notion très intéressante. Comment un symptôme du point de vue normatif, peut-être co-construit avec d'autres pour devenir compatible avec le lien social ?

Claire Lévy-Vroelant

Je ne suis pas sûre d'avoir bien compris votre question : vous avez dit : entraînement à la découverte de la limite.

Si cette question se pose –j'imagine que vous faites référence à votre pratique professionnelle-, quelle est la limite où je peux aller dans ma pratique professionnelle ? Je crois que ça pose la question de la nécessité de la définition et de la redéfinition de la mission. On voit bien qu'à partir du moment où les politiques du logement de la santé, des transports, ..., deviennent de plus en plus sociales, au sens d'une prise en charge globale des individus, bien entendu la question de la limite se pose. Qu'est-ce qu'on investit de soi ? A la limite, tout. Ça réinterroge les limites de la mission. Et là, on retourne sur la question logement/hébergement. J'ai entendu des responsables de CHRS me dire il y a quelques années : « on est des criminels ». J'ai été très frappé par cette réponse. C'est resté parce que c'était : on était obligé de remettre ces gens à la rue quelques jours plus tard.

Alors, qu'est-ce que l'on fait ? Quelle est la limite ? La mission ? Est-ce que l'on doit transgresser et dire « on fait quand même » ? Est-ce qu'on loge quand même les sans-papiers ?

C'est cela que votre question m'évoque...

Cyril Kretzschmar

Merci. Nous allons lancer une deuxième salve d'interrogations, de questions, de réactions...

Yves Larivière – psychiatre – Hôpital général (Vienne)

Je suis interpellé par la question des limites : j'ai envie d'intervenir à propos de mes propres limites. Si je suis ici aujourd'hui, c'est parce que ma pratique a été confrontée à mes limites et à ce que je ne pouvais pas concevoir des limites de l'autre. Lorsqu'un médecin d'un service d'urgence a fait un projet d'équipe mobile de psychiatrie sans aucun psychiatre présent à l'intérieur, je me suis dit : il y a une question d'une part des limites, des compétences de chacun et d'autre part, de savoir quelles sont nos propres

limites. On est toujours pris en tant que psychiatre dans la question : peut-on devenir une assistante sociale ou pas ? J'ai bien aimé ce que disait Jean Furtos. On doit pouvoir rester avec notre propre fonction, il ne s'agit pas de faire n'importe quoi. Mais il faut interroger constamment notre pratique. C'est à partir du fait d'avoir été bousculé par un collègue somaticien, que je me suis emparé de la question de la précarité, à laquelle, en tant que psychiatre habituellement je n'avais pas beaucoup d'intérêt.

Autre réflexion : la question de la guerre. C'est vrai. Par contre, je suis en guerre depuis un long moment. Les projets sont toujours des projets qui sont plutôt en général précaires et non pérennes et la question des financements, du budget, devient prépondérante sur la clinique. Or, pour ma part, j'ai toujours la question de la clinique en tête. Peut-être grâce à Jean Furtos d'ailleurs car il m'a initié à la pratique groupale. De ce fait, il est important de pouvoir travailler sur ce que l'on vit nous en tant que professionnel par rapport à la précarité. Pour mieux comprendre ce que vivent nos patients face à ce qui se passe autour d'eux.

Ma question : quelle est la place des équipes mobiles de psychiatrie au regard de toute cette question du logement ? Dans la guerre dans laquelle nous sommes engagés, on a, en tant que psychiatres, à avoir une place de psychiatre dans le sens politique du terme, au sens de socius et de défendre quelque chose qui est de l'ordre de la société. Et la société, c'est vivre ensemble.

Martine Buhrig, responsable des accueils de jour du Foyer Notre Dame des Sans abri, et socio-anthropologue (Lyon)

Aujourd'hui, une des données essentielles de ce qui touche autour des réflexions croisées sur les fondamentaux des logements et de l'hébergement, c'est aussi celle de la participation des usagers. Nous sommes aujourd'hui dans les moments où les associations tentent progressivement d'aller vers une application de la loi 2002 où on tend aussi –et c'est peut-être lié aux situations de précarité que Jean Furtos relevait-, c'est-à-dire que l'on est face à des saturations de dispositifs qui font que les travailleurs sociaux sont aussi obligés de travailler avec les mains vides et de travailler sur la qualité du lien social et avec les usagers.

Il est aussi important de voir comment se dessinerait cette participation des usagers, l'impact au niveau de l'évolution de l'habiter ensemble que ce soit dans les logements sociaux, dans les lieux de rue, d'accueil de jour, d'hébergement ; et comment, cela

peut nourrir d'une certaine manière le grand mouvement international de démocratie participative ?

Christian Celdran, DRASS Auvergne

J'ai été surpris par le rapprochement de deux termes par Madame Claire Lévy-Vroelant : elle a évoqué la question de la transgression et par rapport à la loi. Or, personnellement, je suis plutôt sensible à une différence de normes et je ferais une distinction entre la loi, les normes, et les valeurs. Je voudrai attirer l'attention de tout le monde sur l'importance un peu déclinante de ces repères normatifs juridiques que l'on appelle la loi. Notamment, on est dans un contexte d'inflation législative et réglementaire. C'est-à-dire qu'il y a des machines à produire des textes qui deviennent des machines folles. Il y a des lois sans arrêt ; il suffit de lire le rapport du conseil d'Etat sur le sujet d'il y a deux ans où les grandes institutions juridiques de l'Etat s'arrachent les cheveux en disant : on perd le sens ! Or, si on perd le sens en matière de la loi, il faut que les acteurs sur le terrain, eux, gardent le sens par rapport à des choses importantes : vous avez dit que les responsables de CHRS, c'est prouvé, se ressemblaient comme des criminels. On est vraiment en face d'un vrai sujet. Ça me fait penser au grand classique qu'est Antigone, obligé d'enfreindre les lois de la cité pour pouvoir inhumer son père puisqu'on avait interdit qu'il soit inhumé.

Bruno Mégard, Centre médico Psychologique -CMP, Haute-Savoie

Une des choses que je trouve très favorable actuellement dans l'évolution des accès au logement, c'est que l'on a découplé la question d'insertion de la question de l'accès au logement. Et qu'on ne demande pas du tout les mêmes choses. Pour ce qui est des patients que nous avons, on est dans une période très favorable pour trouver des solutions : notamment les maisons relais où la question de la durée n'est pas là et c'est extrêmement important que l'on arrive maintenant à pouvoir adapter des parcours sans question de temps.

Bernard Baudru, bénévole à l'Union Nationale des Amis et Familles de malades psychiques -Unafam (Isère)

J'ai eu le sentiment que l'orientation prise ce matin était plutôt du côté de la précarité qui provoquerait des difficultés de santé mentale et j'aurais souhaité avec un éclairage un peu différent également sur le fait que pour les personnes qui ont des difficultés psychiques, qu'en est-il de la problématique du logement ? Je milite depuis un certain nombre d'années à l'Unafam et j'ai souvent entendu développer l'idée qu'il fallait progressivement développer l'autonomie des personnes handicapées psychiques pour les amener, en passant par différentes étapes (appartements collectifs, hébergement, etc., le logement accompagné), jusqu'au stade du logement individuel qui est présenté souvent comme la panacée en somme. J'en doute un petit peu ! J'aurais voulu avoir un éclairage.

Jean Furtos

Sur la question amenée par Yves Larivière : les limites professionnelles changent également. C'est un de mes soucis. Quelquefois, il y a l'apparition de nouveaux métiers, en France, dans le monde, quand on fait des comparaisons, il y a des métiers qui apparaissent ou qui disparaissent. Mais l'idée, c'est que les métiers se transforment : on s'aperçoit avec la question de la précarité, il y a des modifications très particulières qui se sont faites. Par exemple (je dois dire que c'est un parti pris, que je n'ai pas spécifié d'un côté les schizophrènes comme paradigme de la maladie psychique ou mentale et de l'autre côté les précaires qui, dans les situations de contexte et d'accompagnement, économique, donnent des pathologies parfois désastreuses), je considère que les malades mentaux sont comme tout le monde, dans le monde de la précarité. Ils ont des besoins thérapeutiques différents, mais ils sont eux aussi dans le monde de la précarité et ils sont soumis aux nouvelles pathologies décrites ici ou là. Quelquefois on a un patient schizophrène qui présente un tableau comme un syndrome de schizophrénie et c'est sa manière de ne pas être en contact avec autrui, d'être en auto-exclusion, d'être en désocialisation qui peut être réversible en quelques jours ou quelques semaines parce que c'était sa manière de réagir à la précarité en rapport avec sa pathologie et avec le monde dans lequel il vit. C'est donc tout à fait sciemment que je nous mets TOUS dans le même paquet du monde précaire où nous sommes immergés. Les schizophrènes et les non schizophrènes, les professionnels, les bénévoles, et les non schizophrènes et les non bénévoles, mais chacun a sa place et c'est vrai qu'il y a des spécificités. Dans la précarité, on sait que maintenant, il y a des gens, des publics qui vont parler de leurs événements intérieurs aux travailleurs sociaux qui les envoient au psychiatre ;

et quand, ils vont voir le psychiatre, ils vont dire : je n'ai pas de logement, je n'ai pas de travail.

Ce n'est pas la patate chaude : c'est l'inversion sémiologique. Ça veut dire que les travailleurs sociaux doivent apprendre à écouter, sans envoyer nécessairement tout de suite chez le psychiatre et que les psychiatres doivent apprendre à écouter : je n'habite pas de logement = je n'habite pas dans la cité, je n'habite pas mon corps, je n'habite pas mes parents, mes enfants, mon conjoint, je n'habite pas mon sexe et tout ce qui tourne autour de la relation à autrui, etc. Il y a une oreille qui est en train de changer et les professionnalités qui sont en train de changer. C'est très important dans une perspective de groupalité.

Pour les équipes mobiles de psychiatrie, j'ai fait la proposition récemment dans un rapport officiel que peut-être les équipes mobiles de psychiatrie ne devraient pas être nécessairement réservées aux seules personnes très précaires mais à toutes les personnes qui ont besoin que l'on aille à leur domicile ; que ce soit dans un CHRS ou autre. Pour un patient schizophrène qui a de gros problèmes chez ses parents et qui refuse de sortir parce qu'il est fermé, parce qu'il a envie de casser et qu'il ne veut pas se soigner, est-ce qu'il faut lui mettre une HDT, etc. ; le fait d'aller-vers, initié grâce à la précarité, doit profiter à tout le monde. Il y aurait intérêt à faire des équipes mobiles de psychiatrie polyvalente et pas limitées à la grande précarité.

Monsieur Celdran a parlé tout à l'heure de l'invisibilité et des valeurs. Sur les valeurs : il y a eu une recherche dirigée par des sociologues lyonnais dont Christian Laval, Bertrand Ravon sur l'Usure des professionnels sociaux²². Ils ont montré que ce n'était pas une usure comme des pneus. Que c'était le grand écart entre le travail prescrit et le travail effectué au niveau des valeurs qui donnaient l'usure professionnelle. C'est-à-dire que l'on est obligé pour tenir les valeurs de faire le grand écart entre ce qui nous est demandé et ce que nous faisons avec une transgression, une adaptation secondaire avec des marges de manœuvres, etc. C'est important de savoir que nous créons aussi de nouvelles normes qui vont peut-être produire de nouvelles lois avec un retard de 20 ans, si tout va bien.

Sur la question des invisibilités : la France invisible, c'est vrai, mais il faut ajouter le processus d'invisibilisation. C'est-à-dire : comment faisons-nous pour banaliser ce que nous savons ? Comment faisons-nous pour ne même plus voir les gens qui déambulent dans les rues ou ce que nous savons de ce qui se passe dans les

²² Decrop G., Ion J., Laval Ch., Vidal-Naquet P., Ravon B. (sous la direction de), mai 2008, Rapport *Usure des travailleurs sociaux et épreuves de professionnalité. Les configurations d'usure : clinique de la plainte et cadres d'action contradictoires*, pour l'Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale (ONPES).

appartements ou chez notre voisin ? Il y a un processus d'invisibilisation qui fait partie de la cruauté froide de notre culture occidentale. Cette invisibilisation porte aussi sur l'invisibilisation des gens qui s'occupent des personnes invisibles donc invisibilisées et qui rend le travail difficile.

Sur la question des usagers : en France, on est encore énormément en difficultés pour reconnaître la place et l'intérêt des usagers. C'est en train de changer mais je trouve très difficilement.

Claire Lévy-Vroelant

Si on essaie de tracer quelque chose qui réunit toutes ces questions, c'est la difficulté de mettre la personne humaine au centre. L'écoute : on prend les gens comme ils sont et pas comme on voudrait qu'ils soient ou selon l'étiquette ou la classification qu'on leur a donné. Ça a l'air banal, mais c'est extrêmement difficile. Ça veut dire aussi le droit au changement : à chaque instant, chacun a le droit de changer. On n'est pas alcoolique ou mère célibataire pour la vie...

Sur la personne au centre : il y a des ressources collectives aussi. Ce n'est pas que la bonne volonté de chacun pour être bien à l'écoute, travailler sur soi-même, etc. Il y a des ressources collectives ; et du côté de la santé mentale, on appelle ça des contenants.

Le voisinage est une ressource collective potentielle, tout le temps. Les voisinages s'affaiblissent globalement parce que : la précarité. Mais il y a aussi des ressources. On a été saisi de demandes d'un collectif d'habitants pour faire leur place à des populations dont personne ne veut. Eux disent : oui, nous, on les veut.

Je pense aussi, dans le monde des hôtels meublés, aux hôteliers que je connais, qui accompagnent leurs habitants et qui sont capables d'ailleurs de générer des formes de contenants. Certains sont spécialisés à Paris près de grands hôpitaux pour des sortants d'hôpitaux, y compris psychiatriques, parce qu'ils savent faire, parce qu'ils n'ont aucun regard a priori. Les gens paient quand ils peuvent... Je ne veux pas faire une vision angélique des hôtels meublés, mais il y a là des compétences et des gisements qui sont tués par les normes.

Je reviens à la question, et je vous remercie beaucoup de cette clarification sur loi, norme et valeur ; quand je parlais de judiciarisation de la société, c'est un peu ça. C'est-à-dire que l'on va tout traiter sur une parodie parce que c'est quand même l'accès au droit. C'est très beau dans les textes mais qui nécessitent un certain nombre

de dispositifs réels pour exister. Comment on va faire droit aux personnes ayant droit ? Comment on va faire droit ? Avec quels moyens, avec quelles pratiques, quelles valeurs ? Ça réinterroge tout ça. La question du droit au logement est très emblématique de cette inflation législative ou réglementaire qui se heurte encore et toujours au manque de moyens. On ne va pas non plus être dans la déploration mais c'est important.

Sur la démocratie participative : c'est un idéal qu'il faut garder de vue tout le temps et après ça se décline sur le terrain. L'intelligence des situations concrètes fait que l'on peut voir comment on peut faire participer. Il n'y a rien de nécessairement spontané. Il y a des structures par exemple où il y a des comités de résidents qui sont prévus, qui sont morts, qui n'existent pas ; d'autres par contre, où on essaie d'étouffer la parole de gens qui voudraient bien la prendre. C'est un idéal sur lequel il faut travailler, penser global et agir local.

Cyril Kretzschmar

Merci Claire et Jean de nous avoir aidés à poser –non pas le cadre, parce qu'on va revenir à la question des normes et des valeurs- mais en tout cas des éléments d'appui à la réflexion et l'engagement pour cette journée.

Je demande aux participants de la table ronde de nous rejoindre. J'accueille Françoise Nouhen, adjointe au maire de Clermont Ferrand, Jean-Jacques Tabary, Jean-François Domas et Sylvie Giry. Quatre témoins qui vont, aux propos de Jean Furtos, de Claire Lévy-Vroelant et de nos deux directeurs régionaux, nous faire entrer dans la dimension tout à fait concrète, quotidienne de leur engagement professionnel, de leur vécu, du croisement entre santé mentale et logement. Sylvie Giry, chargée de vie sociale à l'OPAC du Grand Lyon : un des grands bailleurs de l'agglomération lyonnaise. Elle nous donnera des éléments pour resituer le rôle de ce bailleur dans l'agglomération ainsi que celui de son équipe. Elle va témoigner de la manière dont ces questions de santé mentale se posent en tant que bailleur. Jean-François Domas Directeur du CHRS de Brioude : on a parlé d'hébergement tout à l'heure dans le débat. On va y revenir plus clairement pour voir comment la question de la santé mentale se pose aujourd'hui dans l'hébergement spécifique. Jean-Jacques Tabary, psychiatre au Centre Psychothérapique de l'Ain : il travaille depuis longtemps sur les questions de santé mentale. Il nous dira comment lui, dans son métier psychiatrique, est confronté à la problématique du logement. Puis, Françoise Nouhen qui conclura ce premier tour de

piste, est confrontée en tant qu'élue adjointe au maire de Clermont à la question de la place de la santé mentale dans le logement en tant que élu local responsable des politiques de logement, mais en relation très forte avec les politiques sociales et les politiques urbaines.

A chacun d'entre vous, merci de nous préciser quelle est votre place professionnelle ? En quoi vous êtes confrontés aujourd'hui à cette rencontre santé mentale/logement ? Quelles sont les situations concrètes qui vous semblent les plus significatives autour de ce croisement entre santé mentale et logement ? Et de nous livrer peut-être quelques pistes autour de ce travail que nous faisons aujourd'hui, éléments d'introduction à nos réflexions et débats d'ateliers cet après-midi. Si vous souhaitez réagir à quelques éléments en regard de votre expérience par rapport aux exposés de Jean Furtos et de Claire Lévy-Vroelant, ce sera avec plaisir.

Donc, dix minutes de témoignage afin que l'on puisse entrer dans le débat ensemble. Nous allons commencer avec Sylvie Giry qui va nous apporter la perception du bailleur.

Table ronde : comment agir, prévenir, réguler ?

Quatre acteurs s'expriment sur leurs pratiques : comment sont-ils interpellés, pour quelles situations, quelles problématiques ? Quelles questions majeures se sont posées à eux ?

Sylvie Giry²³

Jean-François Domas²⁴

Jean-Jacques Tabary²⁵

Françoise Nouhen²⁶



Sylvie Giry

Je suis chargée de vie sociale à l'Opac du Grand Lyon à l'agence Sud-Est sur le secteur Grand-Sud comprenant Vénissieux, Feyzin, Saint-Genis-Laval, Pierre-Bénite, Oullins...

Ces postes de chargés de vie sociale ont été créés il y a 3 ans dans le cadre d'une réorganisation de l'OPAC du Grand-Lyon. L'objectif est de développer la prise en charge des problématiques sociales.

Le chargé de vie sociale est responsable dans chaque agence d'une équipe comprenant une ou plusieurs conseillères sociales.

Sur Le Grand-Sud, nous bénéficions en plus d'un poste à mi-temps de médiatrice.

²³ Chargée de vie sociale à l'Opac du Grand Lyon.

²⁴ Directeur ALIS l'Association pour le Logement et l'Insertion Sociale – Rue Emile Barbet – BP 98 - 43103 BRIOUDE cedex, Intervention publique sur l'expérience menée au Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale «Trait d'Union ». Tel : 04 71 74 94 29 – Fax : 04 71 74 91 80 E.mail : a.l.i.s.traitdunion@wanadoo.fr

²⁵ Psychiatre au centre psychothérapique de l'Ain.

²⁶ Adjointe au maire de Clermont Ferrand.

Le chargé de vie sociale s'occupe de toutes les problématiques de tranquillité et de sécurité. Il est aussi chargé de développer des actions d'amélioration du cadre de vie en faisant participer le plus possible les habitants.

Quelles problématiques pour un bailleur ?

Problèmes de comportements de la personne qui posent des difficultés diverses :

- Troubles de voisinage : bruits, cris, violence
- Sécurité : incendie
- Technique : hygiène, fuite d'eau, dégradation du logement

Nous sommes le plus souvent sollicités par les locataires de l'immeuble ou le personnel de proximité (gardiens et chargés de clientèle)

2 exemples :

Madame L :

Agée d'une cinquantaine d'années, vit seule dans son logement (T3) suite à son divorce et au départ de sa fille. Elle a été hospitalisée pour dépression en 2002 et 2003. A ce jour, elle n'est plus suivie et refuse de voir un médecin. Son état de santé a toujours causé des problèmes de voisinage mais ces troubles étaient tempérés par la présence de sa fille. Depuis son départ, la situation devient de plus en plus difficile pour les habitants de l'allée.

Les problèmes rencontrés :

Problème d'hygiène : madame récupère beaucoup de fruits et légumes sur le marché et entasse la nourriture. De plus, elle a un petit jardin privatif et entasse des détritrus, ce qui amène odeurs et moucherons.

Bruit : madame met sa musique très fort, crie et tape sur les tuyaux de chauffage.

Conséquences :

De nombreuses plaintes des locataires, des demandes de mutation (des départs).

Des réactions des jeunes de l'allée qui s'en prennent à Madame : huile de vidange devant sa porte, vitre cassée, pierres jetées contre sa porte. Madame devient victime et sa sécurité se pose.

Avec qui travailler et que faire :

Avec la fille de Madame (mais qui commence à se décourager)

Avec l'assistante sociale de secteur

Actions : amener madame à se faire soigner, mettre en place une curatelle, faire une mutation dans un logement plus petit (et sans jardin)

La mutation ne va pas régler le problème mais seulement le diminuer au niveau de l'entretien du logement et va permettre de faire souffler les habitants de l'allée. Mais si Madame ne se fait pas soigner, on déplacera seulement le problème.

Mr E :

Mr âgé de 50 ans vit seul dans son logement et est locataire depuis 10 ans. Il est suivi par la psychiatrie mais de façon épisodique.

Les problèmes rencontrés :

Monsieur ne nous posait pas de vrais problèmes de comportement jusqu'à ce qu'il mette le feu dans son appartement (Mr habite au 9^{ème} étage d'une tour de 15 étages), ce qui pose un gros problème de sécurité.

Problèmes techniques: dégradation totale de l'appartement (monsieur a détruit ses cloisons), fuites d'eau car monsieur a enlevé les WC.

Conséquences :

Peur des habitants suite à l'incendie

Logement de dessous impossible à louer à cause des fuites d'eau.

Avec qui travailler et que faire :

Un très fort sentiment d'isolement. Nous n'avions aucun lien partenarial.

Nous avons réussi à prendre contact avec la psychiatrie mais absence de liens avec Mr à ce moment.

Quelques mois plus tard descente de la police et des pompiers accompagnés de l'équipe de psychiatrie pour récupérer Mr qui était parti de l'hôpital. Il n'était pas là. Pendant quelques semaines contact avec l'AS de l'hôpital puis plus de contact.

Nous avons alerté la mairie en demandant une réunion des partenaires mais elle n'a pas eu lieu.

Questionnement, quels axes de travail ?

Le bailleur se sent impuissant face à ces situations et seul face aux problèmes posés.

Manque de réseau, une difficulté à travailler avec le secteur psychiatrique, manque de compréhension mutuelle.

Axes de travail :

Comment arriver à travailler en partenariat (en particulier avec le secteur psychiatrique) ?

Quelle place donner à la famille ?

Cyril Kretzschmar

Merci. Votre intervention fait écho à l'atelier n°1 de cet après-midi qui va travailler sur santé mentale et logement ordinaire, relation notamment avec les bailleurs.

Jean-François Domas, on passe au logement adapté, spécifique. Comment êtes-vous confronté à ces questions ? Quelle est votre expérience là-dessus ? Qu'attendez-vous de la réflexion, du débat qui va s'organiser dans les ateliers cet après-midi, car il y a un atelier plus spécifique sur l'hébergement, justement.

Jean-François Domas

L'Association pour le Logement et l'Insertion Sociale créée en 1993 s'est donné comme objectif de favoriser l'amélioration de la condition des plus démunis. Elle se situe à Brioude, ville de 6 700 habitants. Cette cité se trouve à l'ouest de la Haute Loire, département comprenant environ 210 000 habitants. Rurale et touristique, la Haute Loire ne possède pas d'agglomération importante.

La ville de Brioude dispose des principaux outils et services sanitaires, médicaux sociaux et sociaux.

L'ALIS gère un dispositif d'Aide Sociale à l'Hébergement, comprenant un Accueil de Jour, des Appartements d'Insertion, un Centre d'Hébergement d'Urgence et de Stabilisation et des logements destinés à l'accueil et l'hébergement d'Urgence des Femmes Victimes de Violences. Aux côtés de ces premiers outils de lutte contre les exclusions, l'association gère également un service d'Accompagnement Social Lié au Logement et un service d'accueil et de suivi psychologique entrant dans le cadre des actions de Santé. En tout et pour tout, l'Association emploie douze salariés, reçoit chaque année environ 480 personnes et dispose de 35 places d'hébergement.

Dès 1996 et confrontée aux souffrances psychiques des personnes accueillies, en partenariat avec un autre CHRS de la Haute Loire (CHRS « Le Tremplin » au Puy en Velay), l'association a enrichi son équipe d'intervenants par la création d'un poste de psychologue. Cette décision et le choix qui en découlait, traduisait la volonté de favoriser les démarches de soins chez les personnes les plus démunies, en instaurant une dynamique de mobilisation de la personne, réunissant l'ensemble des outils proposés par l'Association. Mais elle répondait aussi au constat d'une nette augmentation des problèmes psychologiques présentés par la population reçue et

d'une difficulté croissante pour les travailleurs sociaux d'accompagner les personnes dans les démarches d'insertion.

La présence d'un psychologue dans l'établissement nous a permis de mieux cerner les souffrances psychiques des usagers. Pour un certain nombre d'entre eux, nous sommes passés du sentiment flou, incertain à une identification plus précise. C'est alors que les termes comme états psychologiques désagréables (tristesse, angoisse, difficultés relationnelles, inhibitions, troubles de la personnalité comme dépressions, troubles bipolaires, obsessionnels, compulsifs, schizophrénie, paranoïa) sont apparus petit à petit dans le vocabulaire de l'Institution, en tant que données importantes à prendre en compte dans l'accompagnement social de la personne. Ce travail de repérage a permis de dissocier les souffrances relevant d'un soutien psychosocial et celles nécessitant un soutien beaucoup plus spécialisé, notamment psychiatrique.

Fort de ce constat, un travail initié par la Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales a été entamé dès l'année 1999, réunissant les CHRS Trait d'Union et Le Tremplin, les services sanitaires de l'Etat, les hôpitaux et le secteur psychiatrique. Après de nombreuses rencontres, réunions, pourparlers, une convention fut établie entre les différents partenaires. Celle-ci fixe les conditions du partenariat. C'est ainsi que le Centre Hospitalier de Sainte Marie a été sollicité pour qu'il puisse apporter son concours aux CHRS, afin d'assurer un soutien psychiatrique aux publics accueillis. Celui-ci s'effectue dans le cadre du droit commun avec les moyens de la sectorisation psychiatrique propre au département de la Haute Loire. Concernant l'Association pour le Logement et l'Insertion Sociale, l'équipe a choisi de travailler quotidiennement avec un infirmier psychiatrique détaché du CMP de Brioude. En raison, d'une heure par jour, voire plus, celui vient rencontrer les travailleurs sociaux qui peuvent l'interroger mais aussi lui orienter des personnes chez lesquelles ils ont pu repérer des signes de souffrances psychiatriques.

Depuis juin 2000, date à laquelle le travail de partenariat s'est réellement mis en place, l'infirmier rencontre chaque année une quarantaine de personnes qui lui ont été orientées par les travailleurs sociaux ou par la psychologue. Son travail consiste à confirmer ou infirmer les troubles et, si besoin, de proposer à la personne une démarche de soins. Ainsi, environ 10 personnes réintègrent ou intègrent chaque année, un processus de soins spécialisés, soit par le canal du médecin psychiatre du CMP de Brioude, soit par le canal de l'hospitalisation en service psychiatrique de l'hôpital Sainte Marie du Puy en Velay.

Au delà de l'intégration de ce poste d'infirmier psychiatrique qui pourrait être développé plus largement si nous n'étions pas limités par le temps, j'aimerais maintenant vous faire

part en guise de conclusion des apports bénéfiques de ce travail et des observations issues de celui-ci.

Tout d'abord, la présence et le travail fourni par l'infirmier psychiatrique a permis de repérer et de nommer plus facilement les troubles mentaux parmi une population en souffrance et en déshérence. Ceci me fait dresser l'hypothèse qu'une partie de la population est « entre guillemet », sous diagnostiquée, donc sous traitée. Et que si le diagnostic est retardé, le traitement l'est aussi. Ce retard est préjudiciable car, non seulement il prolonge la souffrance psychique de la personne, mais il l'expose à des complications (suicide,...) et à l'aggravation de ses troubles et de leurs conséquences sociales.

Ce travail de partenariat a permis d'étayer les pratiques d'accompagnement social effectuées par les professionnels de l'Association. D'une position de confrontation et d'interrogation face à l'expression de troubles psychiques, de malaise exprimant son incapacité à instaurer ou à maintenir une relation d'aide, s'interrogeant sur ses propres capacités professionnelles, le travailleur social mais aussi l'institution ont pu rompre leur isolement grâce à ce dispositif. Celui-ci favorise les échanges autour des pratiques professionnelles et permet d'acquérir de nouvelles voies de coopération au bénéfice des personnes accueillies. La présence de l'infirmier a permis de compléter l'action de l'institution et de mieux positionner notre mode d'intervention et d'élaborer des réponses et des modalités de prises en charge plus globales et plus partagées. Ainsi, avons-nous pu éviter de travailler dans l'émotionnel, et consolider ainsi une approche beaucoup plus distanciée, garante d'un accompagnement professionnel de qualité.

Ainsi, et dès lors que la dimension psychique de la personne est prise en considération, que tous les aspects qui en font la singularité sont pris en compte, et que la personne adhère au principe de l'accompagnement coordonné, nous pouvons passer du stade de l'hébergement au stade de logement, où la personne (ré) investit son habitat.

Voilà en gros les deux principales observations, mais d'autres auraient pu être abordées comme la quasi disparition des actes de violences dans notre établissement et une plus grande cohérence dans la prise en charge.

Toutefois, cette action a ses propres limites.

- La première est l'absence de demande de soins des personnes qui n'ont généralement jamais consulté. Or, celles-ci ont des droits et elles peuvent donc en faire usage pour refuser toute prise en charge, quelle que soit la forme de celle-ci. Ceci rendant inopérant l'approche professionnelle ;

- Autre point : la difficulté actuelle du secteur de la psychiatrie qui connaît un gros problème de démographie médicale et un manque de place. Cet état n'améliore pas forcément l'offre de soins tant en terme d'hospitalisation qu'en terme d'accueil de jour et de suivi psychiatrique effectué par un médecin.

Enfin et pour conclure, je souhaiterai émettre un certain nombre de vœux :

Que les travailleurs sociaux et les institutions explorant conjointement et parallèlement le champ social et la santé mentale, œuvrant auprès de cette population en souffrance psychique soient enfin reconnus à leur juste valeur et à la hauteur de leur investissement ;

Enfin, le gouvernement a lancé une profonde réorganisation dans les missions de l'Etat. La mise en place des Agences Régionales de Santé va bouleverser les schémas sanitaires, médico-sociaux actuels et par conséquent les modes partenariaux des établissements sociaux. C'est pourquoi, j'espère que ce type d'actions qui a fait preuve de sa pertinence et qui mériterait très certainement d'être expérimenté à d'autres environnements, ne soit pas oublié dans les futures missions et négociations.

Je vous remercie de votre attention.

Cyril Kretschmar

Merci. Votre intervention apporte des éléments par rapport aux questions que posait Sylvie Giry sur les formes de partenariat. On viendra dans l'atelier cet après-midi et peut-être ce matin si on a le temps sur les problématiques que vous avez pu rencontrer au quotidien. Votre exposé étant centré principalement sur les solutions que vous avez mises en œuvre.

Avec Jean-Jacques Tabary, nous allons voir l'œil de la psychiatrie et bénéficier de son expérience partant de la question de la santé mentale vers la question du logement. Quelles sont les problématiques que vous rencontrez, quelles solutions vous avez cherché à développer ?



Jean-Jacques Tabary

Je suis psychiatre au Centre Psychothérapique de l'Ain (CPA), ancien chef du secteur de BOURG.

Actuellement j'interviens avec trois « casquettes » :

- Responsable du dispositif « l'ADRESSE » (cf. ci-dessous).
- Responsable du Carrefour Santé Mentale Précarité, qui dispose désormais des moyens de créer une Equipe Mobile.
- Consultant au CMP de MONTREVEL, ce qui permet, d'observer la précarité en milieu rural, et, par exemple la question du transport (Cf. Question).

1. COMMENT SE SITUER ?

L'ADRESSE : 150 patients venant des secteurs périphériques de l'AIN et des anciens secteurs de SAONE et LOIRE, réimplantés sur l'agglomération de Bourg-en-Bresse. 40 d'entre eux occupent 70% du temps soignant (10 infirmières). Tous habitent en ville avec une moyenne de vie autonome de l'ordre de 10 ans en :

- Appartements locatifs du secteur privé
- Logements sociaux, mais regroupés dans un même quartier excentré
- Foyer Logements pour une dizaine, par choix
- Appartements de transition

Origine de l'opération : rappel de l'histoire de la psychiatrie dans l'AIN

- regroupement de deux hôpitaux de jour sur Bourg-en-Bresse pour des patients des secteurs de Nantua, Gex, Montrevel, Belley, Cotière, et Paray-le-Monial ;

- d'inextricables problèmes de secteur en cas de reprise de soin après rupture.

La majorité des patients présentent des psychoses chroniques ou psychoses infantiles stabilisées. Mais les admissions intéressent principalement, aujourd'hui, des patients présentant des troubles de la personnalité : états limites, désinsérés, addictions.

La plupart ont connu d'autres tentatives de réinstallation (maison de retraite, foyer, résidences spécialisées, famille, conjoint) qui ont échoué : pas d'autre solution que l'appartement en ville, paradoxalement, par défaut.

Les patients ont leur appartement à leur arrivée à l'ADRESSE, mais l'équipe a acquis des compétences dans la recherche de logement (changements, dé-cohabitations de couples etc.)

Le dispositif comprend :

- un CMP,
- des groupes d'activité, d'accueil quotidien (le « GUEUTO ») et d'expression,
- un hôpital de Jour,
- un **Service de soins à domicile**, accompli sur une demi-journée, par la même équipe infirmière qui assure le CMP. Les réunions cliniques portent sur tous les aspects de la vie du patient intégrant l'habiter.

2. LES PROBLEMATIQUES : en quoi sommes-nous INTERPELLES ?

2.1. Dans le quotidien

Les problèmes rencontrés dans le quotidien :

- o l'autisme à domicile. Au début, dans les années 70, l'installation en appartement était vécue comme un retour à la normale qui devait s'opérer naturellement. D'où des impréparations : A.... malade quelque peu catatonique, a, sans doute selon la conviction de l'infirmière qui l'a « installée », passé sa première nuit sur la chaise où elle l'avait laissée. Ce type de comportement peut encore se produire en cas de mauvaise indication ou de précipitation), le défaut d'entretien, l'incurie, la non appropriation des lieux et des objets, les dégradations ;
- o la porosité des cloisons: soit ce sont les éléments extérieurs qui pénètrent (G.... a vécu l'enfer d'entendre tous ses actes commentés ou moqués par ses voisins à travers les murs et les plafonds. Contre toute

attente, et à l'encontre de ce que l'on sait de la psychose hallucinatoire chronique, ces phénomènes ont disparu quand elle a déménagé dans un appartement qu'elle a elle-même choisi), soit ceux de l'intérieur traversent, font « exploser » les murs : l'appartement à l'échelle de la Ville, l'intempérance téléphonique ;

- l'envahissement : les amis ne sont plus « reçus » : ils s'imposent ; l'occupant n'existe plus à leurs yeux en tant que tel. Les délicatesses entre patients ;
- les problèmes de voisinage, dans plusieurs configurations : le voisin importuné ou sollicité ; le voisin solliciteur ou jouant les psys. Mais aussi des expériences positives : H... 85 ans est reconnue comme référent moral et observatrice sociologique de son immeuble, malgré ses décompensations qui se produisent encore et qui sont signalées et encadrées par un voisinage respectueux sans que son image n'en soit altérée ;
- la révélation des pathologies des voisins, non soignés, leur approche prudente et exploratrice du soin (« Les gens normaux n'ont rien d'exceptionnel ») ;
- la mort, la survie ;
- les « absents » de chez soi : arpenteurs de la ville oiseaux nocturnes, (patients qui meublent leurs insomnies à déambuler en ville, qui se trouvent mieux dans les rues quand elles sont vides, mais qui vont quelquefois réveiller les copains en pleine nuit...) SDF à domicile (A ... 58 ans n'a jamais habité son appartement : il vivait le plus souvent sur le trottoir attenant ou au café voisin, ne fermait jamais, les meubles étaient vides, les objets achetés et revendus dans l'heure, il couchait habillé et sans couverture , ne chauffait jamais, en est tombé malade).

Travailler sur une clinique du logement qui est à inventer.

Logement : lieu central de l'existence du patient, et non pas objet de médiation. *Lieu identitaire fort* : B...un de mes anciens patients, on se croise dans la rue en coup de vent, il a tout juste le temps de me glisser « maintenant je suis en appartement ! » pour lui c'est l'élément principal parmi les nouvelles qu'il pouvait me donner de lui, dans ces dix dernières années.

L'objectif du soin est de faire en sorte que le patient habite son logement, comme point de départ à son épanouissement, et non pas seulement : y vive, y séjourne, y soit logé, domicilié etc.

Ce n'est pas non plus un objet de « médiation » : afin d'approcher sa problématique interne par l'observation de la manière dont il gère cet objet, même si les deux s'entrecroisent

Ce n'est pas seulement l'espace mais aussi le contenu (meubles ustensiles) et ses prolongements externes (déplacements, magasins, amis à recevoir etc.).

Ce lieu de vie est diversement investi par chaque patient, selon :

- sa pathologie : ses angoisses, sa distorsion dans la perception de la réalité, les fantasmes et les fixations traumatiques, ses inhibitions par rapport à tel ou tel objet, la distorsion ou l'amputation de l'image de soi vectorisée sur les locaux (*F. qui n'occupe pas une des 3 pièces après avoir exigé un appartement plus grand, P...qui occulte la pièce où logeait son ami*) mais aussi ses symptômes tels que interprétation et hallucination, phobie du regard, etc.

- son histoire « d'habitant » : ses rapports dans sa vie avec les lieux d'habitation. Sédentaire ou non, enfant de propriétaire ou non, la chambre individuelle ou partagée.

Une exigence clinique particulière : c'est un travail de socio-psycho-thérapie. Et non pas *éducatif* : ce qui n'empêche pas le partenariat avec des instances éducatives (« Vivre En Ville » : association affiliée à l'UNAFAM et qui gère notamment un Service d'Aide à la Vie Sociale), ni la compétence d'éducateurs dans ce travail.

- travailler au plus près des angoisses du patient, ce qui l'empêche de profiter de son lieu de vie, de s'y épanouir, ou seulement d'y être autonome (indice : savoir où sont les objets). *M. 26 ans n'utilisait pas son lit pour dormir : des objets, des CD de paquets l'encombraient et il dormait par terre ou sur le fauteuil. Il s'est passé, dans sa vie, des choses graves dans des lits. Les infirmières ont mis un an, à raccrocher un à un tous les avantages, usages, émotions positives, et éliminer les mésusages, du lit, à construire « l'objet lit ». Elles y sont parvenues et M, s'est dès lors spontanément attaqué à un autre objet forclos : « la douche » Tricoter, ravauder, point par point, bord à bord et au moment propice, pour que la greffe prenne, en réparant ou contournant les inhibitions du patient dans l'usage des objets à sa disposition.*
- Il s'agit rarement d'apprentissage, ni de conformation à un modèle

- N'intervenir sur le réel, se substituer, qu'au dernier moment, quand il s'agit réellement d'un obstacle insurmontable et incontournable. Avec des surprises qui bousculent nos connaissances cliniques (*G... cf. chapitre 1.2*) : l'inventivité propre du patient (*F et N couple qui a préféré garder leurs deux appartements, pour pouvoir se réfugier chez l'autre quand les persécutions ou les incidents réels qu'ils provoquent souvent, les y obligent*). Reculer l'intervention sur le réel au dernier moment, quand on est sûr que le patient ne peut plus rien inventer.
- Le logement n'existe dans la représentation qu'en a le patient que s'il peut en parler ailleurs, avec ceux qui le connaissent : intérêt de la circulation entre institutions, des équipes soignantes non spécifiques à une fonction, des groupes : (*accueil matinal au « GUEUTO » cf. A-*)

L'unité de base : le micro-réseau à extension concentrique, où vont s'établir les relations de base, avec leurs distorsions et leurs difficultés spécifiques : rencontre élémentaire autour du patient, dans un espace quasi synaptique, articulation entre le soignant (représentant du patient) et un référent le plus proche possible (représentant de l'accueillant). Ce travail s'établit quand il y a une connaissance personnalisée, validée par le patient, où chacun peut mesurer les capacités réelles de l'autre, s'approprier une petite partie de ses compétences et surtout reconnaître ses manques. Le partenariat n'est possible que lorsqu'il ne vise plus à la toute puissance, et que l'on sait qu'il y aura des échecs, de l'ingérable, de l'imprévisible à partager. Il doit s'établir avec le même soin que le travail avec le patient, à l'échelle du patient. (Référence sur ce point particulier de « travailler à l'échelle, de la montée d'escalier, du palier, de l'occupant » à Gilbert Bonnemaïson : 1930–2008 ancien député-maire (PS) d'Epinay-sur-Seine. Rapporteur, entre autre en 1983 auprès devant la commission des maires : « Face à la délinquance : prévention, solidarité répression »).

Premier cercle, modèle de base : Infirmière - référent logement : gardien d'immeuble dans le social, référent de l'agence immobilière, voisin. Plus rarement : aide ménagère, propriétaire ou curateur.

Deuxième Cercle : Généraliste, psychiatre proche de l'infirmière,
Curateur, aide ménagère

Troisième cercle : Institutions de soin, équipe, assistante sociale de l'équipe

Commerçants, artisans, famille, amis (souvent d'autres patients), voisins, service de repas, restaurant,

Quatrième Cercle : la ville : associations de loisirs ou de quartiers, police municipale, SAMU, famille, Caisse primaire d'assurance maladie, assistante sociale (AS) de quartier, spécialiste, vétérinaire, etc.

2.2. Dans l'institutionnel

Politique de soin et de logement ? Ou débrouille ?

- Consulté souvent, peu de travail de suite : loi BESSON (intervention de l'UNAFAM) : Programme départemental pour l'accès au logement des personnes démunies -PDALPD, Contrat Urbain de Cohésion Sociale, Ilots de quartier, Conseil local de Santé Mentale. L'institutionnel est peu efficace dans la résolution rapide des questions matérielles. Mais il en reste toujours quelque chose et c'est par là que ça progresse, plus que par les montages, Et ça reprend toute sa valeur dans le réseau informel.
- Louvoisement permanent entre « établir une politique du logement », à hauteur du CPA , ou « la débrouille ». Au total la débrouille marche mieux, avec la complicité des acteurs ; les AS évitent de soutenir des dossiers HLM ; mais les infirmiers dégottent des appartements privés.
- Divergences d'appréciation parmi le corps médical.
- Paradoxalité des relations entre les organismes de logement sociaux, pleins de bonne volonté mais peu efficaces et ambivalents (poids négatif des commissions d'attribution, notamment des associations de locataires : les mêmes dossiers rejetés quand ils viennent des AS, sont admis quand ils sont présentés par les familles) ; et les locatifs privés, ouvertement réticents mais avec certains desquels on peut fort bien travailler : Exemple de la rue COURTELINE : collaboration étroite avec un bailleur qui s'adresse en priorité à l'ADRESSE, quand un de ses logements se libère. Pourtant histoire difficile au départ: incident grave avec un patient, résident, qui avait nécessité l'intervention du GIGN. Ce bailleur, envers qui l'on se croyait « grillé » a, au contraire apprécié la présence et la disponibilité de l'équipe, présente de bout en bout, établi des liens personnalisés et pris en compte les difficultés du travail psy. Au lieu de s'enfermer dans une attitude sécuritaire.

Réalisations concrètes (néanmoins) :

Appartements de transition, équipement des villes périphériques, Service d'Accès au Logement, projets de l'UNAFAM et de « Vivre en Ville », groupe Croix Blanche, **Espaces Rencontres avec les CHRS**, commission des appartements de transition...

Leçons à retenir pour un urbanisme intégrant le handicap psychique et la place de la psychiatrie :

- Problème du **regroupement de patients dans un même quartier** : gérable et efficace finalement, si ça ne représente pas un réel ghetto. Intérêt de l'appartenance groupale « malades » comme base de repli et appartenance, processus « fort und da »²⁷ en direction des autres.
- Problème de la « **masse critique** » : indice de dilution du nombre de patients dans la population d'un quartier, d'un immeuble, au delà duquel la notion de « chez-soi »- suffisamment distinct de « chez l'autre » se dilue, réapparaissent alors les phénomènes « asilaires » (rentrer chez l'autre sans frapper, se servir dans le frigo etc...).
- Il est **des échecs** : incuries irréductibles, SDF à domicile, réhospitalisations par sortie mal préparée, ou par rechute, désinvestissement, persécution par le quartier, décès : ne pas « habiter » son logement est un état dangereux. A prendre en compte dans une politique de re-logement.

3. LES PISTES A EXPLORER

Elles sont implicites dans l'exposé :

- 1- **Ne pas dé-professionnaliser**, méfiance envers le « traitement social » du handicap psychique. on constate avec regret que l'équipe type du SAM SAH²⁸ ne comporte pas nécessairement de psychiatre référent.
- 2- **Multiplier les rencontres** plutôt que chercher à mettre en place des projets communs trop établis.
- 3- **Participer aux instances de la ville, être présent comme partenaire ou membre dans les institutions autour du logement des personnes démunies (foyer,**

²⁷ Ici et ailleurs.

²⁸ Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés comportant des prestations de soins.

CHRS, associations, UNAFAM) en ne se situant pas seulement comme demandeur mais force de proposition.

- 4- Etre crédible (et donc modeste) dans les garanties que l'on offre aux partenaires.
- 5- Etablir des relations en amont (équipes mobiles).
- 6- Spécifier le soin et la prise en charge du résident, mais ne pas spécifier l'habitat.

La grande précarité : ceux qui ne peuvent habiter un lieu, les interstitiels, ceux que le lieu clos persécute, ceux qui ne se le représentent pas, qui ne distinguent pas l'intérieur de l'extérieur, ceux pour qui sa gestion est un effort insurmontable, ceux dont le rayon proxémique est occulté, déformé ou limité (cf. Gantheret, Sivadon : « La rééducation corporelle des fonctions mentales » Editions Sociales Françaises, p. 51.Paris 1965).

Cyril Kretzschmar

Merci.

Nous accueillons maintenant Françoise Nouhen qui va clore ce bal de témoignages.

Les élus sont censés faire la synthèse impossible de l'ensemble des dynamiques ou des interrogations posées dans cette table ronde que ce soit au regard de la relation avec les habitants, la relation avec les bailleurs, la relation avec les gestionnaires d'établissement spécialisé, les intervenants sociaux, les intervenants médicaux... Vous êtes confrontée à tout cela dans votre mandat Clermontois.



Françoise Nouhen

Préambule

Je tenais tout particulièrement à vous remercier de m'avoir invitée car lorsque j'ai pris connaissance du programme, j'ai vu que les élus étaient plutôt rares.

Pourtant, depuis ce matin, nous parlons de personnes, de professionnels, de logement, qui se situent sur un territoire, celui de la commune, commune qui a à sa tête un Maire et un Conseil Municipal qui ont un rôle à assumer dans le propos qui nous réunit, aujourd'hui, à savoir : *Santé Mentale et Précarité « comment habiter dans la cité : difficultés partenariat accompagnement »*.

Aussi, en tant qu'Elue d'une commune de 150 000 habitants, je voudrais articuler mon propos autour de deux grands thèmes :

- 1) Le Maire et, par délégation, ses Adjointes comme acteur de l'aménagement urbain.
- 2) Le Maire et ses Adjointes, via le Centre Communal d'Action Sociale, et leurs fonctions, comme d'autres autour de cette table, de gestionnaire et d'acteur de l'accompagnement des populations en souffrance.

1. Tout d'abord, le Maire et sa fonction d'Urbaniste

A Clermont en particulier, notre projet d'aménagement de la cité intègre de façon très forte ce qui a été évoqué ce matin par Monsieur Jean Furtos et Madame Claire Lévy-Vroelant à savoir que, derrière la demande de logement se cache une demande de travail, de scolarité pour les enfants, de meilleure insertion sociale, etc.

Donc, nous devons impérativement réfléchir en terme de :

- Mixité Sociale et Economique et cette mixité ne se décrète pas, elle se construit dans un travail de partenariat avec les promoteurs privés et les bailleurs publics. Elle s'aménage dans une répartition équilibrée des grands équipements dans tous les quartiers même ceux, dit plus sensibles. Par exemple : construction de l'Hôtel de la Région à Montferrand, aux portes de la zone d'Habitat Social de la Gauthière.
- Service de Proximité : Ecole, restauration scolaire, maison de quartier doivent mailler tous les quartiers.
- Transports en commun : qui doivent permettre des flux entre le centre ville et les quartiers plus périphériques.

L'ensemble de ces facteurs évoqués rapidement de façon non exhaustive est indispensable à une bonne appropriation pour chacun de l'espace bâti.

2. Le Maire (ou ses adjoints) dans leur responsabilité d'acteur de l'accompagnement social des populations fragiles, en particulier dans le cadre des Centres Communaux d'Action Sociale (C.C.A.S.)

Un petit rappel : Les C.C.A.S sont des établissements publics indépendants gérés par un Conseil d'Administration composé à parité d'Elus et de représentants associatifs dont le Maire est Président de droit.

Les C.C.A.S. mettent en place la politique d'Action Sociale facultative, déléguée par les communes. Les C.C.A.S. sont donc, de part leur organisation, amenés, dans la mesure de leurs moyens financiers, à intervenir sur les situations d'urgence et de précarité.

I – Mode d'interpellation : très diversifié et varié. Il peut s'agir d'élus, de famille, de voisins, de bailleurs publics ou privés, des sapeurs pompiers, des services de police ou services d'hygiène, d'associations caritatives...

II – Les situations :

- Personnes sans domicile
- Personnes vivant dans leur véhicule
- Personnes ayant un logement qui sont isolées (pas de famille présente – pas d'entourage immédiat)

- Etrangers en errance, déstructurés, sans repère
- Jeunes en rupture : pas tous malades, mais avec des comportements à rapprocher de la psychiatrie sociale

III – Les problématiques :

- L'isolement
- L'exclusion et le manque de lien social
- Les problèmes de comportement (présence d'animaux, absence d'hygiène personnelle et ou dans le logement, problèmes de violence)
- Il faut également évoquer les problématiques rencontrées auprès des personnes qui refusent toute intervention
- Les problèmes de santé mentale (conduites addictives variées : alcool, toxico), pathologies d'ordre psychiatrique surtout celles qui n'ont pas été diagnostiquées et ou qui ne sont pas soignées (refus...)
- Les problématiques en lien avec le vieillissement des personnes isolées à leur domicile (perte de mémoire, d'autonomie associées à des pathologies physiques et ou psychiatriques plus moins graves...)

IV - Agir, prévenir, réguler

L'action, qui peut être mise en place par les C.C.A.S., peut se décliner en *deux grands secteurs d'intervention* :

Coordination :

Le C.C.A.S., dans ses missions, doit être un lien de réflexion, d'analyse, de coordination des interventions des principaux acteurs qui interviennent sur une problématique donnée.

Ils ont, pour ce faire, un outil d'analyse et d'expertise important qui est « l'analyse des besoins sociaux ».

A ce titre, nous avons des réunions régulières avec les associations et les acteurs qui travaillent autour de la précarité.

La gestion en directe d'équipement et de structures :

Tout d'abord, il faut:

- Savoir être réactif à un signalement (prévenir et agir avec le réseau des partenaires...).

Par exemple à Clermont-Ferrand,

- le service social des urgences du Centre hospitalier universitaire (C.H.U.) qui est précieux : liaison, alerte pour la mise en place des relais en interne et en externe,
- le Service d'Accueil et d'Orientation Départemental (pour sa mission d'hébergement d'urgence),
- l'équipe mobile de psychiatrie qui est particulièrement efficace pour l'intervention auprès des jeunes de moins de 30 ans sans domicile. Il s'agit d'une intervention qui ne se situe pas dans l'urgence, mais qui favorise l'accès aux soins,
- Importance d'une évaluation sociale (quand c'est possible) pour appréhender la globalité de la situation.

Ensuite, les C.C.A.S. peuvent mettre en place des gestions de services en direct, afin de répondre à des demandes non complètement couvertes.

A titre d'exemple, nous gérons :

- Une Agence Sociale de logement « Interface Logement ». Cette agence permet en particulier de procéder à des médiations entre les bailleurs et les résidents plus fragiles ou ayant des comportements quelque peu difficiles. (Exemple : convention avec bailleurs privés).
- Nous avons un C.H.R.S. de 35 places, des Maisons Relais, baux glissants.
- Nous avons ouvert, depuis plus de dix ans, un « Point Accueil Jeunes ».
- Nous sommes en train de mettre en place des Médiateurs Urbains qui interviendront dans les bus et les halls d'immeuble, en allant à la rencontre des populations.

En conclusion :

Compte tenu du temps qui nous est imparti, aujourd'hui et pour conclure mon propos, je dirai que le travail que nous pouvons faire en direction des publics en état de précarité et de mal-être psychique ne peut se faire que dans un partenariat fort qui permet à chacun de mieux se connaître et se reconnaître, ceci afin d'établir un climat de confiance réciproque et ce dans le respect de la place de la personne aidée qui doit rester au cœur de nos dispositifs.

Cyril Kretzschmar

Merci à chacun d'entres vous. Le temps nous est compté pour un échange avec cette table ronde. Nous pourrions recueillir quelques questions de compréhension ou de clarification de nos intervenants.

Lucette Moreau, Directrice de l'Association ORLOGES²⁹ (Lyon)

L'Association ORLOGES insère par le logement, depuis 1981, des adultes handicapés psychiques à travers de l'hébergement diffus dans Lyon intra muros essentiellement.

Je réagissais à ce que disait Monsieur Jean-Jacques Tabary puisque le travail est mené dans cette association par une équipe de travailleurs sociaux. La mission permet aux adultes handicapés psychiques d'acquérir un appartement, d'abord dans le cadre d'un hébergement (on a deux statuts : un statut CHRS et un statut foyer d'hébergement), jusqu'à devenir locataire par le biais d'un bail glissant.

Il s'agit d'une équipe de travailleurs sociaux et non pas d'une équipe de psychiatrie qui mène ce travail. Pourtant, pour que ça se passe bien et que ça se réalise dans les meilleures conditions, nous travaillons en étroite collaboration avec les équipes psychiatriques sur Lyon. En l'occurrence, les personnes sont orientées par les équipes psychiatriques. C'est donc un projet commun entre une équipe sociale et une équipe de soins que nous pouvons mener à bien. ORLOGES fait également ce travail de lien avec les bailleurs sociaux et privés. Nous trouvons des logements dans Lyon intramuros grâce à un travail depuis 25 ans avec les bailleurs sociaux et privés. Ce n'est pas vraiment un problème -malgré tous les problèmes posés par l'offre de logement aujourd'hui-, pour nous que de trouver un logement à des prix corrects pour les adultes handicapés psychiques. C'est parce que c'est un travail de longue haleine depuis 25 ans, dans une proximité avec les bailleurs et avec les équipes de soins que nous pouvons réussir cette insertion. Aujourd'hui, plus de 86% des personnes qui sont accompagnées à ORLOGES deviennent locataires de leur appartement. Récemment on a fait des statistiques sur six ans : 95% de ces 86% personnes restent locataires de leur appartement.

²⁹ Office Rhodanien de LOGEMENT Social

Cyril Kretzschmar

Merci de ce témoignage. Quelques autres interventions, questions ?

Un bailleur social (Haute-Loire)

Une question à Madame Giry : est-ce que dans les cas gravissimes d'occupation tels que vous les avez cités, vous pratiquez encore par la voie contentieuse la résiliation de bail pour troubles de voisinage ?

Sylvie Giry

Quand on y arrive, c'est vraiment qu'on a tout essayé avant et que l'on n'a pas trouvé de solutions. Ceci dit, c'est extrêmement rare. Je n'ai pas les statistiques mais quand ça arrive une fois, tout le monde en parle parce que c'est vraiment la dernière des solutions.

Jean-Jacques Tabary

Je connais bien ORLOGES. Vous nous aviez aidés à monter un projet sur Bourg-en-Bresse. Je savais bien –et je l'ai fait un peu sciemment- qu'en parlant d'une certaine réserve par rapport au traitement social du handicap psychique, j'allais réactiver la querelle entre psy et éducatif.

Entendons-nous : je maintiens que le travail au niveau de l'intimité de la clinique de logement nécessite des compétences professionnelles de l'ordre de la psychothérapie. Ça ne veut pas dire pour autant que ça doit déboucher sur une séparation entre les professionnels du psy et les professionnels de l'éducatif. Pour être un peu brutal, je dirais qu'il y a des éducateurs qui, à force d'expériences et de formation, sont capables de faire du travail auprès des handicapés psychiques et qu'il y a aussi des infirmiers psychiatriques, et peut-être même des psychiatres qui n'en sont jamais capables.

Ceci dit, chez ORLOGES, je ne sais pas à quel niveau vous prenez directement à la sortie de la crise les patients.

Pour terminer, je suis gêné quand je vois par exemple que l'équipe type d'un Samsah, service de maintien à domicile, ne comprend pas un seul soignant psychiatrique. Il est

recommandé l'existence d'un médecin, un point c'est tout. Je pense que le médecin doit être un psychiatre ou, en tout cas, qu'il doit y avoir un psychiatre pas loin.

Cyril Kretzschmar

Merci pour ce prolongement du débat qui va certainement rebondir cet après-midi aussi. Une ou deux dernières interpellations, questions ?

Danielle Vitiello, chargée d'insertion au département de Réadaptation Socio-professionnelle du Rhône

Une question à Monsieur Tabary : si on dit que l'habiter recoupe l'idée d'un projet plus global derrière, d'activités, d'insertions, en termes de clinique par rapport au logement, est-ce qu'il y a un travail qui est fait ? Et comment vous le faites à ce moment-là, une sorte de travail sur une unité lieu d'hébergement, insertion ? Parce que dans le cadre d'insertions qui peuvent être d'activités sociales et/ou professionnelles, c'est vrai que – et ça répond aussi à une question sur le CMP- le logement se traite d'un côté et puis quand on aborde la partie insertion, on s'aperçoit que la personne a une heure et demie de transport à effectuer, et là, ce n'est plus possible. Le projet de la personne n'est pas abordé dans sa globalité et on se trouve avec des impossibilités d'insertion professionnelle parce que la personne est trop excentrée d'un lieu d'activités de ce type. Je voulais savoir si vous travaillez là-dessus et comment ?

Anne Boisset, Chargée de programme en santé mentale à l'ADES (Association Départementale Education Santé)- Drôme

Ce n'est pas une question mais une réflexion : ce matin, Claire Lévy-Vroelant parlait du système de normes et de distinction entre espace privé, espace public. En entendant maintenant les témoignages, il y a aussi une question entre espace privé et vie privée. Notamment pour les populations en situations socialement précaires ou psychologiquement précaires ou les deux ; il y a une grande difficulté à pouvoir établir qu'une vie privée se déroule dans un espace privé et reste a priori privée. Comment, à un moment, des intervenants aussi bien sociaux, que politiques, que médicaux, sont

amenés à intervenir dans des vies privées, dans des espaces privés, alors que l'on garde encore cette norme, cette distinction entre espace public et espace privé ?

Cyril Kretschmar

Monsieur Tabary sur l'unité de lieu hébergement, insertion ? Monsieur Domas si vous souhaitez réagir à cette question sur espace privé, vie privée, logement adapté ?

Jean-Jacques Tabary

La question de l'accès à l'insertion professionnelle et des problèmes périphériques : Bourg-en-Bresse, 40 000 habitants, les problèmes de transport ne sont pas catastrophiques et on la traverse en 10 minutes. Par contre, j'y suis sensible, parce que j'ai une quatrième casquette qui est celle de consultant dans un CMP périphérique au milieu de la Bresse et où là, effectivement, les problèmes sont cruciaux. Il y a des gens qui sont très isolés et qui disposent de soins auprès du psychologue du RMI mais pour qui la mise en action de ces soins est très difficile parce que faire 10 kms à travers la cambrousse quand on n'a pas de mobylette, quand on n'a qu'un ami plus ou moins capricieux, ça reste un problème.

Pour les consultations au CMP, on use et on abuse de la compréhension de la CPAM qui assure les déplacements. Pour eux c'est beaucoup plus difficile. Je ne sais pas quelle est la solution.

Pour ce qui est de l'insertion professionnelle à côté de l'insertion par le logement : oui, bien sûr, on a des partenaires : par exemple, une institution qui s'appelle ORSAC Insertion à qui on peut adresser des personnes en insertion professionnelle pour faire des bilans, des orientations. On a aussi des partenaires dans le loisir, notamment une association qui dépend de l'Unafam, qui s'appelle VIVRE EN VILLE.

Ce que je perçois à travers votre question : je pense effectivement que la psychiatrie ne doit plus se situer aujourd'hui dans une situation de demandeur voire de quémandeur. Elle doit être aussi une force de proposition. J'ai peut-être donné l'impression dans le travail de partenariat avec les institutions de faire un petit peu de politique franchouillarde, quand je dis « il ne faut rien en attendre » mais ce n'est pas ça. Pour le moment, on a encore tendance en se prévalant de malaise interne, de parler de précarité, dans la profession de psychiatre..., je m'excuse, je ne me sens pas vraiment précaire. Et puis la définition de la précarité est très large. Jean Furtos disait : le golden boy de New York est finalement beaucoup plus précaire que le type qui vit

sous les ponts, parce que lui ne sait pas de quoi sera fait le lendemain. Tout cela nous amène encore et encore dans la psychiatrie à être ceux qui demandent, même qui demandent au nom du patient. Nous avons aujourd'hui les moyens de proposer.

Jean-François Domas

Pour essayer d'apporter des éclaircissements sur l'espace privé, l'espace collectif : je prendrai simplement l'exemple des hébergements que nous gérons. Il y a un centre d'hébergement collectif où il y a des lieux collectifs où les personnes peuvent prendre la parole, échanger, etc. Dans cet établissement, il n'y a qu'un seul lieu privé qui est la chambre individuelle. Cette structure s'adresse plus particulièrement à des personnes qui sont en urgence et en cours de stabilisation. On a la chance aussi d'être propriétaires des locaux qui se trouvent sur un parc qui fait plus de 4 000 m². Les personnes peuvent s'isoler pour être seules.

Concernant l'espace privé : là, je prendrai le stade des appartements dits d'insertion, notamment à chaque fois avec des personnes qui présentaient des troubles psychiques, psychotiques notamment suivis par le CMP : lorsque ces personnes se retrouvaient dans l'appartement, elles commençaient à investir l'appartement (mettre des affiches, le poste de radio, des fleurs, etc.). On a senti à ce moment-là que les personnes s'étaient investies dans leur habitat, retrouvaient un lieu qu'elles commençaient à créer et recréer dans ce lieu-là. Avec l'équipe de CMP, que ce soit l'infirmier qui vient régulièrement au CHRS mais aussi avec les infirmières qui officient au CMP, on s'est réuni et on s'est posé la question : si on pouvait proposer à cette personne de reprendre cet appartement, qui était géré par l'association ? Mais c'était une position commune : ce n'est pas l'équipe sociale qui a pris la décision. Ce n'est pas la direction qui a pris la décision. Ce n'est pas l'infirmier qui a pris la décision. C'est une décision collégiale. Donc le travailleur social a été porter cette proposition au niveau de la personne. Elle a écouté et a dit : je suis d'accord pour reprendre dans quelque temps cet appartement à mon nom parce que j'ai commencé à habiter et je vais continuer maintenant à habiter cet appartement. A trois mois de l'échéance, parce qu'il y a une procédure assez longue « dans le temps », on a fait rencontrer le résident de ce logement et le propriétaire pour qu'ils puissent faire connaissance. Parce que l'inconnu en plus pour un propriétaire qui apprend que la personne est suivie par le CMP ça peut faire peur. Il a fallu travailler autant amadouer le résident mais aussi le propriétaire. Attention, ce ne sont pas des baux glissants. Au bout de trois mois, le passage du flambeau a été effectué, de manière tout à fait officielle, entre le

représentant de l'équipe sociale, l'infirmier psychiatrique, le résident et le propriétaire. Depuis, toutes les personnes qui sont passées par ce système-là, sont encore dans leur logement et depuis de nombreuses années.

Cyril Kretschmar

Je remercie très chaleureusement les participants de cette table ronde. Je vous souhaite un bon appétit à toutes et à tous. Les ateliers ont lieu de 13h30 à 15h30.

Trois conférences – Ateliers, une question transversale

Comment agir, prévenir, réguler une difficulté à habiter pour les personnes en situation de précarité, fragilisées et handicapées par des troubles psychiques liés à une pathologie mentale ou une souffrance d'origine psychosociale : Quelle médiation, quel accompagnement, quelles autres pratiques favorables ?

Atelier 1 - Logement de droit commun : accès, maintien, conditions de réussite

Animateur : Benoît Eyraud, sociologue (Lyon)

Rapporteur : Lydie Pioli, coordinatrice atelier santé ville (Vichy)

Atelier 2 - Logements alternatifs au droit commun : accès, limites, conditions de réussite

Animateur : Christine Debeaud, responsable du pôle solidarité et autonomie, DDASS (Allier)

Rapporteur : David Grand, chargé de mission, Mrie

Atelier 3 - Habitat précaire et rue : accompagnement, limites, conditions de réussite

Animateur : Valérie Colin, psychologue, chercheur à l'Onsmp/Orspere

Rapporteur : Thierry Morel, cadre pédagogique, Itsra



ATELIER 1 - LOGEMENT DE DROIT COMMUN : ACCES, MAINTIEN, CONDITIONS DE REUSSITE

Animateur : Benoît Eyraud, sociologue (Lyon)

Rapporteur : Lydie Pioli, coordinatrice atelier santé ville (Vichy)



De gauche à droite : Isabelle Gamot, Sophie Ferré, François Riette, Benoît Eyraud, Fabienne Chatelard et Françoise Beuillard.



Interstices dans les troubles de l'habitat : comment aller à la rencontre des personnes dans la cité, action d'un psychologue.

En situation de non demande

Aller à la rencontre ...

Christiane Chastel-Donnet³⁰

Isabelle Gamot³¹

La Ville de Grenoble s'est engagée depuis 2005 dans une expérimentation originale, visant à favoriser par la rencontre et l'accompagnement, la prise en compte de la souffrance psychosociale, s'exprimant par des troubles du voisinage.

En effet les interpellations, les signalements faits aux élus et à la Direction Santé Publique et Environnementale, concernent des situations individuelles dont les troubles psychiques ou du comportement bouleversent le voisinage. Le plus souvent des personnes isolées, sans suivi, sans recours, mais non sans besoin. Elles sont en lien avec des questions d'insalubrité, d'incuries, de nuisances liées aux bruits, aux odeurs, aux dégradations. Face aux difficultés d'agir des partenaires de la santé et du social et face à la dégradation des situations au fil du temps, il a été proposé d'inventer, de créer, pour aider la personne à reprendre contact avec elle-même, une nouvelle façon d'agir expérimentée par une infirmière et une psychologue pour quelques situations complexes, sans se substituer aux services de droits commun.

Le dispositif mis en place.

Il s'agit d'un espace intermédiaire "à durée limitée" entre le social et le soin, avec l'objectif de favoriser l'accès aux soins. La particularité de certaines personnes accueillies c'est qu'elles n'ont pas pu entretenir un lien avec les soignants ou les acteurs sociaux dans la continuité. Dans cet entre deux, il s'agit d'accueillir la souffrance sans faire du soin, c'est un aller à la rencontre, un accompagnement. Le voisinage, en portant à notre connaissance la situation de la personne, nous fait tiers. Le premier contact avec la personne se fait à travers une proposition écrite pour nous rencontrer. Cela permet aux personnes de tisser, au rythme des présences/absences en entretiens, leur propre représentation interne du lien. Cette alternance "permise" autorise un lien de confiance et une construction commune dans un temps limité. Dans ce travail clinique, le psychologue a une position plus active qu'habituellement dans la construction du lien, dans l'attention à l'autre, le lien est maintenu à travers les courriers ou appels téléphoniques.

³⁰ Psychologue clinicienne (Grenoble).

³¹ Responsable du service promotion de la santé (Grenoble).



Depuis juin 2005, voilà ce que nous avons expérimenté :

- Réfléchir en équipe pluridisciplinaire dans la continuité : un *travail de lien en équipe* (infirmière psychiatrique, psychologue, inspecteurs de salubrité, chef de service) est aussi fondamental que d'aller à la rencontre des sujets. Travailler auprès de personnes dans la non demande nécessite un processus de pensée permanent dans l'équipe. Il s'agit d'éviter la discontinuité psychique, les ruptures de liens, tout ce qui serait de l'ordre du fonctionnement en miroir avec les personnes vers qui nous tentons d'aller à la rencontre. Le travail consiste à mettre en lien les éléments en notre possession, le contact avec les différentes institutions concernées, ou personnes de l'entourage familial.
- Tenter d'aller à la rencontre des personnes en souffrance. Le temps de la rencontre clinique, temps d'écoute et d'échange avec la personne.
- Les entretiens de soutien parental (parents, frères et sœurs de personnes en rupture de soins). Ces entretiens constituent un soutien psychologique pour les familles, soutien de personnes (voisins proches) dans les plaintes de voisinage.
- Le soutien aux professionnels pour favoriser l'émergence d'une solution pour la personne en souffrance.
- Travailler en lien avec un réseau de partenaires sanitaires et sociaux.

La plupart du temps les personnes rencontrées sont dans les situations suivantes :

- Il s'agit de personnes avec des antécédents de suivis mais en rupture de soins.
- Des personnes sans antécédents connus, non suivies, avec une apparition de troubles qui évoluent dans un contexte de précarité.
- Des personnes atteintes d'une pathologie psychiatrique, qui sont connues, qui semblent à l'origine de troubles du voisinage.

La souffrance psychique

- Les problématiques psychosociales et psychiques empêchent l'exercice ordinaire du lien social.

On peut envisager que le sujet désigné exprime sa souffrance sur la scène sociale.

La honte et l'humiliation peuvent aboutir au sentiment de ne plus avoir place sur la scène sociale, il existe :

- * une perte de confiance en l'autre
- * Une perte de confiance en soi, en sa dignité d'exister
- * Une perte de confiance en l'avenir devenu menaçant, la perte des projets qui appellent à transmettre.

C'est Jean Furtos dans les années 1995 qui, devant le constat d'impuissance des travailleurs sociaux, théorise la clinique des problématiques psychiques et psychosociales, qui empêchent l'exercice ordinaire du lien social.

La notion de souffrance psychique s'impose pour rendre compte de certains troubles du comportement qui s'accompagnent d'une tonalité dépressive, de difficultés à agir. C'est une clinique nouvelle qui se situe à l'intersection du travail psychique et du travail social.



- Il n'y a pas de clinique hors du contexte social, le contexte social est celui de la précarité.

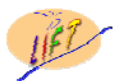
Conclusion

Il faut souligner l'importance d'une attitude clinique qui se fonde sur l'écoute du sujet et la prise en compte de sa stratégie de survie. (Il est nécessaire de rappeler que les stratégies de survie utilisées pour pallier l'impact des situations extrêmes sont des stratégies " d'auto-soins ").

Il faut commencer par accepter l'autre comme il se présente. Aucun changement véritable ne peut avoir lieu sans ce préalable. C'est le sujet et lui seul qui peut changer.

Un des enjeux essentiel de la rencontre clinique c'est de donner la possibilité au sujet de ne plus être seul face à ce qu'il éprouve et ce qu'il a éprouvé (c'est lui rendre une humanité de base).

Au fil des années (3 ans) ce dispositif expérimental sous forme "d'entre-deux" a démontré sa pertinence en terme de prise en compte de la souffrance psychosociale. Cet aller à la rencontre ne permet pas seulement de faciliter l'accès aux soins mais aussi d'accompagner, de recréer du lien social, d'être solidaires et de soutenir des sujets en grande détresse qui ne peuvent pas demander de l'aide.



Accompagnement de personnes en situation de fragilité psychique dans le cadre d'un parc locatif

Note de bilan sur la collaboration Métropole Habitat de St Etienne (MHSE) – LIFT

Fabienne Chatelard³²

Françoise Beuillard³³

A - Rappel du contexte initial

Dans le cadre du soutien apporté par la D.D.A.S.S. de la Loire au LIFT pour ses actions d'accompagnement de personnes fragilisées par des troubles psychiques, une première rencontre a eu lieu le 28 octobre 2005 avec le Directeur de Métropole Habitat de St Etienne, ses collaborateurs et la D.D.A.S.S. pour évoquer la problématique rencontrée dans leur mission quotidienne.

Lors de cette réunion, étaient représentés les services «Gestion Locative», «Service Contentieux», «Service Social» et «Présence de nuit» qui tous sont, à un moment donné, confrontés à des difficultés avec des locataires qui, visiblement, rencontrent des problèmes d'ordre psychique.

Les repérages faits par les services de Métropole Habitat ou les signalements sous forme de plaintes de voisinage partent très souvent d'un problème de comportement :

- tapage nocturne, voire diurne,
- agressivité verbale (rarement physique),
- harcèlement,
- manque d'hygiène,
- détérioration des logements,
- isolement des personnes,

Face à ces différentes situations, les intervenants de St Etienne Métropole se disent démunis et se sentent seuls. Sont posées les questions de :

- la légitimité à apprécier la nature psychique des troubles des personnes concernées,

³² Recherches et Formation.

³³ Métropole Habitat Saint-Etienne.



- le manque de moyens et de compétences pour intervenir dans de telles situations,
- la qualité de la collaboration avec les services de psychiatrie (impression de ne pas être entendus),
- la frustration ou la crainte de n'avoir souvent pas d'autres recours, in fine, que celui de procéder à des expulsions ou des relogements pour traiter le problème,
- les difficultés de collaboration avec les différents services sociaux (bureau d'hygiène et de santé, services de tutelles...).

Dans ce contexte, l'Association Recherches et Formations a été interpellée au titre de la pratique du LIFT dans l'accompagnement socioprofessionnel de personnes fragilisées par des troubles psychiatriques ou psychologiques, ses liens étroits avec les services hospitaliers de psychiatrie et de son expérience dans la gestion du module «appartements sociaux» de l'Association.

Très rapidement, il a été convenu de pouvoir mettre en place une « petite » action d'expérimentation, pour l'année 2006, à partir de quelques cas pratiques présentés par Métropole Habitat de St Etienne afin de cerner plus concrètement les problématiques rencontrées et d'envisager quelques pistes permettant de formaliser un éventuel futur dispositif de collaboration pour 2007.

B - Eléments liés à l'expérimentation mise en place en 2006

Quatre dossiers ont été retenus pour cette phase qui a concerné trois hommes et un couple.

Dans un premier temps, une recherche a été entreprise au niveau des fichiers du LIFT pour voir si les personnes avaient ou non, déjà bénéficié d'une prestation d'accompagnement et, dans l'affirmative, retrouver des indications sur le déroulement de l'accompagnement.

Sur les quatre situations une seule personne était connue du LIFT mais les derniers contacts remontaient à plus de cinq ans. Dans le dossier, aucun évènement particulier significatif n'apparaît.

Compte tenu de ces données, il a été décidé d'explorer les files actives des différents services de psychiatrie du CHU de St Etienne (Urgence Psychiatrique et Service d'Hospitalisation) pour vérifier l'existence d'un suivi ou non. Là encore, à part une personne (la même que pour LIFT), personne n'a été en contact avec les services hospitaliers. Pour la personne connue, aucun contact n'a été retrouvé depuis 2000.

Il est donc possible de penser que les personnes signalées par Métropole Habitat de St Etienne étaient, soit dans une situation de rupture de soins, soit n'en n'avaient jamais bénéficié ou alors sont prises en charge dans un cadre libéral.

En tout état de cause, en l'absence de données récentes et significatives, il a été décidé de mettre en place des «consultations secondaires». Ce dispositif mis en place par le pavillon 52 de l'hôpital de Bellevue existe depuis plusieurs années.



Sur les secteurs de St Etienne, d'Andrézieux et de l'Ondaine, un médecin psychiatre est référent. Tout travailleur social qui suspecte des difficultés chez une personne dont il assure l'accompagnement a la possibilité d'interpeller le psychiatre référent.

Un premier échange téléphonique ou physique permet de présenter en détail la situation, ce qui permet au médecin de se faire une représentation clinique. Si les éléments fournis confirment la suspicion d'un trouble psychique une stratégie est alors conjointement définie pour amener la personne à consulter et si cela s'avère nécessaire, engager une démarche de soin.

Le Professeur Catherine Massoubre et le Professeur Jacques Pellet ont assuré ces consultations secondaires en rencontrant les intervenants de St Etienne Métropole. Pour des raisons diverses, toutes les consultations secondaires n'ont pas eu lieu.

Sans rentrer dans le détail des situations évoquées, les éléments transversaux qui sont apparus sont les suivants :

- confirmation qu'il s'agissait bien de personnes présentant des troubles psychiques nécessitant la mise en place de soins spécialisés
- les cas évoqués peuvent être qualifiés de situation de «crise» dans le sens où les troubles décrits faisaient état de difficultés massives et intenses du fait de troubles de la personnalité (psychorigidité et méfiance) ou troubles psychiatriques (éléments délirants, dissociatifs...). Pour l'une des personnes, une démarche d'hospitalisation à la demande d'un tiers a même été engagée.
- toutes les situations semblaient enkystées du fait de l'intensité des troubles et des conséquences d'une intervention tardive
- l'importance de pouvoir articuler différentes compétences pour prendre en charge des problématiques sous-tendues par des facteurs multiples (santé, situation sociale, environnement localif...)

A partir de cette phase expérimentale, il nous semble important de proposer une réflexion sur la formalisation d'un cadre de collaboration à partir des attendus suivants :

- renforcer les connaissances et les compétences des intervenants de St Etienne Métropole sur la question des troubles et du handicap psychiques
- favoriser l'intervention précoce sur les différentes situations
- optimiser en priorité l'utilisation des dispositifs et des services existants sur les différents champs
- développer et formaliser les modalités de coordination des différents acteurs et partenaires

C - Mise en place d'un cadre de collaboration en 2007

→ Mise en place d'une action de formation les 9 et 14 novembre 2006 en direction de 15 professionnels de Métropole Habitat de St Etienne des services «gestion des ressources humaines» «gestion locative» «service contentieux» «service social» et «présence de nuit».



Les thèmes abordés se sont articulés autour des troubles psychiques, leurs conséquences au quotidien, l'impact sur l'insertion sociale, professionnelle et le lien au logement, l'organisation actuelle des services de psychiatrie et les modalités d'intervention.

Ces journées ont permis de proposer aux différents services de Métropole Habitat de St Etienne un certain nombre d'éléments de compréhension sur les caractéristiques des troubles psychiques ainsi que leurs effets sur la capacité des personnes qui en souffrent dans la gestion de leur vie quotidienne et plus particulièrement sur la question du logement.

→ Mise en place d'un programme de rencontre tous les 2 mois sur toute l'année 2007 afin d'évoquer les nouvelles situations et faire le point sur les situations en cours.

Dans ce cadre, un outil de saisine a été mis en place entre les deux services. La semaine qui précède la réunion, les nouvelles situations sont signalées par Métropole Habitat de St Etienne et les situations en cours sont renseignées au fur et à mesure des actions menées par les différents partenaires afin de permettre un bilan régulier des situations.

→ Construction d'une grille élaborée par la psychologue du LIFT afin de permettre aux intervenants de Métropole Habitat de St Etienne de disposer de repères pertinents lors des ciblage et favoriser une intervention précoce par une identification de positionnement spécifique des locataires.

→ Mise en place d'un travail de coordination au bénéfice de la personne utilisant les spécificités de chacun. 13 dossiers ont été mis en place sur l'année 2007 (3 familles et 10 personnes isolées).

D – Modalités de mise en œuvre

Pour LIFT les modalités de fonctionnement s'organisent autour des actions suivantes :

Remarque : Ces différentes actions sont adaptées au besoin après signalement et concertation avec les services de Métropole Habitat de St Etienne.

- recherche d'un travail d'accompagnement déjà effectué au LIFT et caractéristiques de cet accompagnement ;
- recherche de l'existence d'un suivi médical psychiatrique en lien avec le CHU de St Etienne (urgences psychiatriques et service du secteur) ;
- recherche autour de la situation administrative au regard de l'emploi si nécessaire (service RMI, MDPH, ANPE.....) ;
- recherche des interlocuteurs sociaux et mise en place d'un principe de médiation ;
- états des lieux de la situation actuelle, appui technique et préconisations pédagogiques en fonction de la spécificité des troubles psychiques lors de rencontres programmées ;
- mise en lien des services sociaux du bailleur avec le secteur sanitaire (médecin psychiatre et/ou assistante sociale du service) ;



- organisation de consultations secondaires au bénéfice des services de Métropole Habitat de St Etienne ;
- mise en lien des intervenants dans la prise en charge médico-sociale, sociale ou professionnelle du locataire avec le bailleur ;
- accueil au LIFT des locataires pour des actions de sensibilisation à l'accès aux soins et/ou l'élaboration d'un projet d'insertion ;
- mise en place et «renseignements» d'un tableau de travail autour d'objectifs.

Pour METROPOLE HABITAT Saint-Étienne, les modalités s'organisent autour du plan d'action suivant :

- des interventions de proximité (Visites à domicile...);
- des relais avec le voisinage, les partenaires (signalements...), les entreprises... ;
- des temps de coordinations avec le LIFT, d'échanges d'informations, de participation à des actions concertées, à des consultations secondaires ... ;
- des possibilités d'orientation des usagers vers d'autres services ;
- des recherches de solutions « logement » adaptées...

De plus, elle pourra s'appuyer sur la logistique interne à METROPOLE HABITAT Saint-Étienne (Présence de Nuit, service de gestion rapprochée, service contentieux ...).

E – Premiers éléments d'analyse au 31/12/ 2007

En préambule, il est important de rappeler que cette action a été conduite de façon expérimentale dans le cadre de la convention d'action « lutte contre les exclusions » qui encadre l'intervention du LIFT au titre du soutien et de la collaboration avec la DDASS.

Compte tenu du caractère expérimental de cette action, nous n'avons pas procédé à un renforcement de nos moyens humains. Nous avons pris l'option de détacher sur une toute petite partie de son temps de travail la psychologue du service et c'est Madame Chatelard et Monsieur Boulon qui ont, en plus de leurs fonctions de direction, conduit cette action.

Sur le plan opérationnel, nous ne pouvons que confirmer la pertinence de cette démarche et l'intérêt de notre association pour celle-ci.

Ce travail partenarial nous a permis de modéliser des modalités d'intervention d'un dispositif de prise en charge des problématiques de santé mentale dans le cadre de la mission locative des bailleurs sociaux.

Ces modalités s'organisent autour des axes suivants :

- La nécessité de s'assurer d'une connaissance réciproque suffisante des cadres d'intervention réglementaires et des modes de fonctionnement respectifs
- De donner aux intervenants « bailleurs sociaux » des éléments informatifs et formatifs suffisant sur les problématiques de santé mentale en lien avec l'habitat
- De mettre en place une grille d'analyse partagée des situations pour être en mesure d'identifier des problématiques correspondant bien aux objectifs de cette action
- D'établir des modalités de saisine et de suivi des interventions mises en place.



Les limites observées à ce jour :

- Certaines situations qui sont très dégradées ou enkystées sur le plan des troubles psychiques dont souffrent les personnes, ne peuvent faire l'objet que de mesures « radicales » telles que des hospitalisations à la demande d'un tiers ou des expulsions locatives.
- Pour certaines situations, il semble évident qu'un accompagnement psychosocial tel que le LIFT le développe au sein de nos locaux n'est pas suffisant. Il est nécessaire de prévoir un travail important et de proximité au domicile des personnes tel que ce qui est prévu dans le cadre des SAMSAH. Il faut alors prévoir une orientation des personnes sur ce type de dispositif, sous réserve de leur accord, de la mise en conformité de leur statut administratif et sous réserve de places disponibles dans les structures existantes.
- Pour certaines situations, il apparaît qu'il faudrait pouvoir associer à ce travail partenarial d'autres acteurs tels que les services de santé et d'hygiène de la Ville, les services de police, les services de secours (pompiers, SAMU, SOS médecin...), les services de la préfecture et les services de justice.

Le travail d'investigation du LIFT auprès des intervenants médico socio et professionnels de l'environnement, rendu possible grâce à la légitimité de LIFT sur le bassin ligérien, a permis de s'informer et de rassembler autour d'un même objectif les intervenants auprès de la personne.

La prise en charge par LIFT pour certains locataires permet d'envisager un accompagnement psychosocial et professionnel (sur 13 dossiers traités, 3 personnes se sont vu proposer un accompagnement par LIFT).

La meilleure connaissance du repérage et des conséquences des troubles psychiques dont souffre un individu permet aujourd'hui à MHSE d'identifier des situations plus précocement.

Il s'agit-là d'un travail de longue haleine, les bénéficiaires ont évolué à long terme, les personnes signalées se trouvant le plus souvent dans des situations très complexes d'un point de vue médical, familial et social.



Atelier n°1 : Logements de droit commun : accès, maintien, conditions de réussite

Amélioration de la prise en charges des personnes souffrant de troubles psychiques dans la cité, formation-action et réseau

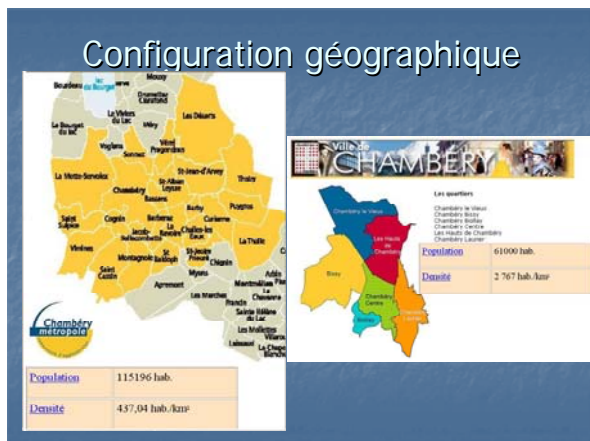
Sophie Ferré et François Riette³⁴



En 2005, le préfet, avec la DDASS et la direction du CHS, ont organisé plusieurs réunions de concertation avec les élus, les professionnels du secteur social, les services de police, de gendarmerie, afin de rappeler les missions de chaque institution sur la prise en charge des personnes en situation de fragilité psychique ou psychologique.

Dans le but de promouvoir une telle coopération et un « décloisonnement » des institutions, une formation/action a été conduite en 2007 sur Chambéry qui a concerné les professionnels de la psychiatrie, du secteur social et de l'habitat social chambérien.

Cette formation a débouché sur la construction d'un réseau dont voici les différentes étapes.



Configuration géographique :

Chambéry est le chef lieu de la Savoie La population du bassin chambérien est passée de 106 000 h. en 1990 à 130 000 à l'horizon 2010.

L'agglomération chambérienne accueille chaque année quelque 1 300 nouveaux habitants.

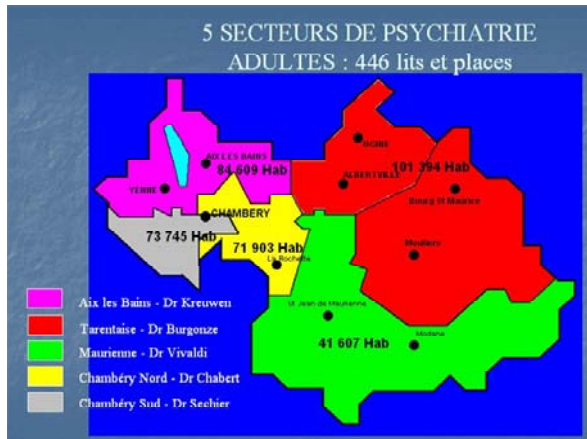
La ville de Chambéry compte 29 % de logements sociaux.

Chambéry fait partie de la communauté d'agglomération de Chambéry métropole, avec un total de 24 Communes.

La population totale s'élève à un peu plus de 120 000 H. On trouve 36,8 % de propriétaires, 59,8 % de locataires et 3,4 % de personnes logées gratuitement.

Une opération de renouvellement urbain est engagée depuis 2006, et jusqu'en 2010 sur le quartier du Biollay et les hauts de Chambéry (5 500 logements dont 3 500 logements sociaux.)

³⁴ Cadres de santé, Chs de Chambéry.



La psychiatrie adulte

Le département de la Savoie est découpé en 5 secteurs géographiques. L'agglomération de Chambéry est réunie par deux secteurs de psychiatrie. Chaque secteur est équipé d'unités d'hospitalisation et une prise en charge à partir de CMP (Centre Médico Psychologique)

Des chiffres

File active totale sur la Savoie s'élève à 10 545 personnes. Nombre de personnes prises en charge en ambulatoire exclusif: 8 262 (78,34%) (Chiffres 2007)

% important d'hospitalisations signées par la mairie de Chambéry (alors que pour la moyenne nationale, ce sont des signatures préfectorales)

Le nombre d'hospitalisation sous contrainte reste important d'une année sur l'autre

Le constat effectué par l'ensemble des différentes institutions sur la ville de Chambéry:

Pourcentage d'hospitalisations sous contrainte .

	Nombre Hospitalisations d'Office	Nombre Hospitalisations d'HDT	TOTAL ENTREES HC	Pourcentage HO/Entrées	Pourcentage HDT/Entrées
2002	77	550	2036	3,78%	27,01%
2003	70	420	1970	3,55%	21,32%
2004	87	375	1853	4,70%	20,24%
2005	75	382	1786	4,20%	21,39%
2006	91	385	1950	4,67%	19,74%
2007*	95	433	2 760	3,44%	15,69%

* 2007: Nouvelles modalités de saisie des hospitalisations (RIMP Psy)

Problématiques Recensées

- Problèmes de voisinage (pétitions, plaintes à l'OPAC).
- Risque d'augmentation de l'usage de la contrainte face à des troubles peu tolérés avec l'hospitalisation psychiatrique comme unique réponse.
- Taux d'occupation supérieur à 100%
- Sorties prématurées.
- Incapacité chronique pour trouver des solutions au sortir de l'hospitalisation.
- Difficultés de partenariat au regard de ces difficultés.



Initiateurs de la Formation

- Centre Hospitalier de la Savoie
- Conseil Général de la Savoie
- Chambéry Métropole
- Opac de la Savoie
- Opac / Saïem /Chambéry

Objectifs de la Formation

Permettre aux professionnels concernés par cette problématique, de se réunir, de partager et de s'exprimer sur:

- Leurs rôles, les prises en charge actuellement mises en œuvre et les difficultés rencontrées
- Les coopérations et les expériences déjà vécues
- Les besoins au regard de la problématique
- L'amélioration des pratiques

A l'issue de la formation, le groupe a demandé à poursuivre le travail en commun et construire un projet commun à partir des constats suivants:

La formation s'est étalée sur une année par demi-journées et avaient pour participants des professionnels :

- Du CHS (médecins, cadre, assistante sociale, infirmier)
- Territoire de développement social
- Municipalité de Chambéry (infirmière)
- Organisme logeur (conseillère sociale, chargé d'immeuble, agent d'immeuble...).

Constats Issus de la Formation

- Projet pour pérenniser des bonnes pratiques entre les différents professionnels
- Plan d'actions à construire ensemble.
- Définition du rôle et missions de chacun afin de respecter les compétences des uns et des autres et de prendre en compte la personne dans sa globalité.



Le groupe a rédigé une convention regroupant les différents membres pouvant se constituer en réseau et la convention se donnait les objectifs suivants :

Objectifs de la Convention

- Améliorer la connaissance mutuelle de chacun des acteurs, sanitaires, sociaux et bailleurs,
- Initier une collaboration qui s'inscrit dans le temps .
- Enclencher une réflexion sur la problématique d'insertion par le logement des personnes concernées,
- Permettre une concertation triangulaire, sanitaire, sociale et logement.

Objectifs du Réseau

- Meilleure connaissance des missions, des pratiques et des actions développées par l'ensemble des professionnels.
- Définition en commun de modalités de fonctionnement et protocoles de prise en charge.
- Formalisation de temps de rencontre permettant des échanges d'informations strictement nécessaires dans le cadre du projet individuel de la personne.

Le fonctionnement du réseau est coordonné par un « **comité de pilotage** » composé des signataires de la convention.

Ce comité est chargé :

- de fixer les orientations et de proposer les actions de formation et stages à mettre en œuvre,
- de valider les protocoles élaborés en vue de leur approbation par leurs instances respectives ainsi que les propositions des membres du réseau présentées par le comité technique,
- de veiller à la bonne mise en œuvre de la présente convention et de proposer son extension aux autres territoires du département

Le **comité technique** est composé de représentants du secteur sanitaire, social et bailleur proposé par les membres du réseau et approuvé par le comité de pilotage. Il est chargé :

- d'organiser les réunions des membres du groupe constitué en réseau : 1 par quadrimestre dans l'une des structures du réseau, le délai de convocation est de 1 mois,
- de fixer l'ordre du jour au terme de chaque réunion et suivant un calendrier annuel
- d'animer le réseau et de rendre compte au comité de suivi.

Il s'appuie sur le groupe opérationnel issu de la formation/action.

Fonctionnement du Réseau

- Comité de Pilotage

Le fonctionnement du réseau est coordonné par un « **comité de Pilotage** » composé des signataires de la présente convention ou de leurs représentants.

- Comité Technique

Le comité technique est composé de représentants du secteur sanitaire, social et bailleur proposé par les membres du réseau et approuvé par le comité de suivi.

- Groupe Opérationnel

Le comité technique s'appuie sur le réseau issu des membres de la formation/action.

Les membres du groupe opérationnel se sont réunis dans les deux groupes de travail pour travailler sur les différentes orientations.



Orientations du groupe Opérationnel

- **4 Sous groupes de travail**
- - Charte des bonnes pratiques
- - Secret Professionnel
- - Répertoire
- - Stages croisés/ Colloque

Calendrier des Actions

- Formation/ Action:
Janvier à Septembre 2007
- Rédaction de la Convention
Octobre à Décembre 2007
- Groupes de Travail
Janvier à Juin 2008

Cette formation et ce travail en réseau a donc permis de débiter des actions en partenariat au niveau du terrain entre les professionnels du CHS et les différents partenaires.

Le CHS a désigné des personnes ressources (les cadres infirmiers) pour le secteur à destination des partenaires (organisme logeur, CPAS, mairie...)

On peut ainsi citer aussi les stages d'infirmières du Chs auprès de personnels du CPAS et ainsi délimiter le partenariat sur le secteur.

Démarches sur le Terrain

- Présentation du « dispositif santé mentale » auprès des mairies de Quartier (Biollay, Les hauts de Chambéry)
- Réunions de concertation avec la DVS
- Echanges ponctuels plus fréquents et facilités (Mairie, OPAC, DVS...)
- Intervention de Chambéry Métropole auprès de l'équipe de Secteur (Chambéry Nord) concernant les déconstructions d'appartement et relogement des familles dur les hauts de Chambéry.
- Stages d'infirmières du CHS auprès des personnels de la DVS.
- Désignation de personnes ressources par secteur d'activité



Compte-rendu du travail collectif en atelier animé par Benoît Eyraud

Une situation pratique

A partir du texte « Les lectrices à la bougie » : quelle suite imaginer à cette situation ?

Prévoir 3 à 5 étapes dans un horizon temporel

Résumer chaque étape en une à deux phrases

Donner un titre à cette nouvelle situation

Les lectrices à la bougie de « Onze Mondial »³⁵

Pauletta a 68 ans, sa fille Elisabeth a 45 ans. Elles vivent depuis 1970 dans le même logement HLM, un type 2 au 5ème d'un collectif de 13 étages....Sur le palier, un logement voisin est inoccupé, deux autres sont habités.

Ces locataires ont constamment 6 mois d'impayés de retard mais elles viennent chaque mois payer en espèce leur loyer au siège ; elles ne sont pas assurées pour leur logement, mais sont connues de l'agent de maintenance et du préposé au nettoyage depuis 20 ans.

Un jour, l'agent de maintenance signale qu'elles refusent d'ouvrir à des ouvriers venus pour une intervention technique (vérification des chaudières). En insistant, l'agent, à qui elles commandent parfois de les livrer en eau minérale, entre chez elles et découvre un appartement éclairé à la bougie, « entassé » jusqu'au plafond de « papiers journaux » (Onze Mondial), de bombes aérosols, et de poupées dans lequel on ne peut circuler que sur 50 centimètres de large...Il n'y a ni eau courante, ni électricité.

Suite à cette découverte, la situation est confiée à une psychologue qui travaille au service social du bailleur. Elle constate qu'elles ne sont pas connues des autres partenaires du bailleur social. L'agent de maintenance, qui les connaît bien, affirme que des voisins se sont déjà plaints à plusieurs reprises des odeurs provenant de leur logement ainsi que des bruits fréquents pendant la nuit.

Dans les archives du dossier des locataires, la psychologue constate que dix ans auparavant, un fort encombrement sans détritus avait interpellé le bailleur, qui avait voulu vider le logement au moment de la pause de l'interphone ; la mère était d'accord, pas la fille qui avait voulu se défenster, ce qui est

³⁵ Cette description est inspirée d'une situation qui a été présentée par une professionnelle de l'habitat, Valérie Léger, lors de l'enquête menée par l'ORSPERE-ONMSP « Troubles de voisinage. La part de la santé mentale. » Pour une analyse de cette situation, Cf. Léger V., « Gestion des troubles de voisinage », Rhizome N°29, décembre 2007.



expliqué par la psychologue : « si on sort ses affaires par la fenêtre, c'est son corps qu'on défenestre aussi...»

La psychologue parvient à les rencontrer : elle constate qu'elles vivent essentiellement la nuit, dorment dans le même lit d'une place ; elle constate également que la fille est malentendante, qu'elles sortent peu de chez elles, exceptée la mère qui se rend occasionnellement au centre social du quartier avec l'une des voisines du sixième étage.

Votre profession et votre institution :

Consignes :

1. Suite à la lecture de cette description, pouvez-vous répondre aux questions suivantes, en cochant la case à droite pour les réponses positives :

Expérience personnelle :

Avez-vous déjà été informé(e) de ce type de situation ?

Etes-vous déjà intervenu(e) dans ce type de situation ?

Partenariat : pensez-vous opportun de solliciter pour ce type de situation :

Le service d'hygiène de la ville ?

La police ?

Les pompiers ?

Le CCAS ?

Les services sociaux du département?

Les services psychiatriques ?

Un médecin généraliste ?

Les voisins ?

Un psychologue d'un service social du bailleur ?

Actions : pensez-vous opportun d'engager pour ce type de situation :

- une procédure de résiliation du bail ?

- une hospitalisation contrainte en raison d'un mode d'habitat dangereux ?

- une hospitalisation contrainte en raison de la souffrance exprimée ?

- une procédure de mutation ?

- une demande d'ouverture d'une mesure ASLL ?

- une procédure de médiation ?

- l'intervention d'un service d'aide-à-domicile ?

- un nettoyage du logement par une entreprise spécialisée?

- un signalement auprès du juge des tutelles ?

2. Imaginer une suite à cette situation en 3 à 5 étapes.



ATELIER 2 - LOGEMENTS ALTERNATIFS AU DROIT COMMUN : ACCES, LIMITES, CONDITIONS DE REUSSITE

Animateur : Christine Debeaud, responsable du pôle solidarité et autonomie, DDASS (Allier)

Rapporteur : David Grand, chargé de mission, Mrie





Une résidence accueil à Vichy.

Genèse d'un projet

Sabine Carrias³⁶, Dr Gembara³⁷

RÉSIDENCE ACCUEIL	
<ul style="list-style-type: none">• OBJECTIF: PROPOSER UNE RÉPONSE AUX DIFFICULTÉS DE LOGEMENT DES PERSONNES EN SITUATION DE « HANDICAP PSYCHIQUE »	<ul style="list-style-type: none">• PROJET DE LOGEMENT• PROJET ASSOCIATIF• PROJET EN PARTENARIAT• POUR UN PUBLIC CIBLÉ...
<ul style="list-style-type: none">• UN PUBLIC CIBLÉ : APPROCHE D'UNE DÉFINITION DU HANDICAP PSYCHIQUE?• Adultes souffrant d'une pathologie psychiatrique au long cours, qui a pu donner lieu à plusieurs hospitalisations en psychiatrie et continue à justifier un suivi ambulatoire ou à temps partiel.• Le handicap psychique qui en résulte entrave durablement leur capacité d'insertion professionnelle et d'inscription dans une vie sociale: notion de précarité psychique et sociale.• En dehors des périodes de rechutes et d'hospitalisation, ces personnes expriment clairement leur désir d'une insertion durable dans la cité et montrent des capacités d'indépendance et d'autonomie au quotidien.	<ul style="list-style-type: none">• UN ACCOMPAGNEMENT SOCIAL SUR MESURE• LE LIEU<ul style="list-style-type: none">➢ CONCILIER LOGEMENT INDIVIDUEL AVEC UN DEGRÉ MODULABLE DE VIE COLLECTIVE• L'HÔTE<ul style="list-style-type: none">➢ INTERLOCUTEUR RESSOURCE POUR LES RÉSIDENTS➢ PROMOTEUR D'UNE DYNAMIQUE RELATIONNELLE➢ INTERLOCUTEUR RÉFÉRENT POUR LES PARTENAIRES➢ DANS UN « ATTENTISME VIGILANT », PAS DANS L'ACTIVISME

³⁶ Gestionnaire maison relais.

³⁷ CH de Vichy, Association les Acacias.



L'ASSOCIATION LES ACACIAS

« association d'aide en santé mentale »

PRISE EN CHARGE AU LONG COURS DU HANDICAP PSYCHIQUE

CONSTAT:

- Les lieux de soin ne sont plus des lieux de vie.
- Les sujets « handicapés psychiques » doivent désormais assumer leur quotidien en dehors des structures de soin.
- Externaliser ces sujets en appartement, oui, et après?

LES OUTILS, LES ATOUTS

LES ACACIAS: secteur associatif

- Restaurant associatif
- Appartements associatifs
- Adhésion de groupe à une mutuelle
- Création récente d'un GEM
- Composée en majorité de professionnels de la psy
- En cela se veut aussi porte-parole et défenseur de la citoyenneté des personnes handicapées psychiques vivant dans la cité.

LES ACACIAS: UNE ASSOCIATION NÉE DU SECTEUR PSYCHIATRIQUE

- POUR OUVRIR L'HÔPITAL PSYCHIATRIQUE SUR LA CITÉ.
- POUR RÉPONDRE À QUELQUES CONSÉQUENCES DE LA DÉINSTITUTIONNALISATION

LES FORCES EN PRÉSENCE

- LE SECTEUR SANITAIRE: secteur psychiatrique implanté en hôpital général, diversifié (Hosp., CMP, HJ, CPC, CATT, AFT)
- LE SECTEUR MÉDICO-SOCIAL: AVERPAHM, s'adresse au handicap cognitif, associé ou non à un handicap psychique.
- LE SECTEUR ASSOCIATIF: les ACACIAS, ALLEN-BOURBONNAIS (UNAFAM): usagers
- LES AUTRES PARTENAIRES: CCAS, OPHLM, ASSOCIATIONS TUTÉLAIRES: le secteur social

ALLEN-Bourbonnais UNAFAM: secteur associatif

- Pension de famille, le Castelflore, devenue maison-relais :
 - accueille six personnes handicapées psychiques
 - animée par une maitresse de maison
- Interlocuteur « côté usager », des tutelles, des élus, des services de soins.



AVERPAHM : secteur médico-social

S'adresse à des adultes handicapés cognitifs, certains présentant des troubles psychiatriques associés

- Foyers de vie, ESAT, Foyer d'hébergement
- SAVS, SAMSAH

- Savoir-faire +++ dans l'accompagnement au quotidien

LES DEUX SECTEURS DE PSYCHIATRIE ADULTE

- Structures de soins
 - -à temps plein(hospitalisation, CPC, AFT)
 - -à temps partiel (H DE J, CATTP)
 - -ambulatoires

➤ Atouts et savoir-faire: le soin psychiatrique, l'institution, la politique des soins, la pluridisciplinarité de l'équipe

LES PARTENARIATS

ou comment ne pas peiner chacun dans son coin...

Entre psy et associatif :

- Permanence infirmière au restau des ACACIAS
- Suivi individuel des résidents du Castelflor
- Animation conjointe (ALLEN-B+ infirmiers psy) de la réunion hebdomadaire de fonctionnement du Castelflor

Entre la psy et le médico-social

- Intervention de psychiatres du secteur et libéraux, dans les structures de l'AVERPAHM
- Travail de liaison avec les secteurs de psychiatrie(hospitalisation, prise en charge ambulatoire de certains résidents)

- Entre l'associatif (ACACIAS, ALLEN-B)et le médico-social (AVERPAHM)

Mise en commun par voie de conventions :

- de moyens (locaux, véhicules, temps)
- de savoir-faire: AMP « louée » à l'AVERPAHM

pour créer et animer un GEM

- ❖ Entre l'associatif et l'OPHLM: appartements associatifs des Acacias, résidence Les Thuyas de l'AVERPAHM, maison relais du Castelflor.

APPORTS DE CE PARTENARIAT

- Un enrichissement mutuel : au niveau des moyens, au niveau des concepts
- Réflexion autour des rôles respectifs de chacun
- Multiples combinaisons possibles de modalités de soins et d'aide dans la vie sociale.
- Prises en charges moins « englobantes »



EN ILLUSTRATION: LA RÉSIDENCE ACCUEIL

- ❖ UN APPEL À PROJET QUI VIENDE À POINT NOMMÉ
- ❖ UN PARTENARIAT INSCRIT DANS LE TEXTE
- ❖ UNE OCCASION DE CONSTRUIRE UNE RÉFLEXION AUTOUR DE:
 - > **PATHOLOGIE/HANDICAP**
 - > **SOIN/ACCOMPAGNEMENT**
 - > **HÉBERGEMENT/LOGEMENT**

ÉTAT DE LA RÉFLEXION

- CE QUE **N'EST PAS** LA RÉSIDENCE ACCUEIL
- LA **RÉSIDENCE ACCUEIL**
 - > **N'EST PAS** UNE STRUCTURE DE SOIN
 - > **N'EST PAS** UNE ALTERNATIVE À L'HOSPITALISATION
 - > **N'EST PAS** UNE STRUCTURE D'HÉBERGEMENT

- CE QUE **VEUT ÊTRE** LA RÉSIDENCE ACCUEIL:
 - > UN MODE DE **LOGEMENT DURABLE** ASSORTI D'UN **ACCOMPAGNEMENT** SANITAIRE, SOCIAL ET MÉDICO-SOCIAL

- > POUR DES PERSONNES « **HANDICAPÉES PSYCHIQUES** » VIVANT DÉJÀ DANS LA CITÉ, DANS DES **CONDITIONS PRÉCAIRES** ET QUI N'ATTENDENT PAS SA CRÉATION POUR SORTIR DE L'HÔPITAL

DE L'HOSPITALISATION TEMPS PLEIN AU RETOUR À L'AUTONOMIE :

PLACE DE LA RÉSIDENCE ACCUEIL

1. HOSPITALISATION AU LONG COURS
2. CENTRE DE POST-CURE
3. ACCUEIL FAMILIAL THÉRAPEUTIQUE-FOYER DE VIE
4. CASTELFLOR-FOYER D'HÉBERGEMENT
5. **RÉSIDENCE ACCUEIL**
6. APPARTEMENT ASSOCIATIF
7. APPARTEMENT

LE SOIN : PRÉSENT DANS CHACUNE DE CES ÉTAPES, DU PLUS « LOURD », AU PLUS « AMBULATOIRE ».
UN CHEMINEMENT: D'UNE INSERTION SOCIALE RÉDUITE, À UNE INSCRIPTION AUSSI ABOUTIE QUE POSSIBLE DANS LA CITÉ

DES CONCEPTS DERRIÈRE DES MOTS

- LA PSYCHIATRIE EST DEVENUE « SANTÉ MENTALE »
- LA MALADIE MENTALE CHRONIQUE EST DEVENUE « HANDICAP PSYCHIQUE »
- MAIS LE « HANDICAPÉ PSYCHIQUE » DEMANDE DES SOINS **ET** UN ACCOMPAGNEMENT SOCIAL

- QUELLE QUE SOIT LA DÉNOMINATION, SEULE UNE RÉPONSE À PLUSIEURS VOIX EST PERTINENTE

POUR NE PAS CONCLURE

- RESTENT DE NOMBREUSES QUESTIONS:
 - L'amplitude et les limites du rôle de l'hôte.
 - Les compétences professionnelles requises de l'hôte
 - L'amplitude et les limites des actions respectives du secteur psychiatrique, du SAVS, du SAMSAH
 - Les risques de dérive



Maison supervisée et la maison relais « Villa Mercédès » à Lyon

Olivier Cerf³⁸ et Christine Sénéchal³⁹

**Les Maisons Supervisées, un objet qui n'existe pas,
ou le produit de quelques bonnes volontés :
(deux hôpitaux, des collectivités locales et Habitat et Humanisme).**

Maison de ville avec jardin :

Dardilly T3 + T1	129 m ²	3 résidents
Tassin T5	134 m ²	4 résidents

Objectifs :

Un lieu transitoire de thérapie et d'évaluation de la capacité des bénéficiaires à gagner en autonomie sanitaire et sociale et donc de pouvoir accéder à un autre logement (droit commun dans le diffus, pension de famille...)

Un partenariat avec les hôpitaux psychiatriques qui orientent et suivent les personnes dans les maisons (présence du personnel hospitalier 2 à 3 fois par semaine).

Un public mixte homme femme aux pathologies diverses.

Un lieu géré par Habitat et Humanisme qui n'est donc plus l'hôpital, mais où le « médical » est très présent.

Un lieu de cohabitation /colocation, où les règles sociales ordinaires doivent s'appliquer.

Un lieu où intervient le travail social (Habitat et Humanisme).

Un lieu de rencontre avec des tiers (les bénévoles).

Un lieu produit de montage précaire (mise à disposition temporaire et à moindre prix de maisons par les collectivités territoriales, mobilisation de moyens humains par les hôpitaux et Habitat et Humanisme).

Un lieu qui remplit de façon satisfaisante, aux yeux des différentes parties, son rôle de médiation / évaluation vers un « ailleurs ».

Un espace d'expérience qui a besoin de trouver des moyens pour se structurer.

³⁸ Directeur Habitat et Humanisme.

³⁹ Maitresse de maison.



FICHE ACTION

DÉPARTEMENT :	RHONE
INTITULÉ :	MAISON-RELAIS VILLA MERCEDES
DESCRIPTIF :	MAISON BOURGEOISE SUR TERRAIN DE 1000M2 Surface habitable : 407 m2 6 chambres + 6 T1bis + 1 T2 1 cuisine collective + 1 salon/bibliothèque + 1 buanderie 1 jardin avec potager + 1 véranda + annexes
OBJECTIFS :	Proposer un lieu d'habitat pérenne alliant privatif et collectif dans un environnement convivial, avec la présence rassurante de salariés. L'accompagnement social et/ou médical se fait extra muros.
PUBLIC CIBLÉ :	Femmes et hommes seuls ou en couple. Revenus faibles ou minima sociaux. Personnes souffrant d'isolement relationnel et social. Personnes présentant des troubles psychiques, des pathologies mentales stabilisées. Public capable d'autonomie dans l'accomplissement des actes de la vie quotidienne, apte à supporter le collectif.
LIEU :	VILLA MERCEDES 155 route de Vourles 69230 – SAINT-GENIS LAVAL
INTÉRÊT :	Donner aux résidents les meilleures conditions possibles pour se poser, se reposer, retrouver des repères. Permettre de rompre la solitude grâce aux autres résidents, aux bénévoles, aux salariés, et se resocialiser au travers d'activités participatives. Avoir un « chez soi » durable.
CONTACT :	Bureau Villa Mercedes : 04.72.39.94.76 Responsable : Christine SENECHAL – 06.71.30.63.88 Adjoint : Benjamin LASNET de LANTY – 06.31.25.48.42



1 – L'histoire de la Villa Mercedes

- Appel à projets en 1994
- Initiateurs (Habitat & Humanisme, Hôpital psychiatrique, ASLIM...)
- Ouverture en 1997 : pension de famille prototype
- Agrément maison-relais en 2002 (14 places dont 6 secteur du psychiatrique)
- Agrandissement/rénovation prévus en 2009 (+ 8 places)

2 – Les partenaires à ce jour :

- 2 unités de l'Hôpital psychiatrique St Jean de Dieu, Habitat et Humanisme, Régie Nouvelle (gestionnaire), CCAS de St-Genis, le Cap Service de suite.
- 1 comité de suivi et d'attribution mensuel

3 – Les conditions d'attribution :

- Reprendre la fiche action (public ciblé)

4 – Le rôle des salariés :

- Accueillir, assurer une présence quotidienne rassurante, être à l'écoute.
- Réguler, coordonner, exercer un rôle de médiateur.
- Animer avec aide de bénévoles,
- Aider à la vie quotidienne.
- Créer et entretenir réseau, maintenir les liens et alerter les référents
- Assurer le suivi technique et la maintenance, avec aide de bénévoles.

5 – Les résidents :

- Signent une convention d'occupation et le règlement intérieur.
- Doivent poursuivre leur suivi social et/ou médical à l'extérieur.
- N'ont aucune obligation de participer aux animations.
- Comité de résidents mensuel basé sur le volontariat également.
- N'ont pas d'obligation de résultats (depuis 2001, les résidents accueillis sont restés en moyenne 2,5 an chacun à la villa Mercedes).

6 – Faiblesses :

- Difficultés à fixer les limites de l'accompagnement dans un environnement de très grande proximité.
- Difficultés à faire respecter les clauses d'un règlement intérieur en marge de la loi. Résiliation possible mais longue d'application.
- Risque de solitude et d'usure des salariés.
- Activités extérieures difficiles hors réseau transports en commun.



- Manque d'hébergement pour visiteurs éloignés, famille, enfants.
- Devenir des résidents vieillissants ? Place des enfants ?
- Risque de repérage comme lieu fragile (nuits et week-end)

7 – Conditions de réussite :

- Entretenir un partenariat réactif et engagé dans le temps.
- Rester vigilant à maintenir une mixité dans les problématiques.
- Examiner les candidatures dans la transparence la plus grande autorisée.
- Avoir une équipe de salariés complémentaires, polyvalents et de bon sens.
- Ne pas confondre Maison-relais avec CHRS ou appartement thérapeutique.
- Respecter la sphère privée des résidents et leur rythme.
- Rester un lieu d'habitat, avec prises en charge sociale, médicale et si possible de gestion locative externalisées.



Une résidence d'accueil pour personnes handicapées psychiques dans du parc locatif à Saint Etienne

Patrick Bédiat⁴⁰

Présentation du projet de résidence d'accueil

L'association ACARS

L'association ACARS créée en 1976 à Saint Etienne gère :

- Un CHRS de 57 places accueillant des femmes avec enfants ou femmes seules.
- Un service de Prévention spécialisée -file active 250 jeunes.
- Une Résidence d'Accueil de 15 places.
- Une action Santé de Proximité dans les lieux d'accueil de jour et dans la rue.

Les personnes accueillies

Le profil des personnes logées correspond aux critères de la circulaire :

- Personnes fragilisées et handicapées par des troubles psychiques liés à une pathologie psychiatrique chronique stabilisée (psychoses), dont l'état est suffisamment stabilisé pour respecter et bénéficier des règles de vie semi-collective ;
- Personnes suffisamment autonomes pour accéder à un logement privatif, dès lors qu'un accompagnement et des soins sont garantis en tant que besoin ;
- Personnes dans une situation d'exclusion sociale ;
- Personnes à faible niveau de revenus, sans critère d'âge, de sexe féminin et masculin.

Un contexte favorable :

Notre projet se situe dans un contexte favorable :

- L'opportunité du lancement d'un programme expérimental DGAS avec la création de 500 places sur le territoire national.
- Une DDASS et une DDE favorables à la mise en œuvre d'un projet résidence d'accueil dans le cadre de cette expérimentation.
- Une expérience depuis de nombreuses années de collaboration avec le département psychiatrique du CHU, notamment avec l'inter secteur Interface, le Professeur Lang et le Professeur Massoubre. Interventions dans les CHRS, consultations, groupe DDASS sur la recherche de solution pour des personnes souffrant de troubles psychiatriques.

⁴⁰ Directeur ACARS



- La création d'un foyer d'accueil l'EPI et l'existence d'un GEM.
- Des besoins importants pour des sortants d'hospitalisation et de structures sociales.
- Un bailleur public, Saint Etienne Métropole, ayant eu une expérience réussie avec EPI (sensibilisation à cette problématique de logements et d'accueil) et partie prenante du projet.
- Une opportunité de logement, 40 logements disponibles dans une barre d'immeuble de 80 logements.
- L'expérience de notre association depuis 1976 dans l'accompagnement des personnes en situation de grande difficulté.

Une originalité : Le logement des personnes s'effectue dans un environnement ordinaire, des logements sociaux dans un quartier ancien et populaire et non concentrationnaire (immeuble d'habitation dans un ensemble de 3 immeubles) sous une forme diffuse (les logements sont répartis sur les 5 étages et sur la totalité du bâtiment). Les lieux d'animation se trouvent au 1^{er} étage et se composent de 2 appartements type T2 réunis. La structure est en location, les appartements en sous-location dans le cadre d'une convention foyer.

Notre vigilance est de ne pas reproduire des modèles « d'accueil de type collectif mono bloc et centralisé » pour des Personnes ayant un « lourd » passé psychiatrique et d'hospitalisation. Ainsi nous articulons un « accompagnement » reposant sur la distinction des espaces, espaces privés : les appartements répartis sur les 5 étages de l'immeuble, et lieux collectifs : lieux de convivialité et de rencontre. Ces différents espaces ont des fonctions et des règles différentes. Ce rapport différencié aux espaces, aux règles et donc au temps d'occupation et de présence, participe à des apprentissages sociaux visant à l'acquisition, par la personne, d'une plus grande autonomie.

Dans le même temps il nous paraît important, dans un contexte de perte des solidarités, de « faire communauté » avec les personnes logées et avec les locataires de l'immeuble. Sensibiliser et même associer les autres locataires nous paraît une condition de réussite du projet. Nous avons créé un groupe d'adhérents à notre association « Les Voisins et voisines de la Résidence Charles Baudelaire » qui interviennent dans les temps d'animation et de repas collectifs, et permettent des ponts notamment avec l'Association des locataires.

L'intérêt : Le recours à la location permet de s'inscrire dans un programme moins lourd et moins coûteux car cela :

- offre une plus grande opérationnalité avec des délais de mise en œuvre réduits, pas de construction lourde ;
- permet une adéquation avec l'aspect expérimental, solution ambulatoire et à géométrie variable (on vient d'augmenter de 2 logements) dans le temps en fonction des besoins ;
- favorise une déspecialisation de l'accueil : les personnes sont logées dans un environnement ordinaire, pas d'effet de groupe, sentiment pour les personnes d'être dans un logement autonome, meilleure identification des lieux privés et collectifs.



Les limites : la référence au cadre

Le suivi des personnes dans des lieux spécifiques et dispersés est plus difficile car cela impose :

- le respect de l'intimité et de la libre organisation des personnes dans les appartements ;
 - le respect du droit commun (la résidence d'accueil s'inscrit dans le droit commun, sa mission est la gestion de « logements à l'environnement adaptés » à des personnes ayant un handicap psychiatrique. Le cadre est fixé par les lois et règlements qui régissent les rapports locataires/propriétaires) ;
 - un minimum de vigilance pour des personnes avec un traitement lourd et souvent des conduites addictives ;
 - un minimum de rencontre avec les « logés » afin de régler les problèmes liés à l'occupation des locaux ;
 - une surveillance afin d'éviter un envahissement des locaux par des personnes étrangères.
- Habiter et vivre dans une « espace dispersé » suppose pour tous de disposer de repères que sont les règles - les différents temps de vie - les activités etc.
 - Favoriser des apprentissages vers l'acquisition d'une plus grande autonomie, va supposer des rencontres régulières : activités - repas collectifs etc. (un nombre de rencontres minimum avec les hôtes sont obligatoires) sans pour cela qu'elles aient un caractère obligatoire.

Les partenaires et le partenariat : un principe de réciprocité

La conduite d'un tel projet suppose une complémentarité et une pluridisciplinarité des compétences et des interventions, en ce sens la collaboration (faire le travail avec) est déterminante et donc incontournable. Dans notre département, de véritables liens de travail n'ont pu être mis en place avec les services du Conseil Général (seule la DDASS finance la résidence).

Le partenariat repose sur un principe de complémentarité et de réciprocité notamment avec notre « associé privilégié » qu'est l'hôpital psychiatrique de Saint Etienne. Nous avons signé une convention qui précise l'organisation de nos liens et formalise cette réciprocité dans l'accueil des personnes, en fonction des difficultés qu'elles éprouvent à rester dans « un milieu ordinaire ». Ainsi les allers-retours entre le domicile et l'hôpital sont facilités pour une meilleure prise en charge des personnes.

Les locataires sont sous tutelle ou curatelle ainsi la contractualisation et le suivi s'effectuent obligatoirement en lien étroit avec leur représentant légal.

Il est important aussi de mener un travail sur et avec l'environnement : le bailleur et ses services de proximités - l'association des locataires - le GEM - le foyer d'accueil EPI etc.

Le personnel : les limites de la déspecialisation

Notre résidence est animée par 2 ETP d'hôtes (rémunération sur la base d'AMP) qui ne disposent pas de qualification dans le travail social. Ce choix de ne pas recruter de travailleurs sociaux a été guidé par 2 impératifs :



- l'enveloppe financière subvention DDASS sur la base de 16 € par jour et par locataire ;
- le contenu du projet centré sur : une gestion locative adaptée - sur l'animation - sur l'observation et la restitution, et non sur un accompagnement d'insertion.

Notre projet n'inclut pas un accompagnement visant l'insertion de type CHRIS, il est centré :

- sur des pratiques et des outils de gestion locative inscrits dans le droit commun ;
- sur des outils et pratiques d'animation « mis à la disposition des personnes d'un lieu de rencontre et de partage autour d'activité » ;
- sur des outils et des pratiques d'observation (vigilance) et de déclenchement de procédure et de mobilisation d'intervenants compétents, en fonction des situations rencontrées (médecins – police – tuteur - travailleur sociaux etc.).

L'équipe est complétée par une assistante sociale qui intervient sur la base de 6 heures hebdomadaires avec pour fonctions :

- apporter une référence éducative pour les hôtes (démarche d'apprentissage par ajustement mutuel) ;
- aider aux démarches administratives ;
- être l'interlocuteur pour les partenaires.

Un responsable de service, Monsieur Bernard Brétesché, supervise le fonctionnement de la résidence.

Conclusion

Nous sommes dans une phase d'expérimentation. Notre résidence est ouverte depuis le 1^{er} janvier 2008 seulement. Nous faisons des erreurs et nous apprenons. Notre projet est en mouvement : nous avons mis en place des réunions d'évaluation avec le comité de pilotage (DDASS -Métropole Habitat - le CHU - les salariés et la direction de l'ACARS).

Nous avons acquis une maturité collective car nous avons été confrontés à de nombreux événements (moment instance de solidarité et de convivialité - sortie vers un appartement autonome - actes de violence - décès.). Ainsi, nous ne sommes qu'au début d'une aventure humaine passionnante que nous construisons collectivement pas à pas.



Présentation synthétique de la résidence accueil Charles Baudelaire

1. Projet social

La résidence d'accueil est une forme d'habitat adapté qui s'inscrit dans la logique d'habitat durable, elle doit participer, dans une présence sécurisante et une animation, à l'insertion de personnes fragilisées et handicapées par des troubles psychiques.

Les principes organisateurs du projet social « de logement accompagné » sont :

- de **Permettre** à des personnes « d'habiter et de s'habiter » dans un lieu agréable sécurisant et solidaire ;
- de **Responsabiliser** et de favoriser la participation active de chaque personne dans la construction et la vie sociale du groupe ;
- de **Favoriser** avec chaque personne le maintien de liens affectifs et sociaux ou favoriser leur structuration ;
- de **Favoriser** l'insertion dans l'environnement social, professionnel, culturel ;
- **d'Acquérir** des apprentissages concernant « les choses de la vie » dans « une vie collective solidaire » ;
- de **Favoriser** la construction, avec la personne, de solution plus durable.

2. Personnes accueillies

Afin de maintenir une mixité dans le groupe, la résidence d'accueil sera ouverte à des personnes aux parcours divers.

Si les personnes, compte tenu de leur pathologie psychiatrique, rencontrent des difficultés dans les actes de leur vie quotidienne et leur relation avec l'environnement, elles ne seront pas obligatoirement reconnues handicapées par les instances compétentes.

Le groupe de personnes accueillies, à partir des besoins identifiés, correspondra aux critères de la circulaire :

- Personnes fragilisées et handicapées par des troubles psychiques liés à une pathologie psychiatrique chronique stabilisée, dont l'état est suffisamment stabilisé pour respecter et bénéficier des règles de vie semi-collective.
- Personnes suffisamment autonomes pour accéder à un logement privatif, dès lors qu'un accompagnement et des soins sont garantis en tant que besoin.
- Personnes dans une situation d'exclusion sociale.
- Personnes à faible niveau de revenus, sans critère d'âge, de sexe féminin et masculin.



Accompagnement des personnes vers :

- **La santé,**
- **le social, l'emploi, le logement,**
- **intégration dans la vie de quartier,**
- **animation sociale et culturelle.**

3. Conditions de vie

- Chaque personne locataire disposera **d'un logement individuel privatif** favorisant une vie autonome.
Cet espace en gestion propre de la personne disposera des sanitaires (douche et W.C) et d'une kitchenette permettant la préparation des repas : pour une personne, logement de type T1 de 25 m² et pour 2 personnes, logement de type T2 de 38 m².
- Le groupe disposera d'espaces en gestion collective, « d'animation sociale » permettant des relations de groupe (cuisine - salle à manger - espace de loisirs et détente - buanderie). Cet espace est composé de 2 appartements de type 2 regroupés d'une surface de 76 m².
- Les hôtes disposeront d'un espace qui leur sera réservé.

Récapitulatif du nombre de logements⁴¹ nécessaires pour 15 personnes :

- 11 logements type T1 pour personne seule,
- 4 logements type T2 permettant l'accueil de couples,
- 2 logements type T2 regroupés pour des lieux collectifs.

Tableau des redevances : Tarifs 2007 pour des personnes percevant les minima : RMI-AAH

Type de logements	Redevance mensuelle	APL maximum	Redevance résiduelle minimum
TYPE 1	313	274	39
TYPE 2	371	326	45

4. Temps du travail de l'hôte jusqu'au 31 décembre 2007

- Du lundi au vendredi : de 10 h à 15 h et de 18 h à 21 h
- Le samedi et le dimanche : de 13 h à 20 h

5. Conditions d'admission

Une commission se prononcera sur les admissions des personnes sur la base de critères internes et partagés, et ceux définis dans la circulaire. **Cette commission sera composée :**

⁴¹ Adresse des logements : 4 rue Paul Signac – 42000 St Etienne. Bailleur : Métropole Habitat.



- du directeur de l'association gestionnaire ou de son représentant ;
- du chef de service des urgences psychiatrique ou de son représentant ;
- d'un représentant des services de l'Etat ;
- de l'hôte ;
- d'un soignant de l'équipe du secteur psychiatrique ;
- des services sociaux du Conseil Général.

L'orientation des personnes pourra être proposée par l'ensemble des structures sociales (SAO, CHRS, Services sociaux de la ville de Saint Étienne, le secteur hospitalier psychiatrique, la PASS, la C.L.T).

Important :

Suite à une orientation, aucune personne ne sera admise si elle n'en fait pas elle-même la demande et si elle ne souscrit pas aux règlements de fonctionnement.

Aucune personne ne sera admise sans un diagnostic médical préalable et sans l'engagement d'une structure de soins à assurer son suivi médical.

A son admission, toute personne bénéficiera d'un référent, travailleur social du secteur de référence.

6. Comité de pilotage

Compte tenu de l'aspect expérimental de cette action, il sera mis en place un comité de pilotage faisant fonction de comité de suivi et d'évaluation. Ce comité sera composé de l'ensemble des acteurs concernés : membres de la commission d'admission - services sociaux - représentant de la municipalité de Saint Etienne - usagers et représentants des structures et associations du quartier.

Ce comité se réunira une fois par trimestre.

7. Réunion des résidents

Afin que les résidents puissent avoir un lieu de parole concernant la vie dans la Résidence, une réunion des résidents est organisée, environ une fois par mois, par l'animatrice.

Ce lieu d'échange permet à chacun de s'exprimer :

- propositions d'animations,
- discussions sur le règlement,
- recherche de solutions communes en cas de problèmes (bruits, vie collective...).

8. Conseil de maison

Il sera institué un conseil de maison qui se réunira une fois par trimestre.



9. Suivi et évaluation

Compte tenu de l'aspect expérimental de cette action, il sera mis en place un comité de suivi et d'évaluation. Ce comité sera composé de l'ensemble des acteurs concernés : membres de la commission d'admission - services sociaux - représentants de la municipalité de Saint-Etienne - usagers et représentants des structures et associations du quartier.

Ce comité se réunira une fois par trimestre.

Afin d'assurer le suivi et de permettre un ajustement au niveau des fonctionnements, une grille d'évaluation sera élaborée à partir de critères portant à la fois sur les modalités et procédures mises en place, et sur les résultats attendus en terme de parcours des personnes : par les personnes elles-mêmes et par les institutions.

Concernant l'expérimentation nationale, l'évaluation sera réalisée sur la base du référentiel national.



Compte-rendu du travail collectif en atelier animé par Christine Debeaud

**Equipe sociale et équipe de santé mentale, quelle coopération ?
Rôle et place de chacun, dans l'accompagnement des
personnes handicapées psychiques ?**

Sur le partenariat
préalable à la mise
en place de
dispositifs de
logements adaptés

Pour la réussite des projets, il faut :

- Une proximité des acteurs du social et de la santé (psychiatrie)
- Un bailleur public sensibilisé aux problèmes de logement et aux besoins d'accompagnement de certains publics handicapés psychiques
- La formalisation des partenariats pour la pérennité du projet

Sur la
qualification des
personnels
(ex : maîtresse
de maison)

Quelle formation ?

Travailleur social, Conseiller en économie sociale et familiale, où l'accent doit-il être mis sur l'expérience auprès de public en situation précaire, et le parcours professionnel diversifié de la personne qui postule ?

- Un accord semble s'être dégagé sur l'importance de faire appel à une personne ayant une expérience solide auprès des publics.
- Un débat contradictoire s'est instauré sur le niveau de qualification nécessaire pour le poste de maîtresse de maison, qui n'a pas abouti à une position commune.

Discussion
autour de deux
conceptions
différentes

- **Logements diffus au sein d'un immeuble ordinaire** : pas de stigmatisation, une autonomie plus importante et un respect de l'espace privé plus grand, mais difficultés à travailler sur le maintien du lien social et à assurer l'accompagnement.
- **Logements regroupés sur une maison** : l'animation est facilitée, mais l'espace privé est plus réduit, le lieu est davantage repéré par l'environnement.



ATELIER 3 - HABITAT PRECAIRE ET RUE : ACCOMPAGNEMENT, LIMITES, CONDITIONS DE REUSSITE

Animateur : Valérie Colin, psychologue, chercheur à L'ONSMP/ORSPERE

Rapporteur : Thierry Morel, cadre pédagogique, Institut de Travail Social de la
Région Auvergne (ITSRA)



De gauche à droite : Claudine Farina, Marc Gybels, Georges Brousse, Emmanuelle Gouyet



Accompagnement de personnes issues d'un long parcours de rue

Emmanuelle Gouyet⁴²

Une commission nommée « accès après urgence », regroupant les acteurs associatifs et institutionnels de la Drôme, a permis de faire naître un poste expérimental en janvier 2005 sur l'accès et le maintien dans le logement des personnes en situation d'errance.

L'Entraide, service d'accueil de jour et d'accompagnement social, du DIACONAT PROTESTANT de Valence a été le porteur de ce projet collectif que nous appelons « accompagnement de proximité ».

J'ai eu la chance d'être ce travailleur social les premières années, et depuis septembre 2007, il est porté par Fabienne SIMONCELLI, ici présente.

Les personnes accompagnées ont un long parcours d'errance, sont marquées par la rue et sont présentes dans le centre ville de Valence depuis plusieurs années.

La spécificité de cet accompagnement est qu'il prend en compte l'ensemble des besoins des personnes, et s'adapte au fur et à mesure de leur évolution sans limite de temps. L'accompagnement est transversal, mobile et en lien avec les différents partenaires. Cette action ne se substitue pas à l'existant mais soutient et renforce les différentes initiatives et démarches engagées par ailleurs.

Cette expérience a montré que l'accès et le maintien dans un logement, pour des personnes fortement marginalisées et marquées par la rue était possible.

Initialement, je pensais être confrontée à des difficultés liées à l'investissement dans le logement, au paiement du loyer, à la gestion des collègues de la rue, à ce que le logement ne devienne pas un squat, à l'hygiène...

J'ai été étonnée de voir que les difficultés vécues n'étaient pas liées à « comment habiter son logement » mais plutôt « comment s'habiter soi. »

Mon propos d'aujourd'hui, est de partager une partie de cette expérience et de témoigner autour de 2 observations qui me semblent importantes à prendre en compte lorsque l'on accompagne des personnes en errance dans le logement, à savoir la santé et la nécessité d'un accompagnement psychologique pour le travailleur social mais aussi pour les personnes accompagnées.

Je pense que toutes les personnes qui se posent dans un logement (ou hébergement, j'entends par logement lieu sécurisant et personnel qui offre un confort de vie) devraient pouvoir bénéficier d'un bilan de santé afin de prévenir ou de mettre en place un traitement médical adapté.

Nous avons pu observer que les personnes ont toutes développé au bout de quelques mois de « pause » des pathologies psychiques ou somatiques importantes nécessitant pour la majorité d'entre elles des hospitalisations.

⁴² Chef de Service CHRS Valence, SAO Drôme.



Je pense que leur corps réagit de manière importante à toutes ces années passées à accumuler des tensions, à résister et combattre toutes ces agressions physiques, psychiques et climatiques que vivent les personnes sans abri.

J'ai l'impression qu'elles lâchent leurs défenses, la pression accumulée en développant des pathologies (celles-ci étaient peut être déjà présentes mais aucun diagnostic n'avait été posé ni remarqué). Cela me fait penser à une autre échelle, à la petite maladie que nous pouvons éprouver les premiers jours des vacances après une période d'activité professionnelle intense où nous avons lutté contre la fatigue.

Le lien avec les équipes médicales est primordial et la création des équipes mobiles précarité et psychiatrie est fort nécessaire non seulement pour les personnes sans domicile mais aussi lorsqu'elles accèdent à un logement.

L'accompagnement de proximité permet cette vigilance et les personnes accompagnées ont pu bénéficier d'un accompagnement médical par l'infirmière spécialisée intervenant dans les associations valentinoises.

Parallèlement à cela, il me semble nécessaire d'avoir un temps spécifique d'analyse de la pratique pour cette action.

Au départ, il n'y en avait pas et j'en ai vraiment ressenti le besoin et les bienfaits ultérieurement.

Je m'explique, au bout de plusieurs mois d'accompagnement, j'ai vécu une période difficile de vide et de grand mal-être.

Je me sentais perdue, envahie de vide et de trop plein. Je percevais un vide d'énergie et un trop plein de sensations désagréables et non identifiables. Je pense que je faisais les choses mécaniquement, avec peu ou pas d'émotions, je n'arrivais plus à éprouver du désir, des envies, à ressentir du plaisir ou du déplaisir.

Je faisais ce que j'avais à faire dans le cadre de mon travail ou de ma vie privée mais je faisais les choses toujours pour les autres et non plus pour moi, comme si je n'existais plus.

Je souhaitais partir, fuir ce qui m'était insupportable sans pour autant l'avoir identifié, partir sans savoir ni où aller ni pourquoi y aller. Peut être est-ce cela le début de l'errance ?

Mon institution m'a offert la possibilité de rencontrer un psychologue, spécifiquement pour cette action afin de me soutenir dans cette période difficile.

Ces rencontres m'ont permis de décoder ces sensations vécues, et de mieux identifier cette infirmité qui m'avait envahie, habitée et délogée de moi-même.

Le psychologue émet l'hypothèse que ce que je vis est identique à ce que les personnes vivent quotidiennement. Il y aurait alors eu transfert de ces sensations.

A travers nos échanges, en mettant des mots sur ces « sensations informes », il m'est alors à nouveau possible de penser, de prendre du recul avec moi-même, alors qu'initialement cela était impossible car tout colmaté.

Dans un second temps, ces rencontres m'ont permis d'entrevoir d'autres pistes d'actions auprès des personnes.

En effet, en identifiant cette nécessité de distance intérieure, de prise de distance avec soi-même, nous avons remarqué qu'effectivement les personnes rencontrées étaient dépourvues de cette distance et que ce manque était certainement à prendre en compte dans l'accompagnement.

Le manque d'autonomie dans leur vie peut également venir d'un manque d'auto perception, d'auto représentation.



Nous envisageons alors que l'une des caractéristiques des personnes en grande errance, au delà de l'absence de logement, est peut être cette absence d'une partie d'eux-mêmes, comme si finalement, ils ne s'appartenaient plus.

L'expérience des 2 premières années prouve qu'ils arrivent à accéder à un logement, à l'investir physiquement, à le protéger des personnes de la rue ...

Sauf qu'ils n'arrivent pas à le faire immédiatement pour eux, mais dans le regard de l'autre, en l'occurrence le mien, avec qui un lien particulier s'est créé. Ce lien de confiance, de fiabilité s'est tissé dans le temps, avec beaucoup d'empathie, de bienveillance, d'encouragement, de permanence.

Lorsqu'ils accèdent à un logement, ils sont contents mais ils voient surtout que cela nous fait plaisir. Ils souhaitent montrer leur capacité à gérer leur logement, à montrer leur capacité dans le but que l'on soit fier d'eux. Cependant, ils n'arrivent pas encore à le faire pour eux, pour leur propre plaisir, dans leur propre regard interne.

On peut imaginer que la personne marquée par la rue les a tellement envahis, qu'ils se sont oubliés eux-mêmes et ont perdu leur propre identité. On peut noter par ailleurs que, très souvent, dans le milieu de la rue, ils ont des surnoms propres à chacun qui en principe représentent une caractéristique, et que peu ou pas de personnes connaissent leur prénom de naissance.

Je pense qu'il est nécessaire de prendre en compte cette dimension lorsque l'on accompagne des personnes issues de l'errance à se maintenir à long terme dans leur logement et recouvrer une autonomie. Notre action est d'essayer d'éveiller ou réveiller l'identité propre de la personne, en donnant de plus en plus de place à cette personne et en effaçant peu à peu l'identité de la personne errante qui l'a délogée d'elle-même.

Cet entre-deux que j'avais pu identifier les années précédentes prend plus de sens, car ce n'est pas seulement entre ces deux mondes qui sont celui de la rue et de la société civile, mais également, un entre-deux plus interne, propre à chacun, qui nous identifie tous.

Initialement, il me semblait que le changement de regard de la société civile envers les personnes était primordial pour qu'elles s'identifient autrement qu'errantes.

Or, aujourd'hui, même si cela favoriserait l'identité de la personne, ce ne serait effectivement pas suffisant. En effet, je pense que le changement doit venir d'eux, en ayant un regard différent d'eux-mêmes. Ce regard doit venir de cet « autre en moi » interne, qui nous permet un certain recul et qui sait véritablement qui on est, et pas seulement l'image que l'on renvoie aux autres.

L'année 2007 a permis de travailler avec les personnes en essayant de faire vivre cet autre et de le mettre en exergue.

Avec l'aide de cette analyse de la pratique un peu spéciale, nous avons mis des mots sur les sensations perçues, introduit de la pensée afin qu'ils puissent obtenir de la distance avec eux-mêmes ; le but étant que la béquille qu'ils utilisent pour vivre ne soit plus la rue, l'errance, l'alcool, les différents produits qui anesthésient la pensée, ni l'accompagnant social mais bien une béquille interne, propre à chacun, assez forte et solide qui permet la pensée et qui est toujours présente.



L'action de ce dispositif se situe dans la présence, dans le souci qu'on leur porte sur leur devenir, sur leur avenir afin qu'ils puissent se l'approprier à un moment donné.

Au fil des mois, ce changement interne a pu être perçu chez la plupart des personnes. Des petits changements dans leur attitude, leur discours, leur position vis à vis des autres, alors que depuis des mois nous ne notions pas de changement. En effet, nous avons bien remarqué une stabilité positive, mais dès que l'accompagnant prenait un peu de distance, avec moins de présence, la situation se fragilisait, de même, lors d'absence prolongée comme les vacances d'été.

Les personnes accompagnées sont dans une telle souffrance qu'un accompagnement psychologique, voire thérapeutique, serait nécessaire. Or, elles sont loin pour le moment d'arriver à se prendre en charge en poussant la porte d'un cabinet spécialisé, même accompagnées, car elles ont, entre autre, besoin d'avoir une grande confiance en l'autre pour se livrer et cette confiance est longue à mettre en place.

Ces temps de rencontres avec le psychologue sont nécessaires, voire indispensables, tant pour la stabilité du travailleur social qui est isolé, même s'il est en lien avec beaucoup de partenaires, que pour les effets produits dans le cadre de l'accompagnement des personnes.

Des effets se sont produits et ressentis dans leur manière d'être, de s'habiller, de se déplacer, de s'interpeller...en évoluant et recouvrant son identité acquise à la naissance et non dans la rue.

Pour d'autres, c'est entrevoir que les difficultés qu'ils vivent ou croient vivre ne viennent pas que de l'extérieur, les Autres, La société... mais également d'eux. Qu'en changeant leur regard et leur perception, ils pourront mieux vivre, qu'ils ne sont pas maîtres des autres mais ont des possibilités de faire évoluer des choses chez eux et ainsi permettent une lumière, un autre fonctionnement, un autre avenir avec des possibles.

Je terminerai ce témoignage en précisant que pour nous, cet accompagnement de proximité va bien au-delà de l'accès au logement. L'accompagnement spécifique peut s'arrêter lorsque la personne parvient à retrouver une certaine autonomie à « prendre soin d'elle même », en arrivant à identifier ses besoins quels qu'ils soient et à y répondre de manière adaptée soit directement soit en interpellant les personnes adéquates.

54 personnes sont sorties du dispositif sur les 65 personnes différentes accompagnées par ce dispositif les trois premières années,

48 % des personnes sont sorties en étant autonomes dans leur logement.

32% ne font plus partie du dispositif mais sont accompagnées par d'autres dispositifs qui peuvent veiller sur eux.

Les 20 % restants sont, soient parties de manière inopinée sans que l'on sache où, soient incarcérées, soient décédées.

Merci.



Atelier n°3 – Habitat précaire et rue : accompagnement, limites, conditions de réussite

La rue est un secteur

Georges Brousse⁴³



Introduction

- ✓ Troubles mentaux et précarité: nombre élevé de personnes souffrant de maladies mentales dans la rue a été établi aux USA et Amérique du Nord
- ✓ France peu de données mais tendance similaire
- ✓ Bien que l'itinérance aggrave les problèmes psychiatriques il semble établi que dans la majorité des cas les pb de santé mentale précèdent l'itinérance
- ✓ Schizophrénie: 10% des Homeless, moins de la moitié sont traités (Folsom et Jeste 2002 revue 33 articles)
- ✓ Conduites addictives 15% à 75% de la population
- ✓ Quelle est la capacité des systèmes de soins à prendre en charge les malades itinérants?
- ✓ Peut-on soigner les maladies mentales dans la rue?



⁴³ Praticien hospitalier du CHU de Clermont Ferrand, équipe mobile santé mentale et précarité

Psychiatric disorders in homeless men and women in inner Sydney

Maree Teesson, Tracey Hodder, Neil Buhrich

Table 2. Comparison of prevalence rates across studies of homeless men

Reference	Los Angeles 1988 (6 month) [1] n = 328 %	Munich 1989/90 (6 month) [12] n = 146 %	Madrid 1993/94 (12 month) [13] n = 205 %	Melbourne 1990 (1 month) [4] n = 272 %	Sydney 1996/97 (12 month) n = 160 %
Schizophrenia	12	10	2	18	23
Alcohol use disorders	27	71	32	22	49
Drug use disorders	10	10	10	5	34
Depressive disorders	21	24	11	12	28
Anxiety disorders	14	14	-	-	22

Table 3. Comparison of prevalence rates of mental disorders across studies of homeless women

Reference	Munich 1989 (6 month) [12] n = 32 %	St Louis 1989/90 (6 month) [10] n = 300 %	Melbourne 1990 (1 month) [4] n = 69 %	Madrid 1993/94 (12 month) [13] n = 56 %	Sydney 1996/97 (12 month) n = 50 %
Schizophrenia	11	3	35	2	46
Alcohol use disorders	18	11	-	12	15
Drug use disorders	7	10	12	11	44
Depressive disorders	15	21	9	23	48
Anxiety disorders	9	-	-	-	36

Equipe mobile spécialisée en psychiatrie (EMSP) Clermont Ferrand

- Descriptif de notre équipe:
 - 3 IDE à mi temps
 - Un cadre infirmier (0.1 ETP)
 - Une éducatrice temps plein
 - Une secrétaire mi temps
 - Un médecin psychiatre vacataire (0.1 ETP)
 - Un médecin psychiatre coordinateur (0.2 ETP)
- Équipe jeune (nov 2007)

- Intervention sur l'agglomération auprès des personnes en très grande précarité en **partenariat** avec les équipes de travailleurs sociaux

- Accueil de jour
- SAO 115
- Centres d'hébergement
- Point accueil jeune
- équipes d'éducateurs de rue et bénévoles: maraude hivernale, secours...

Les pathologies rencontrées

Les Schizophrénies

- ✓ Psychoses aiguës
- ✓ Psychoses chroniques désinsérées
 - ✓ Les symptômes positifs de la maladie (idées délirantes et ou hallucinations) seraient plutôt retrouvés chez les hommes schizophrènes SDF
 - ✓ Persécution
 - ✓ Mégalomanie
 - ✓ À l'origine de voyages incessants (Dromomanie) (*Pitres et Régis 1895*)
 - ✓ Les symptômes négatifs (repli sur soi, troubles du contact) sont plutôt retrouvés chez les femmes
 - ✓ Patients schizophrènes dans la rue: forte tendance à nier la maladie
 - ✓ aggravation de la symptomatologie et de l'errance par comorbidités addictives (alcool et cannabis)



Conduites addictives

- ✓ Très fréquentes
- ✓ Associées souvent à d'autres troubles (troubles de la personnalité)

Troubles de la personnalité: psychopathie, états limites

- ✓ Fréquence des antécédents traumatiques
- ✓ Fréquence des ruptures avec un milieu familial violent, insécure, déserté
- ✓ les Dieux Lares privés ont été abandonné au profit des dieux Lares publics





ORIGINAL PAPER

V. Kovess · C. Mangin Lazarus

The prevalence of psychiatric disorders and use of care by homeless people in Paris

838 personnes
Paris
Points de refuge

Table 5 Prevalence of psychiatric disorders (N = 715)

	Lifetime	One-year
Organic disorders	10.1%	–
Severe organic disorders	1.5%	–
Moderate organic disorders	8.6%	–
Schizophrenic/delusional disorders (certain)	16%	5.8%
Schizophrenic disorders	14.9%	5.3%
Schizophrenia disorders (uncertain)	9.4%	5.1%
Delusional disorders	1.1%	0.5%
Delusional disorders (uncertain)	2.8%	0.0%
Affective disorders	41%	23.7%
Bipolar disorders	3.6%	1.7%
Manic disorders	3.6%	1.8%
Depressive disorders	33.7%	20.2%
Substance dependency/use	33.9%	21.3%
Alcohol dependency/use	24.9%	14.9
Drug dependency/use	15.6%	10.3
Any psychiatric disorder	57.6%	29.1%



Mémoire original

Étude de l'influence des troubles mentaux sur les difficultés de réinsertion sociale

Study of the influence of mental disorders on the problems of social rehabilitation

S. Combautzler^{a,b,*}, J.L. Pedunelli^a

^a Centre Psy-CE, équipe Hébergement, Hôpital de Provence, 25 avenue Robert Schuman, 13211 Aix-en-Provence cedex 1, France
^b CMMI, avenue du Général de Gaulle, 13001 Marseille, France
Reçu le 19 septembre 2001 / accepté le 25 octobre 2001

✓ 999 patients, CHRS armée du salut Marseille
✓ des troubles à forte prévalence grèvent l'insertion sociale

Tableau 3 Associations entre les troubles cliniques et les troubles de la personnalité

Troubles cliniques-troubles de la personnalité	Troubles psychotiques	Trouble de l'humeur	Troubles liés à une substance	Troubles du contrôle des impulsions	Trouble anxieux	Autres troubles cliniques	Absence de diagnostic en axe I	Total	%
Antisociale	10	15	106*	27*	14*	4*	8*	185	18,52%
Borderline	6	22	70*	12	15	3	4*	132	13,21%
Dépendante	7	18	30	8	18	11*	12	104	10,41%
Évitante	2	2	12	2	4	4	5	32	3,20%
Histrionique	0	6	8	2	7	3	7	33	3,30%
Narcissique	0	6*	2*	4*	0	2	4	18	1,80%
Obsessionnelle	1	1	5	2	2	0	0	11	1,10%
Paranoïaque	1	4	22	4	0*	2	6	49	4,90%
Schizoïde	4	9	25*	4	6	0	1	49	4,90%
Schizotypique	2*	2	16*	0	0	0*	1*	31	3,10%
Troubles de la personnalité non spécifiés	30*	17	43*	4*	27	20*	32	173	17,32%
Absence de trouble de la personnalité	0*	18	4*	7*	38*	11	98*	182	18,22%
Total	90	121	343	76	131	60	178	999	
%	9,01%	12,11%	34,33%	7,61%	13,11%	6,01%	17,82%	100%	

Liasons statistiquement significatives (p < 0,05).



- ✓ Le chien, animal fidèle, qui accompagnait traditionnellement les Dieux lares suit dans la rue.
- ✓ Investissement animiste d'une double figure paternelle (rassurante) et maternelle (affective)
- ✓ Autorise les relations anaclitiques
- ✓ Figure étayante du patient

borderline (impulsivité, imprévisibilité, relation interpersonnelle intense tantôt idéalisé tantôt dévalorisé, colères clastiques, instabilité des affects, intolérance à la solitude, tentatives de suicide)



Re prendre soins

- ✓ La désinstitutionnalisation et plus particulièrement l'absence de ressources alternatives à l'hospitalisation et de prises en charge extra hospitalières a limité la capacité de contact du système de soin avec ces populations
- ✓ Les barrières à l'accessibilité des services: quelle sectorisation pour les sans domicile fixe?
- ✓ Patients souvent en rupture
- ✓ Instabilité familiale fréquente
- ✓ Toutes ces populations sont marquées par un déni de la pathologie et la méfiance à l'égard des institutions



Contact avec le système de soin

Table 6 Odds ratios of being in contact with the health system

	Total	Any mental health problem	Schizophrenia	Affective disorder	Neurotic depression	Alcohol	Drug
Men	0.39	0.44	-	0.37	0.39	-	-
Under 25 years	0.37	0.36	0.16	0.39	0.25	0.17	0.16
Suicide attempt	3.30	3.30	20.00	2.50	3.60	4.88	6.60
Physical disease	2.36	2.23	3.70 ^a	3.00	3.30	4.29	-
Alcohol	2.08	1.96	-	2.00	2.43	-	-
Drugs	5.26	5.00	-	4.50	6.25	-	-
Being born in France	-	-	-	-	-	2.95	-
Negative life events before age 12	-	1.64 ^a	-	2.00 ^a	2.00 ^a	-	-
Employed at some stage	-	-	-	-	-	-	10.00

^a Only hospitalisation

Développer un « aller vers »

- ✓ On insistera sur la spécificité de l'équipe et notamment de la fonction infirmière dans la reprise de contact avec le système de soin.
- ✓ Premier temps du re contact avec le soi
- ✓ Temps du « prendre soin » de soi
- ✓ Infirmière vécue comme image positive rassurante, maternelles (à l'inverse de l'image paternelle angoissante)



Richesse des interactions

- ✓ Richesse de la réflexion issues des interactions avec les travailleurs sociaux partenaires de la rue
- ✓ Apport a double sens
- ✓ Temporalités triples:
 - ✓ Educative
 - ✓ Sociale
 - ✓ psychiatrique
 - ✓ Hospitalière
 - ✓ évolution maladie



Penser la rue comme un habitat

- ✓ La rue en dehors des schémas classiques d'organisation des soins
- ✓ Nouveau secteur de psychiatrie
- ✓ Lieu d'habitat
 - ✓ Où l'intervention psychiatrique devrait être pensée comme dans tout secteur de soins







Accompagnement « de la rue à l’habitat » de personnes en grande précarité

Marc Gybels⁴⁴, Claudine Farina⁴⁵

Je suis très heureux de l’invitation des DRASS pour présenter nos actions ce jour. Mais je suis encore plus heureux que ces DRASS et la Direction Générale mènent une réflexion sur les liens entre santé mentale et précarité. C’est une occasion de plus pour démontrer que notre action doit obligatoirement s’inscrire dans la durée. Les critères habituels d’évaluation de notre « nouvelle culture du résultat » ne nous le permettent pas suffisamment. Ma collègue Claudine FARINA, assistante sociale dans mon établissement, l’évoquera dans son exposé. Je suis convaincu que ces échanges rendront nos actions de terrain beaucoup plus lisibles, et leur donneront plus de « relief » que le remplissage ou l’analyse de nos tableaux « indicateurs d’activité »... En tout cas, c’est beaucoup plus convivial... !

Je me présente : je suis Marc GYBELS, assistant social, directeur du Centre d’Accueil et d’Orientation à Lyon, un service social spécialisé pour personnes sans domicile.

Je ne vais pas perdre de temps à vous décrire notre public. Nous le connaissons tous ici.

Nous connaissons tous ces personnes qui vivent dans la rue, et qui s’abritent parfois dans des accueils d’urgence. Elles ont des comportements bizarres, elles sont parfois délirantes ou violentes, subissent la violence de la rue, de leurs condisciples et du regard de la société. Elles ne se retrouvent pas dans la rue suite à un coup de tête ni uniquement suite à un accident de la vie.

Non, l’abandon vient doucement, insidieusement. Placement après placement, rupture après rupture, avec les parents, la fratrie, les amis. Elles ont vécu un licenciement, une expulsion etc.

Leur trajectoire de vie est aussi constituée d’échecs et de ruptures depuis leur toute petite enfance.

Elles sont alors contraintes de mettre en place des modes d’adaptation à la vie dans la rue : comment concilier son espace privé dans un espace public, comment satisfaire son besoin d’intimité sous le regard de tous ? Où puiser ses ressources de survie ? Pour lutter ou pour

⁴⁴ Directeur Centre Accueil et d’Orientation de Lyon.

⁴⁵ Assistante sociale, Centre d’Accueil et d’Orientation de Lyon.



survivre, s'installe ou se renforce la dépendance. Dépendance à l'alcool (moins cher) ou aux stupéfiants.

Où et quand intervient la maladie mentale : est-elle présente depuis toujours ? Résulte-t-elle de processus de survie, fait-elle suite à des comportements addictifs ? Je n'en sais rien. Claudine vous analysera dans un instant une situation, elle aurait pu en présenter d'autres, avec d'autres diagnostics. Nous avons le choix...

Au Centre d'Accueil et d'Orientation, nous devons être prêts à recevoir ces personnes, qu'elles viennent de leur propre initiative, ou accompagnées par des partenaires avec qui elles ont déjà une relation de confiance, souvent construite dans la rue, à partir du lieu où elles se vivent.

Pour terminer, je vais présenter rapidement les prestations que le Centre d'Accueil et d'Orientation met à la disposition de ce public en errance.

Nous avons un agrément de CHRS, mais nous n'hébergeons pas. Nous ne sommes pas un accueil de jour, puisque nous ne fournissons aucune prestation matérielle, ni hébergement, ni vestiaire, ni douche ou prestations d'hygiène, ni collation ou repas !

Nous n'avons qu'une seule prestation à offrir, toute profession confondue (accueillants secrétaires, médecin psychiatre, assistantes sociales, psychologue) : une entrée en relation, un lien, dans un lieu où on peut déposer une partie de son histoire de vie, de sa mémoire. Dans ce lieu où ils ont la garantie de pouvoir récupérer leur histoire telle qu'ils l'ont déposée, ou d'engager si elles le souhaitent, une réflexion sur cette histoire pour avancer vers un itinéraire moins souffrant.

Bien évidemment, cela suppose de notre institution un engagement dans la relation et dans la durée. Mais cela exige également des professionnels, individuellement, ce même engagement dans le temps.

Pour cela, l'institution doit poursuivre son effort pour maintenir des conditions de travail qui permettent cet engagement, dans le temps, de son personnel, seule condition de création et de maintien du lien, élément essentiel à l'aboutissement d'un travail de qualité. Cela suppose une politique de recrutement exigeante, le maintien d'un travail d'analyse et de réflexion interne (supervision), la non négociation de conditions de travail au rabais, un investissement dans la formation de futurs professionnels.

En appliquant ces principes, l'institution préserve son équipe d'avoir un sentiment et un vécu de précarité et d'instabilité similaire à celui du public accompagné. Ces bonnes conditions de travail sont aussi les garants d'un accompagnement durable de qualité.

Je donne la parole à ma collègue Claudine FARINA, qui vous argumentera, à travers une situation de travail, nos méthodes de travail.

Bonjour, j'ai choisi de commencer mon intervention en vous présentant l'histoire de l'accompagnement de Monsieur Blanc.



Il y a 15 ans, (en 1993) lorsqu'il se présente au CAO, Monsieur Blanc a 54 ans. Il est sans domicile depuis une vingtaine d'année, avec sa compagne ; il dort à côté d'une station de taxi de la gare de la Part Dieu. Pour ce premier entretien il ne vient pas seul : une éducatrice de la Veille sociale l'accompagne ; il la connaît depuis près d'un an. Il est fortement alcoolisé, sur la défensive, un peu agressif et provocateur. Il ne sait pas trop pourquoi il a accepté ce rendez-vous et moi non plus, mais il en accepte un second.

Dès les premiers temps de l'accompagnement, je me heurte à un écueil : l'identité qu'il donne n'est pas la bonne. Quand je lui en parle il maintient son histoire mais je sens qu'il ne tente pas de me convaincre, qu'il me teste. Aussi je lui demande l'autorisation de poursuivre les recherches sous l'identité qu'il affiche.

Pendant près d'un an et demi, j'explore toutes les pistes qu'il me donne et je partage avec lui chacune des réponses négatives que je reçois.

Quelques mois après notre première rencontre, une voiture le renverse, il est très gravement blessé et opéré d'urgence. Deux jours après son hospitalisation, en fumant une cigarette, il met le feu à son lit. Lorsque je vais le voir à l'hôpital, je vois un homme très abattu et affaibli, et je ne peux m'empêcher de m'interroger sur une éventuelle tentative de suicide avec le feu.

C'est aussi la première fois qu'il me demande de l'aider à trouver un logement.

Deux mois après cette hospitalisation, sa compagne décède. A la demande de Mr Blanc, je suis présente le jour des obsèques.

Il continue à demander un logement et fera même un court essai dans un CHRS. Cette étape montre qu'il ne supporte ni le cadre, ni la promiscuité du collectif. Il souhaite un logement individuel. Nous décidons d'explorer la piste des logements ALT gérés par des associations.

Pendant ce temps j'avance les recherches d'identité et trouve sa vraie identité. Mais il nie farouchement et c'est finalement le rapport à la réalité de la loi, en la présence d'un juge des tutelles qui nomme son vrai nom, qui l'amène à reprendre sa vraie identité.

Tout doucement Mr Blanc parle de lui sous son vrai nom, tout en me demandant de continuer à l'appeler Mr Blanc (ce que je continue à faire depuis toutes ces années). A ce moment-là, je découvre que Mr n'est pas français et qu'il est en situation irrégulière. Pendant les 2 années que prend la régularisation de son séjour en France, il vit dans l'angoisse et la peur d'être expulsé du territoire français.

Presque au moment où nous commençons cette démarche de régularisation, il obtient un appartement de dépannage. Il a du mal à s'y poser et surtout à se protéger des copains de la rue, de l'alcool, de la violence. C'est son premier logement depuis très longtemps et c'est le point de départ de tout un travail autour d'un accès puis d'un maintien en logement qui commence en octobre 1999 et qui se termine en 2004. Ce qui représente 5 ans d'accompagnement pour que Mr Blanc trouve un lieu où il lui convient d'habiter. Les premiers mois sont vraiment très difficiles pour lui comme pour nous : il vit avec une jeune femme grabataire dont il n'arrive pas à s'occuper, il héberge ses copains, s'alcoolise, dégrade son appartement, agresse les voisins, se fait cambrioler. En même temps il souffre terriblement et a honte de lui... Face à cette souffrance je lui parle d'une hospitalisation en psychiatrie. Il évoque alors un médecin qu'il a connu et qu'il aimerait revoir, puis il se rétracte.

Huit mois après son emménagement, je vais le voir chez lui. Il est seul, il n'a pas bu, il écoute la radio. Tout à coup il me demande si j'entends les menaces de l'animateur radio envers lui : il veut l'égorger. Je lui propose de l'emmener aux urgences de l'hôpital psychiatrique.

Lors de son hospitalisation j'apprends qu'il a été suivi pendant des années, qu'il est diagnostiqué schizophrène depuis l'âge de 32 ans et qu'il est en rupture de soins depuis 15 ans. C'est le point de départ d'un travail autour de l'acceptation de la maladie et du soin qui durera 2 ans. Dans les



moments les plus difficiles il vient rencontrer le médecin psychiatre du CAO qui, en plus de son soutien, fera le lien avec l'hôpital.

Lors de ses séjours de vacances, Mr Blanc montre ses difficultés à vivre seul car il se sent en danger, constamment menacé par ses voix et très angoissé. Je lui parle alors de résidence pour personnes âgées. Il va y réfléchir.

Quelques mois plus tard (2001) il s'installe dans une résidence, à deux pas du CAO. Il y vit toujours.

Les premières années sont difficiles du fait de nombreuses alcoolisations, d'hébergements clandestins, de rupture de traitement, de moments de dépression, de chutes, d'agressivité envers le personnel. Mais au final il a trouvé son chez lui.

A présent je vois Mr Blanc ponctuellement, 1 ou 2 fois par trimestre et je le croise chaque mardi matin quand il va à sa banque et moi au boulot.

Cependant, pour garder le lien, il m'appelle pour aller acheter de la soupe ou des vêtements, pour lui rendre une visite lors d'une hospitalisation ou quand sa télévision ne marche plus. Mais surtout il laisse dans son dossier social tous les originaux de ses documents importants et notamment sa carte de séjour. Il vient la chercher lorsqu'il en a besoin et repasse la déposer ensuite.

Cette histoire, dont il y aurait encore tellement de choses à vous dire, je l'ai choisie car elle illustre l'originalité du travail fait au CAO. Notamment sur 5 points :

- l'importance de ne pas rater le premier accueil,
- rien ne se construit si l'on ne s'apprivoise pas,
- nous entendons et accompagnons une demande même si elle ne nous paraît pas adaptée à ce moment-là, comme pour Monsieur Blanc lorsque nous l'aidons à emménager dans un premier logement,
- elle pose la question du positionnement face à la maladie mentale en l'absence de soin,
- le CAO en tant que lieu mais aussi en tant qu'équipe, a une fonction mémoire, comme Monsieur Blanc l'illustre avec le dépôt de son histoire inventée et le dépôt de ses documents officiels.

Je vais reprendre un peu plus précisément ces 5 points.

Tout d'abord **la place particulière du premier accueil**. Ce premier accueil est essentiel car il permet l'accroche ou pas, il permet la rencontre ou pas. S'il est réussi il permet l'installation d'une relation. Le professionnel doit être disponible, mentalement et physiquement, pour accepter l'autre tel qu'il est et laisser s'installer une reconnaissance entre ces deux personnes qui entrent en relation. La personne accueillie doit se sentir libre de s'exprimer mais aussi de se taire, de rester ou de partir. L'accueil c'est le premier temps de l'apprivoisement. Si l'on rate ce premier accueil, la personne ne reviendra pas. C'est pour cela que sachant par ma collègue de la Veille sociale, combien il pouvait être complexe d'entrer en relation avec Mr Blanc, j'ai proposé un premier accueil sur rendez-vous accompagné par un tiers rassurant.

Cette histoire montre aussi toute la complexité de **faire le choix d'entendre mais aussi d'accompagner une demande de logement** même si on s'interroge sur la légitimité de cette demande, à ce moment-là du parcours de la personne. Est-elle prête ? Pourra-t-elle habiter ? Comment ?



Au CAO nous faisons le choix de prendre en compte cette demande, même lorsqu'il va y avoir d'importantes difficultés à franchir. C'est une façon de dire à la personne qu'elle est entendue dans ce qu'elle dit, elle se sent prise en considération.

De plus, tout le temps que dure la recherche de logement, c'est un temps qui permet au lien de se tisser, ce sont des **étapes de l'apprivoisement**. On voit bien comment Monsieur Blanc vérifie la solidité du lien, mon engagement professionnel en me mettant à l'épreuve, notamment en ne le laissant pas tomber lorsqu'il donne un faux nom.

Ce temps permet une lente confrontation avec les exigences de la réalité en n'étant pas seul, il permet de changer de projet ou de le travailler différemment. Il nous apparaît important de laisser à l'autre la possibilité d'expérimenter tout en restant présent.

Et si la personne ne reste pas dans le logement, ce temps d'investissement aura permis que le départ du logement ne soit pas vécu comme un échec. C'est à dire que le lien est toujours là et la possibilité est donnée à la personne de recommencer autre chose en s'appuyant sur l'expérience qu'elle vient de vivre.

Enfin accepter l'idée qu'une personne, que l'on ne considère pas prête à investir un logement, y accède, c'est aussi ouvrir sur la possibilité de travailler autre chose et c'est aussi ce que montre cette histoire.

Cette histoire questionne aussi sur la position à adopter face à la maladie mentale.

Fallait-il d'abord travailler cette option là avant celle du logement ? Fallait-il prendre contact avec le service psy dont Monsieur Blanc nous avait parlé ? Fallait-il commencer un soin avec le psychiatre du CAO ? Je ne sais pas car cela dépend de la personne que l'on a en face de soi et de la qualité de la relation entre nous. Disons que pour cette situation-ci, il m'a semblé important, tout en n'ignorant pas cet aspect de la personne, de respecter le fait qu'elle n'était pas prête.

Enfin je crois pouvoir dire que le CAO est **un lieu mémoire** où la mémoire est parlée et écrite. L'accompagnement peut s'arrêter, être repris, les personnes vont, viennent et reviennent selon leurs besoins.

La particularité de cette place est rendu possible par deux éléments :

- nous prenons et nous avons le temps,
- une partie de l'équipe en place est stable.

Cette fonction mémoire à plusieurs niveaux :

Nous prenons note de tout ce qui est dit ou suggéré en entretien. Notre expérience montre qu'au fil du temps les personnes se racontent, elles font confiance à l'équipe et partagent avec elle leur quotidien, leur vécu et leurs souvenirs. Nous les aidons à déposer leur histoire, par étape. Elles déposent des petits bouts d'elles-mêmes, sans ordre chronologique, presque sans logique, elles déposent leurs mots. Pour nous cet aspect de la fonction mémoire permet de recueillir l'éclatement, le morcellement des individus, **elle participe au rassemblement psychique des personnes.**



Le fait de garder une trace de ce qui est confié permet, lorsque la personne est en capacité de l'entendre, de relire ces notes ensemble. Elle découvre alors le chemin parcouru et retrouve son histoire rassemblée, reconstituée. Ce qui lui appartient lui est restitué, elle peut alors se le réapproprier.

Par ailleurs le service fait office de dépôt ou de coffre-fort : les personnes que nous accueillons n'ont plus de maison et leur adresse est celle du service. Bien plus qu'une domiciliation administrative, elles l'utilisent à déposer leur bien le plus précieux, c'est à dire celui qui atteste de qui elles sont (carte d'identité, carte de séjour), celui qui permet d'avoir de l'argent (livret A, carte de retrait, fiches de paye), celui qui permet de conserver des souvenirs (photos). Pour celles qui ont un toit y déposer un double de clefs... Chacun dépose là ses affaires comme il le ferait chez lui, en les sachant en sécurité.

Un autre aspect de cette fonction mémoire est constitué par le maintien du **lien même lorsque, d'un point de vue de l'intervention sociale, ce n'est plus nécessaire.** Cet aspect de la fonction mémoire est illustré par l'histoire de Mr Blanc qui ne récupère pas ses documents, et qui m'appelle ou passe me voir, pour des histoires d'intendance qui chacune vont demander une bonne heure de visite et le partage d'un café.

Comme Monsieur Blanc, certaines personnes relogées ont besoin de continuer à venir nous voir et certaines s'arrangent même pour recevoir du courrier d'un seul organisme afin de prendre prétexte à passer. D'autres reviennent lors d'un événement particulier : un décès, un mariage, une naissance.

La fonction mémoire est aussi constituée par le maintien de **notre présence à la fin d'une vie.** En effet notre accompagnement ne prend pas systématiquement fin le jour où une personne décède, puisqu'en l'absence de famille ou si celle-ci refuse de le faire, les pompes funèbres nous demandent d'organiser les obsèques. Parfois même, nous témoignons devant le cercueil de ce qui nous est connu de la personne.

En plus de ça, **certaines personnes décédées restent en vie dans notre mémoire,** et en quelque sorte reprennent vie, lorsque nous reparlons entre professionnels et dans certaines occasions, de ces accompagnements passés. De la même manière cet aspect de la fonction mémoire fonctionne aussi lorsqu'au détour d'un événement, nous évoquons avec un usager une anecdote concernant un copain décédé. Ce temps de partage un peu nostalgique est vécu comme une re-mémorisation d'un passé révolu, comme un échange d'un savoir commun. Et puis le copain vient vérifier si nous n'avons pas oublié l'autre.



Atelier n°3 – Habitat précaire et rue : accompagnement, limites, conditions de réussite

Compte-rendu du travail collectif en atelier animé par Valérie Colin

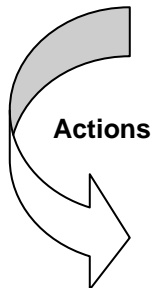
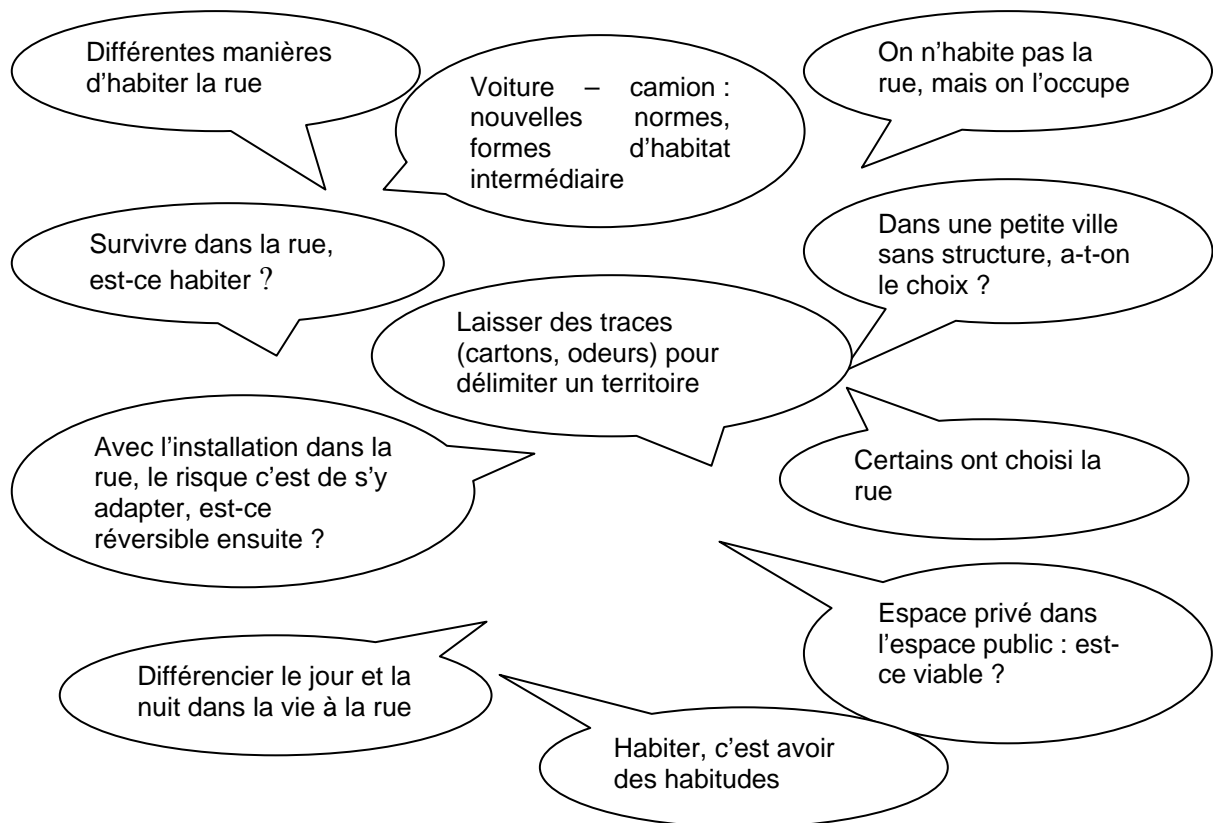




Par petits groupes spontanés, de 6 à 10 personnes, répondez aux questions suivantes :

1. Peut-on habiter la rue ?

**Argumentez à partir de ce que vous voyez dans le cadre de votre pratique
Et indiquez les actions que vous mettez en place ou que vous imaginez.**

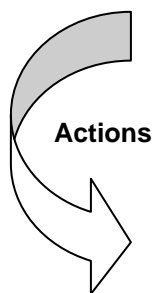
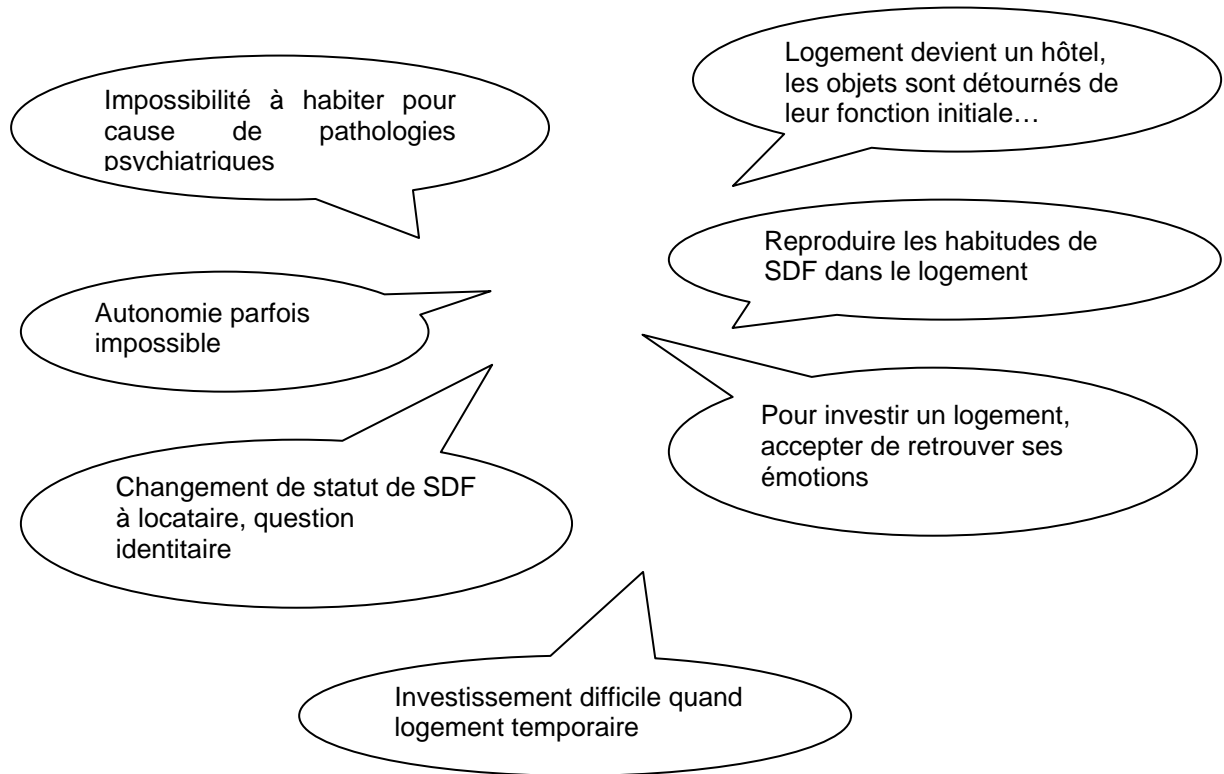


- **Accompagnement dans la durée**
- **Le lien avec le professionnel aussi important que le logement**
- **S'appuyer sur les compétences et connaissances des personnes elles-mêmes.**
- **« L'approvisionnement » : passage à heure fixe pour être accessible**



2. Peut-on ne pas habiter un logement ?

Argumentez à partir de ce que vous voyez dans le cadre de votre pratique
Et indiquez les actions que vous mettez en place ou que vous imaginez.



- Articuler logement et psychiatrie, compétences psy sollicitées
- Réapprendre à vivre dans un logement
- Aller vers, suivi au-delà de l'accès au logement
- Solutions de logement stable avec petites exigences (animaux, addictions, ...)
- Accepter le temps de la personne
- Intégrer les allers-retours entre rue et logement
- Travail sur le risque d'isolement et donc mise en réseau
- Lutter contre la tendance à la « disparition » des personnes qui s'effacent...jusqu'à la mort



Restitution des ateliers et synthèse de la journée

Lydie Pioli, David Grand et Thierry Morel⁴⁶

Claire Lévy-Vroelant

Cyril Kretzschmar

Jean Furtos

Cyril Kretzschmar

Je vous propose d'entamer cette dernière ligne droite : exercice délicat et périlleux et j'en remercie d'avance les rapporteurs qui sont avec Claire Lévy-Vroelant et Jean Furtos pour faire ce travail d'écho, de restitution et de prolongement du travail de cet après-midi mais aussi des échanges très riches que nous avons eus ce matin.

Les ateliers ont fonctionné de manière assez diverse avec des soucis d'animation, de matériel parfois ou de sonorisation des salles qui n'était pas toujours facile ; des travaux en plénière ou en sous-groupe qui n'étaient pas forcément faciles non plus. On en est désolé. On a expérimenté in vivo cet après-midi avec vous des modalités qui se voulaient participatives et riches. En tout cas, merci aux animatrices, animateurs de s'être livré(e)s à cet exercice aussi in vivo. On espère que vous l'aurez apprécié. J'en profite pour vous rappeler que vous avez une fiche d'évaluation dans votre dossier de participant et nous vous remercions beaucoup de la compléter et de la laisser dans les cartons à votre sortie. Merci.

Donc, une petite note d'ambiance de chacun de nos rapporteurs : on ne va pas appeler ça restitution, car ça serait difficile dans la mesure où nous n'avons pas eu le temps de préparer les véritables restitutions. Mais plutôt des notes d'ambiance avec des prolongements réflexifs de Claire, de Jean et de moi-même, en fonction de ce que nous avons pu entendre. Nous aurons après des échanges car vous aurez la possibilité de réagir à ces notes d'ambiance des rapporteurs et des choses que nous avons pu grappiller lors de nos passages dans les ateliers. C'était donc l'exercice de chercher à faire ce miel collectif du travail de chacun des ateliers. C'est l'occasion aussi de préciser que l'Orspere qui a ce rôle

⁴⁶ Rapporteurs respectivement des ateliers 1, 2 et 3.



d'animation scientifique de l'ensemble de ces réunions interrégionales, aura le souci dans les semaines qui viennent de produire des actes que vous pourrez obtenir sur les sites de l'Orspere⁴⁷, des DRASS ainsi que les actes des autres journées interrégionales qui sont tout à fait intéressantes.

Si nos restitutions sont sans doute frustrantes et réductrices par rapport à la richesse du travail des ateliers, vous trouverez dans les actes beaucoup plus d'échos de toute la production que vous avez animée ensemble cet après-midi.

Je cède la parole à Lydie Pioli pour l'atelier n°1, animé par Benoît Eyraud, sur le logement de droit commun en regard de la santé mentale.

Lydie Pioli, Coordinatrice atelier santé ville (Vichy)

On a effectivement traité de la question du logement et du logement de droit commun. Deux questions se posaient à nous : comment maintenir la personne dans un logement de droit commun ? Et s'il y a besoin, comment coordonner les interventions pour des personnes qui ont des difficultés à se maintenir dans ces logements ?

Les différentes expériences qui nous ont été rapportées, mettent en avant une seule et même réponse : **le travail en réseau**, sous des modalités différentes mais dont l'objectif reste le même, c'est-à-dire une prise en charge coordonnée pour la personne et une prise en charge complète.

Les principaux acteurs de ces réseaux sont les travailleurs sociaux, les bailleurs, le secteur psychiatrique. D'autres acteurs s'ajoutent à ces réseaux comme les institutions, les DDASS, le Conseil Général.

Constat dans ces différentes expériences : à l'origine de ces réseaux, un même constat et un même besoin. C'est-à-dire que les personnes se trouvent confrontées à leur limite d'intervention et sont alors dans l'obligation d'inventer de nouvelles réponses ; se profile donc la réponse du travail en réseau.

Après se pose la question : sous quelle forme articuler ce réseau ? Comment le faire ? Beaucoup d'expériences se sont inspirées de l'extérieur, d'autres villes, ou ont pris conseil auprès d'acteurs plus spécialisés comme auprès du secteur psychiatrique (je pense

⁴⁷ www.orspere.fr



notamment aux travailleurs sociaux, bailleurs qui font appel aux services de professionnels qui ont cette compétence en matière de santé mentale).

Ce travail en réseau ne se fait pas sans difficultés. Malheureusement, beaucoup de réticences du fait que l'on vient tous de milieux différents, avec des visions différentes donc des prises en charge différentes. Cela présuppose à la base un énorme travail **de culture commune, de terminologie commune** afin de mieux s'articuler, de mieux se comprendre. Parce que c'est **la base du réseau** : apprendre à connaître ce que les autres font, ce que les professionnels font, la manière dont ils le font, leurs interventions, etc., mieux connaître leur limite pour mieux connaître leur champ d'intervention. C'est quelque chose qui a transcendé toutes les expériences, un énorme travail sur la culture commune des professionnels pour une meilleure intervention.

Les expériences qui nous ont été proposées étaient avancées à différents stades: certaines encore aux prémices, d'autres avec plusieurs années d'expérience. Ce qu'il en est ressorti : pour celles déjà bien avancées, des résultats déjà : des prises en charge plus en amont (avant une hospitalisation, une expulsion), des prises en charge plus adaptées, plus coordonnées, avec un réel souci de la personne au centre et un meilleur repérage par les bailleurs sociaux ou les travailleurs sociaux des premiers signes de la souffrance des personnes.

Une autre question s'est posée à nous dans ce cadre de réseau : l'aspect **du secret professionnel**, parce que tous ces différents professionnels (bailleurs sociaux, travailleurs sociaux, secteur psychiatrique) sont soumis à un secret professionnel avec des nuances différentes mais qui posent le souci de comment articuler ou limiter le réseau. Est-ce que toutes les informations doivent être partagées entre les différents acteurs ou est-ce que justement on pose une limite dans le respect de la personne et de son intégrité ?

Ce qui est ressorti également des échanges : **chaque expérience est différente parce que chaque territoire est différent**. Chaque réseau doit être différent pour mieux coller au territoire et être mieux adapté.

Notre débat a consisté en un échange sur une situation donnée d'une personne et de sa fille en situation de souffrance dans son appartement, dont elle sort très peu et dont les conditions de salubrité sont très difficiles. Quel diagnostic proposer, quelle intervention auprès de ces personnes qui ont très peu de liens sociaux ? Les professionnels s'appuient énormément sur les personnes ressources, sur les personnes de l'entourage pour démarrer un accompagnement et ne pas s'introduire de manière un peu violente dans leur environnement.



Concernant **l'intervention de la famille** qui joue un rôle très important, la question est de savoir si la personne demande ou pas cette aide : comment intervenir dans ce cadre là s'il n'y a pas d'aide ? Comment provoquer cette demande ? Comment agir dans le cadre où la personne vit, dans son appartement, de la façon dont **elle** a choisi ? Qui est légitime pour intervenir ? Est-ce que l'on est légitime pour dire que cette façon là de vivre convient ou pas ?

Cyril Kretzschmar

Merci.

On va enchaîner de suite avec l'atelier n°2, David Grand.

David Grand, chargé de mission, MRIE

Nous avons eu un atelier assez agité, mais intéressant. Il a été question de logements alternatifs, des maisons relais. Certains ont dit « maison relais », ça va, il n'y a pas que ça. Le logement alternatif, ce n'est pas que ça !

On a beaucoup parlé du partenariat : partenariat, ce n'est pas simple, comment ça se construit, comment ça se formalise, quelle volonté il y a derrière tout ça, le partenariat c'est bien ! C'est bien d'être à plusieurs parce que seul on n'y arrive pas ! Par exemple, on voit bien que l'articulation sanitaire et sociale ce qu'elle permet par rapport à la personne : quand on se place du point de vue sanitaire, on raisonne en terme de patients ; quand on est du côté du social, on peut raisonner en terme de résidents. Tout cela peut se compléter, fonctionner ensemble (en tout cas en théorie !).

Cette pluralité des regards est importante pour accompagner les personnes.

On a évoqué aussi une question assez épineuse : la question de la formation des maitresses de maison (intervenantes dans les maisons relais). Peut-il s'agir de travailleurs sociaux ? Ou doit-il s'agir de personnes venant d'horizons divers ?

Mais il y a aussi une vie en dehors des structures. Les personnes sont aussi des citoyens. La question qui s'est posée : comment les intégrer dans l'environnement ?



On a aussi posé la question des ressources du territoire : on a vu que pour certaines maisons relais, en milieu péri-urbain ce n'est pas simple. Se pose la question de la mobilité, de l'isolement, qui évidemment a des répercussions dans l'habiter des résidents.

On a aussi vu qu'une autre maison relais implantée en quartier populaire n'avait pas toutes ces problématiques puisque de fait, il y a des habitants, des fêtes de quartier, des associations et tous sont sollicitables, mobilisables.

Puisque je suis rapporteur et que rapporteur est un bien vilain mot, voici un petit plus : j'aurais une petite frustration. On aurait pu parler politique. Les partenaires, les professionnels : ok. Mais la journée porte aussi sur comment habiter dans la cité ? J'ai entendu notamment dans l'atelier n°2, *il faut respecter la vie privée. Les résidents sont chez eux*. C'est ce que nous disent les professionnels. J'ai également entendu : *donner une âme à la maison*. C'est important. Mais je serais curieux de voir ce qu'en disent les résidents si on va leur demander : est-ce que vous êtes chez vous ? Est-ce qu'ici il y a du chez soi ? De l'intimité ? Pourquoi pas : est-ce qu'ici il y a du chez nous ? Que diraient-ils ? Est-ce qu'ils répondraient comme ça ? Ce n'est pas sûr ! C'est sans doute un peu plus compliqué que ça... Question importante que je tenais à soulever.

Cyril Kretzschmar

Merci.

C'est le tour de Thierry pour l'atelier n°3.

Thierry Morel, cadre pédagogique, ITSRA

Je voudrais commencer par souligner dans cet atelier 3 la richesse des interventions, des intervenants et de tous les participants. Pour moi aussi, ça a été un exercice difficile, frustrant mais les résultats ont été pertinents.

Que retenir ?

D'abord l'image de la partition : on a eu des pratiques diverses, des praticiens venant de tout horizon, qui ont échangé, qui ont joué ensemble. Au final, une belle mélodie, harmonieuse, et on a respecté les silences, les allégros (un peu trop peut-être !) mais pas de requiem !



Nous avons travaillé deux questions : peut-on habiter la rue ? Pas de réponse bien sûr ! Mais différentes formes d'habiter, différentes formes de publics dans la rue avec la question du choix (choix subi, choix contraint). En tout cas, des constats faisant apparaître que la rue est un espace, un lieu, un espace social, un espace de rencontres identitaires et donc structurant, un espace socialisant, resocialisant et de sociabilité, espace de ressources aussi, et espace temps avec un côté jour et un côté nuit où les pratiques ne sont pas du tout les mêmes.

La rue c'est plus qu'un seul espace, c'est un ensemble de territoires pluriels et dans ce territoire pluriel, il est assez logique que les intervenants soient pluriels. Le groupe était assez d'accord pour dire : on n'habite pas la rue. On y survit. Et même dans la question de survie, il y a des gens qui occupent ces territoires. Donc, on n'habite pas la rue. C'est la rue qui est habitée et c'est à ce titre que la rue est un secteur d'intervention, secteur psychiatrique mais aussi secteur du travail social.

Deuxième question que l'on s'est posée dans cette même logique : peut-on ne pas habiter un logement ?

Le groupe était unanime pour dire : oui, bien sûr, on peut ne pas habiter un logement. Et en disant aussi qu'il ne fallait pas avoir peur des allers-retours, qu'il manquait sans doute des étapes entre la rue et le domicile, mais en fin de compte la question du logement était moins importante que la question du lien. C'est le lien et l'accompagnement qui sont importants dans cette thématique là.

Autre point important : lorsqu'une personne a enfin accès à un logement, ce n'est pas –bien au contraire- la fin du travail d'accompagnement, mais plutôt le début. Un début d'une autre forme d'accompagnement. Toujours l'importance des paliers et des allers- retours.

On a aussi abordé dans ce groupe la question des compétences des usagers en disant qu'il fallait aussi s'appuyer sur les compétences du public, car habiter interroge d'abord la relation : la relation à l'habiter, la relation au logement. Habiter, c'est avant tout une compétence et sans doute une compétence relationnelle. Cette compétence peut se perdre pendant des années passées à la rue, mais on peut aussi la retrouver si on la travaille dans un accompagnement social ou médical. Ne pas avoir peur de ces allers-retours qui ne sont pas forcément des échecs de l'intervention.

La question de l'extérieur et de l'intérieur a été aussi abordée. Il est peut-être question non pas d'une intégration normative dans une forme d'habitat mais plutôt d'une stabilité marginale. Il faut être attentif à toutes les autres formes d'habiter. On a évoqué la question d'habiter une voiture, les camions. Mais peut-on tolérer cet habiter, cette forme d'habiter



autrement ? Le psychiatre qui est intervenu dans la première partie nous avait dit que : fuir une maison traumatisante, c'était sortir de la maison pour trouver un refuge sécurisant dans la rue. Fuir les dieux de la maison pour retrouver le Dieu de l'espace public et on est resté sur cette conclusion.

Cyril Kretzschmar

Merci. On a commencé par Diogène, on reste dans l'antiquité avec un monde qui est travaillé par des divinités qui ne sont que des échos de nos propres tourments, de nos propres ambitions...

Quelques réactions, idées de débats, pépites que vous auriez identifié(e)s dans les ateliers ? La parole est à vous.

Une participante

Est-ce qu'il y aurait possibilité dans des journées comme celle-ci d'inviter des gens en souffrance psychique à y participer ? Des personnes ayant des expériences intéressantes à rapporter ? Parce qu'on parle beaucoup d'eux... Après, je ne sais pas s'il est possible de faire participer les personnes concernées à ce genre de journée ?

Cyril Kretzschmar

Cette question a été posée lors des échanges préparatoires à la restitution. On y fera écho tout à l'heure. Mais finalement une petite difficulté à remettre le public au centre des débats, du contenu même de nos échanges et de la difficulté qu'il y a à le faire lorsque le public lui-même n'est pas présent.

A la tribune quelqu'un veut-il réagir sur la difficulté qu'il y a aussi à donner une véritable place au public dans une journée comme celle là ?

Jean Furtos

Ça s'est fait dans la journée interrégionale qui s'est tenue à Amiens : il y avait le président d'une petite association d'anciens patients psychiatriques qui était là, très participant. C'était



passionnant. Pour aujourd'hui, on n'a pas pris cette option. Les deux sont très intéressantes. Peut-être qu'on peut le regretter.

C'est aussi intéressant d'être entre intervenants en sachant que nous ne sommes pas seuls au monde et que nous ne travaillons pas pour nous... A Amiens, c'était aussi passionnant par rapport à ça aussi.

Une participante

Comme c'est une journée interrégionale, j'ai vu que vous aviez fait des fiches actions que je trouve très intéressantes mais il aurait été également bien de pouvoir rendre plus visibles les acteurs et les associations présentes aujourd'hui. Parce qu'il y a une foule de gens ici et je pense que l'on a pu se rencontrer notamment dans les ateliers ; mais il aurait été intéressant pendant les pauses de pouvoir plus particulièrement en parler à des personnes qui nous ont intéressés via notamment les fiches actions.

Cyril Kretzschmar

Pour trahir des secrets d'alcôve, il y avait bien une liste des participants disponible dans les dossiers. Mais la DRASS s'est aperçue qu'il y avait un certain nombre d'adresses mél. qui étaient des adresses personnelles. Et par souci de garantie de la confidentialité des informations personnelles des professionnels, elle n'a pas souhaité, en dernière minute, mettre cette liste de participants dans le dossier. C'est tout à leur honneur mais hélas frustrant !

Une participante

Au niveau de l'atelier n°2, il y a eu une question importante par rapport aux Maisons Relais. Effectivement, au niveau de la formation du personnel, également au niveau du financement. Il est important de ne pas l'escamoter aujourd'hui. Pour information, il s'est créé une fédération nationale des associations gestionnaires d'établissements pour handicapés psychiques qui est une mine au niveau de l'information sur ce qui peut exister en France et au niveau des compétences et des choses qui ont pu être développées au niveau de système logement, travail, loisir, etc. Cette fédération s'appelle AGAPSY (Fédération



nationale des Associations Gestionnaires pour l'Accompagnement des personnes handicapées PSYchiques). Comme association d'usagers, il y a aussi la FNAPSY (Fédération Nationale des Associations d'usagers en PSYchiatry)

Cyril Kretzschmar

Merci à vous tous.

Nous arrivons à l'avant dernier temps de notre quasi conclusion de la journée. Des réactions qui vont nous permettre de revenir aux échanges de ce matin avec Claire Lévy-Vroelant, Jean Furtos et moi-même. Donc, libre-propos à partir de ce qui a été petit à petit grappillé en écoutant les rapporteurs et en participant à quelques moments des ateliers. Claire ?

Claire Lévy-Vroelant

Je vous remercie encore parce que j'ai personnellement « attrapé » beaucoup de choses intéressantes.

On l'a vu : tout n'est pas dans le logement mais le logement, c'est plus que le logement. De toute façon, l'habiter est vraiment au cœur de ce qui fait société. C'est un défi pour chacun. C'est un défi pour penser santé mentale et précarisation.

Ce que j'ai envie de faire ressortir est en lien avec la perception qu'il y a beaucoup de changements. Je voudrais essayer de qualifier ce que j'ai perçu, un peu à la lumière de ce que je sais grâce à mes maîtres en sociologie, et à mes propres recherches. Ce changement social, je le vois dans les paradigmes de l'action que vous portez, des actions que vous portez.

Les principes, qui organisent ces nouvelles manières de faire, de penser, pourraient être déroulés sous un triple signe : la liberté, la précarité, et l'association public/privé.

La liberté, ça veut dire que l'on est bien dans une certaine ouverture, d'une largeur dans les possibilités *d'interpréter* (on a repris la métaphore musicale de la partition) avec la question



des limites. Quel est le cadre de l'action ? Toutes ces associations qui se créent, qui se font, qui se défont, dont certaines sont énormes, internationales, tandis que d'autres sont tout à fait micro locales –on a un paysage extraordinairement diversifié-. Donc une liberté qui peut aussi avoir ses aspects de difficultés inhérentes à toute liberté. C'est-à-dire la prise de risques, la recherche incertaine des limites, et peut-être de ce que j'ai un peu perçu de cette discordance entre : « on fait avec le bon sens » ou « il faut de la professionnalisation ».

La précarité : Contrairement à ce que l'on entend à toutes les sauces, on n'est pas dans le développement durable, on est dans la précarité ou plutôt on observe la montée des processus de précarisation, de fragilisation. Chacun voit bien ce que cela veut dire au quotidien. Je vais le reprendre sur la notion de temps. On n'a jamais le temps de rien ! Alors, c'est le choc des temporalités, bien plus que le choc des cultures. Mais ça revient au même en fait ! Parce que le choc des temporalités, c'est que chaque acteur de ce vaste paysage a ses propres temporalités. Le politique a ses temporalités : le politique national, et le politique collectivité locale a aussi ses temporalités, pas forcément les mêmes. L'administration a ses temporalités. On va avoir des bouleversements ! Les acteurs ont leur temporalité, les petites associations n'ont pas les mêmes que les grandes, etc. Il y a le temps psychique aussi. Il y a du temps discontinu, du temps continu et il y a le temps de l'urgence. Ça vaut la peine de le penser parce que ça participe des conditions dans lesquelles vous déployez vos actions.

La question public/Privé : c'est très important de voir qu'elle se retricote, qu'elle se redéfinit. On a parlé de partenariat, c'est un maître mot de vos débats. Public/privé tant du point de vue des principes (de l'action publique et de l'action privée qui sont portées chacune par des principes définis depuis longtemps, etc., qui changent aussi), mais aussi par la nature des acteurs.

Tout cela va chercher loin puisque ce que vous essayez d'inventer participe de quelque chose qui se transforme dans ce que l'on peut appeler le régime de l'État social, ou de l'État providence qui n'est plus providentiel du tout. Ça participe de tout ça et bien sûr on cherche un espace partagé. Cet espace partagé est en train de se construire avec des partenariats indispensables. Ce qui fait consensus, c'est la nécessité de ce langage commun, à la recherche de ce langage commun et peut-être des valeurs communes : la personne au centre, bien que l'on peine à la trouver, la personne ! La solidarité, l'écoute, le respect, etc.



Pour finir, je dirais : est-ce qu'il y a une vie en dehors des structures, des institutions ? On n'a pas beaucoup parlé de la société civile, des voisins, de la famille. Ce n'est peut-être pas par hasard. Puis, on n'a pas parlé de l'argent : qui paie quoi ? Comment ça se mutualise ? Les rapports de domination aussi méritent notre attention, parce qu'il y a du pouvoir qui circule. Et puis, finalement, les questions de prise de décision parce qu'à un moment donné, dans ces espaces que vous habitez, dans votre activité professionnelle, il y a des prises de décisions qui syncopent le temps et on ne sait pas toujours très bien comment ça se passe.

Voilà tout simplement mes réflexions. A nouveau, merci beaucoup.

Cyril Kretzschmar

A mon tour, et j'enlève ma casquette d'animateur pour intervenir de manière tout à fait libre par rapport à cette journée. Quelques pépites, une ou deux interrogations et des tentatives de recommandations.

Quelques pépites : Monsieur Celdran nous parlant de Diogène qui nous amène petit à petit aux Don Quichotte !

Claire Lévy-Vroelant nous parlant de l'interprétation avec tous les sens que l'on a pu petit à petit nous-mêmes tisser pendant cette journée.

Des limites : terme qui nous a beaucoup inspiré. Ça a fait écho à une définition, on a cherché l'étymologie latine et grecque. Latine = les frontières. Grecque = la ceinture. Et puis, j'ai pensé l'origine mathématique. Les limites, c'est en fait la tendance vers l'infini. Nous avons à nous accorder sur nos limites professionnelles pour mieux rechercher des valeurs communes qui nous amènent vers une transcendance ; dans notre travail, dans nos objectifs, la transcendance, c'est la recherche de l'infini.

Jean Furtos qui nous formule cette apostrophe : il faut vectoriser l'indétermination entre le social et le psychique. J'ai failli le reprendre en disant : que veux-tu dire par là ? Et puis, j'y ai réfléchi tout au long du repas et donc : vectoriser l'indétermination, c'est encore une fois une formule mathématique, la vectorisation. La possibilité en fait de partir de points figés : il y a le social d'un côté, le psychique de l'autre pour aller vers une dynamique commune. Donc, vectoriser, mettre en mouvement, permettre d'un point à aller vers un autre.

Autour de la question du partenariat : cette définition de la vectorisation m'a aussi pas mal stimulé.



Des pépites aussi sur les ateliers : Emmanuelle Gouyet, dans l'atelier n°3, qui parle du choc qu'elle a vécu et du choc qu'on a vécu avec elle dans cet atelier sur sa première analyse de pratique avec un psychologue ; alors qu'elle est confrontée au quotidien à des situations très dures de personnes de la rue qui souffrent, parfois qui meurent et qu'elle accompagne. Moment très fort de cet atelier.

L'atelier n°2 où les trois intervenants Christine Sénéchal, Patrick Bédiat et Sabine Carriat tricotent ensemble sur ce qui s'invente autour des maisons relais, des résidences accueil ; tout un tas d'autres formules alternatives qui ne sont ni de la rue, ni du logement « ordinaire » mais pas vraiment du spécifique comme on le connaît depuis un certain nombre de décennies aussi.

Dans l'atelier n°1, cette étude de cas qui a été proposée par Benoît Eyraud, les lectrices à la bougie. Les personnes ont travaillé pendant une demi-heure sans jamais connaître finalement la fin du fin de cette situation. Je ne sais pas si Benoît pourra nous livrer ce qu'il s'est passé au bout du compte.

Des interrogations : elles faisaient écho à ce qui a été posé tout à l'heure. Cette journée est une journée de professionnels qui échangent sur leurs interrogations professionnelles entre professionnels. Ça a tout à fait sa place et on a pointé les limites. Le public, la société, la famille, les interactions avec l'ensemble de ces acteurs-là, sont forcément un petit peu absentes. Je me suis interrogé aussi sur la manière dont, dans une démarche comme celle de cette journée interrégionale, pouvait se trouver d'autres échos, d'autres lieux, qui permettent de travailler pour le coup avec ces acteurs-là, les publics, les familles, la société.

Des interrogations liées également aux méthodes de travail plus centralement que sur l'objet même du travail. J'en ai beaucoup appris sur vos pratiques mais beaucoup moins sur la problématique de la santé mentale confrontée à la problématique du logement, ou l'inverse d'ailleurs. Là aussi, ça me semble tout à fait normal compte tenu de cet objectif de mise en débats entre professionnels mais c'est une petite frustration personnelle pour moi qui ne suis pas du tout un spécialiste du sujet et sur lequel le renvoi vers un certain nombre de textes, ceux notamment de l'Orspere, des travailleurs sociaux, des psychiatres, etc., doit nous appeler à la curiosité.

Je sors de cette journée avec une envie d'aller encore plus vers ces contenus, vers cette connaissance, vers cette pratique.

Les recommandations : on a beaucoup parlé de partenariat, et je me permets de vous suggérer des réflexions sur comment organiser le partenariat. Quelques bonnes vieilles lectures, ou quelques bonnes idées de pratiques issues des modèles de la coopération.



Faire travailler ensemble des acteurs différents, qui ont des identités professionnelles différentes, mais qui sont rejoints par des valeurs communes (c'est ce que Claire Lévy-Vroelant a rappelé), il y a l'intérêt de l'objectif vis à vis du public mais il y a aussi des valeurs qui transcendent très fortement et qui irritent très fortement l'ensemble des professionnels. C'est l'utopie principale de la coopération. L'organisation coopérative inventée en France entre 1830 et 1870 et qui a quelques bons auteurs comme Charles Henry Gide ou Henri Desroche qui peuvent beaucoup nourrir les questions que l'on se pose sur l'organisation de partenariat.

Pour aller plus loin, au-delà d'une journée comme celle-là sur la nécessité qu'il y a sans doute à distinguer, comme ça a été fait dans les ateliers cet après-midi, les publics et les problématiques également. Il me paraît difficile d'aller plus loin si on ne distingue pas ce qui va être de la problématique spécifique des personnes en forte déserrance et/ou des personnes en souffrance psychique. On est sur des univers, des problématiques qui sont assez radicalement différentes.

Sur les problématiques également, puisqu'on l'a vu, les trois ateliers autour de la problématique de la rue, du logement spécifique et du logement ordinaire ont des caractéristiques des formes d'accès, des enjeux qui sont différents dans leur mise en pratique. Les problématiques qui sont les mêmes, mais la façon de mettre en avant les solutions et de réussir véritablement l'accompagnement de parcours, est assez différente.

Jean Furtos

Je trouve intéressant, puisqu'il y a eu une reprise des ateliers et que nous avons dit les uns et les autres des choses qui paraissaient importantes, de reprendre des éléments issus des questions posées à la table ronde de ce matin. Nous n'en avons pas eu le temps, alors qu'il y avait des choses fondamentales.

Sur la vectorisation : j'ai dit que l'on sortait de l'indétermination par une vectorisation portée par le souci de santé mentale pour autrui et -j'ajoute- pour soi-même. Le souci de santé mentale pour autrui (on est payé pour ça, ou bénévole pour ça, motivé pour ça), et pour soi-même (c'est la question des équipes, des hiérarchies, du réseau) ; on a vraiment besoin de penser à notre santé mentale parce le métier est passionnant mais difficile. Tenir debout en bonne santé, c'est la moindre des choses sinon on ne peut pas aider les autres.

Sylvie Giry, ce matin, au nom des bailleurs, a rappelé une chose qui nous a beaucoup surpris à l'Orspere : les bailleurs publics (les bailleurs privés sont beaucoup plus discrets



même si Jean-Jacques Tabary nous a rappelé qu'ils étaient là et actifs) sont mobilisés parce qu'il y a beaucoup de gens qui vont mal et ils n'ont pas envie du tout de se contenter d'expulsion, de rappel à la jouissance paisible du bail, etc., ils ont eu envie, ces dernières années, de plus que ça : travailler avec les secteurs de psychiatrie, avec les communes. Il faut insister sur cet aspect éthique d'un grand nombre de professionnels. Là, il s'agit des bailleurs qui veulent faire correctement leur travail en prenant en compte les vulnérabilités, les précarités. Je n'en dirais pas plus sauf qu'il y a tout de même beaucoup d'expériences chez les bailleurs publics avec des médiateurs, du travail, avec les mairies, les CCAS, les équipes de psychiatrie, etc.

Une chose n'a pas été précisée ce matin : quand il y a un problème de « voisinage », qui va parler avec la personne qui trouble ? Nous avons trouvé dans une recherche-action non encore publiée que plus les gens étaient troublants, moins on avait de facilité à aller les voir es qualité : « écoutez, Monsieur, Madame, je viens vous parler parce qu'il y a un problème avec vous, est-ce que l'on peut en parler ? » ou des jeunes qui font du bruit la nuit. Alors, on fait tout autour d'eux, et personne ne va leur parler ! Il y a une sorte d'évitement de la personne troublante au bénéfice des personnes troublées. Cela nécessite un certain courage, le courage ordinaire de la parole qui n'est pas extraordinaire, mais auquel on ne pense pas toujours.

Jean-François Domas a beaucoup parlé des pathologies : dans son expérience, c'est important de savoir qu'untel est psychopathe, un autre paranoïaque, un autre schizophrène..., Ils travaillent comme ça, ça les aide ; les psys collaborent au partenariat avec les travailleurs sociaux, les éducateurs ont une déontologie partagée : très bien. Dans beaucoup d'autres endroits, par contre, la question du secret partagé (qui est une très mauvaise dénomination -on ne partage pas un secret !-, il faut parler du **souci de santé mentale partagé**) pose des questions qui pourraient être dites au niveau de la déontologie qu'on élabore quand on travaille. Sur la réalité de la santé mentale, il y a beaucoup de malades mentaux dans la rue, ou dans la grande précarité (autour de 30 à 40% dans les statistiques mondiales). Samira Richer a fait un article dans l'ouvrage « Les cliniques de la précarité ⁴⁸ » : 40%, mais parmi nous aussi⁴⁹ . Sauf que parmi nous, ce que l'on appelle pathologie, ce sont des petits signes qui passent inaperçus sauf pour nos proches parce que nous avons les étayages sociaux convenables et que ces étayages font que nos petites, ou

⁴⁸ Cf. sus cité.

⁴⁹ Bellamy V., Roelandt J.L., Caria A., « troubles mentaux et représentations de la santé mentale : premiers résultats de l'enquête *Santé mentale en population générale* » DREES, Etudes et Résultats, n° 347, octobre 2004, disponible sur www.sante.gouv.fr/htm/publication



nos moyennes ou nos grandes pathologies, la plupart du temps, passent inaperçues. Nos collègues de Montréal, ou d'Amérique du Nord réinterrogent cette histoire de la pathologie, en disant : oui bien sûr, il y a une surreprésentation de la morbidité, c'est indiscutable, mais il faut voir que dans le contexte de la grande précarité, il y a des raisons raisonnables d'aller mal et de s'aggraver.

Une autre chose que Samira Richer a trouvé dans la littérature internationale : ce qui favorise le fait de ne pas habiter dehors ou d'habiter à la rue, qui n'est pas une façon d'habiter si j'ai bien compris, ce n'est pas forcément la gravité de la pathologie, mais dans les pathologies authentiquement psychiatriques reconnues, c'est la gravité des ruptures avec les premiers objets familiaux. Ce sont les ruptures sociales qui sont plus importantes pour être sans domicile que la gravité de la pathologie elle-même. Ce n'est pas la gravité de la schizophrénie qui conduit à la rue –même si la schizophrénie peut désocialiser-, c'est la gravité des ruptures précoces de liens.

Jean-Jacques Tabary a tout de même insisté, en tant que psychiatre, sur le fait qu'il n'y a que les psys qui font des psychothérapies y compris dans le logement. Ensuite, quand il a été confronté à une question, il a reconnu que c'était plus compliqué que ça, qu'il y avait des gens du social qui travaillaient très bien, peut-être mieux que certains psys. En fait, il faut reconnaître qu'il y a une extension du champ de la clinique et j'en parlerai tout à l'heure avec la disparition des psychiatres.

Concernant les élus : ce qu'il y a d'important avec eux, c'est leur apparition croissante. Ils ont toujours été importants dans le champ de la santé publique depuis le 19^{ième} siècle, plus que l'Etat d'une certaine manière, même si l'Etat donnait les grandes indications. Il semble qu'actuellement, en ce qui concerne la précarité, et peut-être avec une certaine diminution de l'importance concrète des services déconcentrés de l'Etat comme les DDASS (aujourd'hui cette journée a été organisée par les DRASS, donc, il y a toujours l'engagement de l'Etat et des services déconcentrés), il y a une diminution des responsabilités concrètes de l'Etat en termes de santé mentale et une augmentation de celles des élus municipaux et autres élus locaux qu'il faut reconnaître, authentifier. Nous avons fait des recherches là-dessus avec un rapport⁵⁰ qui est sorti, que vous pouvez vous procurer à l'Orspere, sur ce

⁵⁰ Rapport « Les élus locaux face à la souffrance psychosociale : de la sollicitude au politique », Séminaire DIV/ONSMP-ORSPERE, les éditions de la DIV, nov. 2005.

« Santé mentale et ordre public : quelles compétences pour les élus locaux ? », actes de la journée d'étude de Nantes, 9 octobre 2006, ESPT, ONSMP, DIV, DGS.



thème ; dans les grandes villes, ce sont souvent les adjoints, dans les petites villes, ce sont les maires, mais il y a de fait une augmentation croissante de l'investissement des élus.

Il faut, disais-je, préparer la diminution du nombre de psychiatres. Ce n'est pas du tout une catastrophe. Ça va poser des tas de problèmes au niveau des institutions. Il y a un ou deux ans, il y avait 12 000 psychiatres. En 2015, il y aura 7 000 psychiatres. Pour mémoire, il y a 3 000 psychiatres en Angleterre : tout cela est relatif ! Et il y a peut-être 10 psychiatres au Rwanda.

Mais par rapport à nos habitudes, aux institutions de la République que nous animons, et aussi au privé, évidemment, ça va poser des problèmes. Peut-être qu'il y aura des psychiatres étrangers qui viennent déjà du Maghreb ou d'Europe de l'Est qui font un travail tout à fait remarquable. Le plus probable, c'est qu'il va y avoir une montée en charge des psychologues, des infirmiers, dont le niveau de compétences va être reconnu davantage, des travailleurs sociaux en psychiatrie, mais aussi de tous les partenaires de la psychiatrie. Ce qui se passe aujourd'hui, et ce qui se passe depuis ces 10 / 15 dernières années, c'est un transfert de technologie et d'autorisation. Car souvent on dit « je ne suis pas médecin », « je ne suis pas psychiatre », comme si on était naïf, vierge de toutes connaissances médicales, psychologiques. Evidemment, il y a des métiers. Mais, ce qui se passe dans les réseaux, c'est un transfert de connaissances, de savoir-faire, de savoir-être, qui sont d'ailleurs réciproques, y compris avec les bénévoles et les usagers qui sont nos principaux maîtres. Il faut anticiper que ce que l'on appelle le champ de la santé mentale, soit un champ qui dépasse de plus en plus, par la préoccupation de santé mentale, la discipline de la psychiatrie ; la psychiatrie sera une servante obligatoire et fidèle de la santé mentale dont l'importance quantitative inexorablement va diminuer du fait de la décision de l'Etat de diminuer les spécialistes.

Nous sommes dans une époque de transfert, de savoir-faire et d'autorisation. Christian Laval fait une étude européenne sur les modifications des professionnalités en Europe, la manière d'intervenir en santé mentale est extrêmement diverse : il y a des métiers qui changent, des nouveaux métiers qui apparaissent. De ce fait, nous sommes dans une conjoncture passionnante mais aussi critique. C'est-à-dire que nous ne sommes pas prophètes et que nous faisons au fur et à mesure.

La pépite que j'ai entendue a été dite deux fois : par Jean-Jacques Tabary et Françoise Nouhen : « ça marche surtout si on n'attend rien ». Ça ne veut pas dire qu'il ne faut rien attendre. On attend toujours que les gens aillent mieux, on est toujours déçus quand les gens ne vont pas mieux, quand on butte contre la répétition, contre l'échec, contre la



destructivité. Mais je trouve ça formidable, dans une problématique où tout est protocolisé, où tout doit être évalué très vite, et où il faut quelquefois accepter de pactiser avec ces évaluations rapides (qui par ailleurs ont certains intérêts, il faut le reconnaître). A côté du temps de l'urgence, qui est le temps mammiférien, le temps de ne pas mourir en tant que mammifère (s'il y a une hémorragie, il ne faut pas perdre son sang, s'il fait froid, il ne faut pas mourir de froid, si on n'a rien à manger, il ne faut pas mourir de faim ni de soif... Et si on a une maladie, il vaut mieux se faire soigner !), Il y a le côté de la vie, comment on vit, également important. Et là, nous entrons dans le temps long. Le temps d'une vie, de la transmission des générations, des métiers. Dans ce sens, ça marche, si on n'attend rien. Ça me paraît mettre au repos notre imaginaire où l'on veut que l'autre aille bien et ça me renvoie à ce que disait un psychanalyste, Denis Vasse : « L'interprétation marche surtout si l'on n'y tient pas ». On dit ce que l'on a compris, on dit ce qui nous semble bien et puis ça marche ou pas. Mais par contre, on ne baisse pas les bras, on continue.

Je retiens aussi de cette matinée que les normes se co-construisent. Ce que vous disiez Claire, il y a les normes édictées par l'Etat, les valeurs, les droits. Parlons d'une manière simpliste : il y a les normes données par l'Etat et la loi. Il y a les normes professionnelles qui sont très décalées avec le grand écart entre ce qui est prescrit et les normes du métier, les métiers se transforment. Et puis, il y a les normes des gens avec lesquels nous travaillons, qui sont quelquefois à mille lieux des normes de l'Etat et de nos propres normes professionnelles. C'est tout cela qui crée une conflictualité qui n'est pas inintéressante à faire remonter au plus haut niveau et à accepter, à notre niveau même d'amour propre, comment ce conflit des normes nous le gérons sans amour propre excessif en suivant le processus et en acceptant que les autres ne soient pas comme nous voudrions qu'ils soient, éducativement parlant.

Pour terminer, nous n'avons pas parlé ni d'argent, ni de la loi Dalo... Nous savons que cela existe, que ce n'est pas simple. Nous avons beaucoup parlé de nous et de notre manière de procéder. Par rapport à notre propre santé mentale, c'est bien, parce que si nous restons vivants, intelligents, réflexifs, nous serons meilleurs pour être ce que les gens attendent de nous et pour devenir minuscules quand les gens n'auront plus besoin de nous. Il y avait récemment à l'Orspere une réunion d'un groupe qui travaille sur les accueils de jour et une équipe présentait un cas : c'était extraordinaire. On voyait très bien, à un moment précis, c'était datable, en 2005, sur 7 ans de raconté, comment cet homme qui était « un déchet humain » dans son apparence normative, à un moment donné, s'est mis à changer, à se couper les cheveux, il est allé dans une autre association et petit à petit les gens de l'accueil



de jour qui le recevaient avec une immense patience, en acceptant sa manière d'être, sont devenus plus petits pour lui, et il est moins venu.

La personne au centre ? Attention ! Ne renforçons pas la mégalomanie de ceux que nous aidons ! Mais s'ils sont au centre et si ce n'est pas une langue de bois, ça veut dire que quand on est quelquefois dans la grande précarité ou dans le grand malaise, la grande détresse, il faut avoir l'impression que nous créons le monde autour de nous, que nous créons les aidants, qu'ils sont exactement à la place que nous voulons qu'ils soient, parce que nous sommes dans une telle détresse, comme le bébé, que nous avons besoin de créer la mère, l'aidant, le monde à notre mesure. Alors, là oui, on peut parler d'une intervention ou d'une école ou d'une médecine ou d'un travail social centré sur le patient... Mais ensuite, le but n'est pas qu'il soit au centre. Le but est que le patient devienne un parmi d'autres dans le socius. C'est-à-dire qu'il prenne sa place avec ses petites misères, ou ses grandes misères, qu'il ne reste pas au centre du tout. Sinon, ça devient presque de la démagogie ou un transfert de mégalomanie. A un moment donné, il faut qu'ils aient l'impression qu'ils sont dans la puissance et ensuite un parmi d'autres, si c'est possible.

Pour terminer : j'espère que vous, que nous restons insatisfaits de cette journée. Non seulement parce qu'il y a eu un atelier plus agité que les autres. Mais on fait des métiers où on ne peut pas se permettre d'être satisfaits. On peut se permettre d'être contents, d'être heureux de certains trucs. Mais fondamentalement, plus on travaille en réseau, plus les gens sont insatisfaits parce qu'on s'aperçoit du travail qu'il reste à faire. Dans la société précarisée qui est la nôtre, ce travail est immense.

Il faut remercier :

- les directeurs régionaux des affaires sanitaires et sociales de Rhône-Alpes et Auvergne dont Monsieur Celdran qui est resté toute la journée et qui nous a rappelé que l'Antiquité était la genèse du monde et qu'il faut rester jeune !
- Brigitte Thévenot et Marie-Claude Didierlaurent de la DRASS Auvergne, Joëlle Guélé, cheville ouvrière fondamentale, Chantal Autin et Catherine Lombard, de la DRASS Rhône-Alpes
- tous les animateurs, rapporteurs, vous-mêmes qui êtes présents,
- Valérie Battache, Claudine Bassini de l'Onsmp-Orspere
- l'espace Albert Camus et son régisseur.

Les remerciements ne sont pas de convenance parce que c'est tout cet ensemble qui fait que la mayonnaise prend et que l'on a envie d'y être et de continuer.



Cyril Kretzschmar

Merci Jean. Nous allons demander à Pierre Larcher de venir nous rejoindre.

Dans la série des regrets, il y a quelques questions écrites posées ce matin qu'on n'a pas eu le temps d'aborder, notamment la question de la mise en place de la loi 2002, la démocratie participative qui cacherait le vrai problème de la carence du logement, l'activation du Samu social, les problématiques des équipes mobiles de psychiatrie avec une invite très forte à Jean Furtos pour aller contacter l'équipe mobile de psychiatrie de Lyon, par exemple

.

Monsieur Larcher, vous avez le mot de la fin.



3^{ème} Journée interrégionale Santé Mentale et Précarité Rhône-Alpes, Auvergne

« Comment habiter dans la cité ?

Difficultés, partenariat, accompagnement »

Dr Pierre Larcher⁵¹

Monsieur le Directeur Régional, Mesdames, Messieurs,

En 1995, le rapport Lazarus « Une souffrance qu'on ne peut plus cacher » a fait l'effet d'une bombe en montrant comment la souffrance mentale était bien présente et forçait à dépasser de très loin les seules maladies mentales, ce que vient encore de nous rappeler Jean Furtos.

Dès les premiers PRAPS, en 2000, il est apparu que la « santé mentale » était un problème ressenti comme prioritaire dans 16 régions sur 23, ce qui, d'une part, a suscité de multiples initiatives de terrain et d'autre part, a provoqué de la part des gouvernements successifs une inflation de demandes de rapports, allant tous plus ou moins dans le même sens, pour déboucher finalement sur le plan « Psychiatrie et santé mentale 2005-2008 ». Au point 4.4.1. de ce plan : « Favoriser la prise en charge des besoins en santé mentale des personnes en situation de précarité et d'exclusion », étaient prévues plusieurs dispositions dont il a été fait état aujourd'hui :

- L'amélioration et la multiplication d'équipes mobiles de psychiatrie pour aller rencontrer les personnes vulnérables dans les lieux où elles sont ou se rendent spontanément : il y en a 70 qui fonctionnent actuellement ;
- la participation des équipes psychiatriques à la mise en œuvre de lits-halte-soins-santé qui se multiplient sur tout le territoire pour permettre à des personnes dont l'état ne justifie pas une hospitalisation, mais qui ont besoin de garder le lit quelque temps, de le faire, alors qu'elles n'en ont pas ou ne pourraient le faire dans de bonnes conditions : il y en a 671 actuellement ;
- il était aussi prévu la réalisation et la diffusion d'une plaquette pédagogique sur le thème « Souffrances psychiques, troubles de la santé mentale : le rôle et la place du

⁵¹ Direction générale de l'action sociale.



travailleur social », qui vient d'être rééditée par le Ministère et peut être demandée à la DICOM. Vous la connaissez sûrement ;

- il était également prévu « la diffusion par l'Observatoire National des pratiques en Santé Mentale et Précarité (ONSMP-ORSPERE) d'éléments méthodologiques pour impulser et soutenir localement les pratiques pluri-partenariales adaptées à ces publics ».

La mise en œuvre en a été prévue dans la convention liant l'ONSMP-ORSPERE à l'État, sous la forme d'animation de réunions interrégionales dont la logistique serait assurée par les DRASS et dont nous voyons le troisième exemple aujourd'hui, après Haute-Normandie – Nord-Pas-de-Calais – Picardie, puis Bretagne – Pays-de-la-Loire. Des retards de versement des subventions ont contraint à ne pas pouvoir les démarrer dès 2005, les calendriers ne permettaient pas d'en monter en 2006, les échéances électorales de 2007 s'en sont mêlées et finalement, cette troisième réalisation entre deux régions a pu être montée, sur un thème du plan « Psychiatrie et santé mentale » qui était de plus en plus présent avec l'émergence des réseaux en psychiatrie puis la réalisation par le Conseil Supérieur du Travail Social d'un ouvrage maintenant publié par l'ENSP sur l'articulation du sanitaire et du social.

Vous avez pu voir au fil de cette journée que le thème choisi (Comment habiter dans la cité ?) est suffisamment concret et accessible par tous pour être un excellent support pour une réflexion prospective.

C'est une dynamique qui se met en route et qui ne va pas s'arrêter là : vous serez suivis avant la fin de l'année par PACA, avec peut-être Languedoc-Roussillon et Corse et, début 2009, sera effectuée une synthèse de l'ensemble au cours d'une rencontre nationale.

Ces actions ne resteront pas isolées : la transversalité nécessaire sur ces thèmes se développe beaucoup dans les ateliers santé ville (ASV) dont la journée nationale, le 5 décembre 2008, tirera les leçons ; à un niveau régional, les DRASS et DDASS ont reçu une nouvelle circulaire concernant la mise en œuvre des PRAPS de 3^{ème} génération, dont depuis 2000, la déclinaison locale se fait dans les ASV : tenant compte du fait qu'aujourd'hui, les politiques de santé sont définies dans les régions par le Groupement Régional de Santé Publique, en fonction d'une part des besoins régionaux et d'autre part de la déclinaison des plans nationaux ; l'État n'est plus que l'un des partenaires du GIP, avec les collectivités territoriales, les institutions, les associations, etc. Néanmoins, la loi continue à s'imposer à tous, et les articles 1 et 2 de la loi relative à la politique de santé publique d'août 2004 sont



sans ambiguïté : la prise en compte de la santé des plus vulnérables doit être au cœur de tous les plans déclinés dans le Programme Régional de Santé Publique, et pas seulement du Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins (PRAPS).

C'est pourquoi cette circulaire prévoit une remise en cohérence de l'ensemble, en demandant que soit nommé un « référent santé/précarité régional » dont le rôle principal sera de s'assurer de la bonne application de la loi dans chacun de ses plans pour que s'instaurent toutes les passerelles indispensables, comme on a pu le voir aujourd'hui entre le PRAPS, le plan Psychiatrie et Santé Mentale et par exemple les plans départementaux d'action pour le logement des personnes défavorisées (PDALPD) ou le plan santé environnement pour ce qui touche au logement.

Cela risque d'être un outil précieux dans la nouvelle configuration qui va se mettre en place en 2009 entre les nouvelles ARS dont le champ sera beaucoup plus vaste que par le passé en ce qui concerne la santé et la protection sociale, et les directions régionales ou interdépartementales de la cohésion sociale qui assureront au même niveau régional le complément social, d'égalité des genres, etc.

C'est une nouvelle dynamique qui, à travers les ASV et les PRAPS, commence à être bien mise en place dans les régions, et il n'y a aucune raison qu'elle perde les acquis de l'expérience de la configuration précédente. Nous en attendons un renouveau de la prise en compte des plus démunis par l'ensemble des acteurs, dans la plus grande transversalité.



Quelques éléments de bibliographie

- Plan Psychiatrie et Santé Mentale, 2005-2008
www.sante.gouv.fr
- Les cliniques de la Précarité, Jean FURTOS
PUF, 2008
- La France invisible, sous la direction de Stéphane BEAUD, Joseph CONFAVREUX, Jade LINDGAAR,
La Découverte, Paris, 2007, 647 pages
- Repenser la solidarité, Serge PAUGAM
PUF, Le Lien social, 2007, 980 pages
- L'état des inégalités en France - 2007 – Louis MAURIN, Patrick SAVIDAN
Observatoire des inégalités, Belin, 2007, 253 pages
- La pauvreté en héritage, Martin HIRSCH,
Robert Laffont, 2006, 234 pages
- Regards croisés sur la précarité en Auvergne
Les dossiers n° 15 – mai 2006,
INSEE Auvergne, 80 pages
- L'articulation du sanitaire et du social – travail social et psychiatrie, Marcel JAEGER – Collection Action Sociale, Dunod 2006, 192 pages
- L'épreuve des inégalités, Hugues LAGRANGE et Al.
PUF, Le Lien Social, 2006
- La précarité, Patrick GINGOLANI
PUF, 2005 – collection Que sais-je ? 126 pages
- Souffrance ou troubles psychiques : rôle et place du travailleur social
DGS-DGAS, 2005
Document en ligne sur le site du ministère – www.sante.gouv.fr
- Santé mentale, ville et violences, Michel JOUBERT et Col, Ères obvies
Universités Paris VIII, 2003, 357 pages
- Les naufragés, Patrick DECLERCK, Plon, Collection Terre Humaine,
2001, 458 pages



- Prise en charge de la souffrance psychique et des troubles de la santé mentale dans les situations de précarité et d'exclusion
Groupe de travail ministériel, juin-novembre 2001 – en ligne sur le site du Ministère www.sante.gouv.fr
- Les élus locaux face à la souffrance psychosociale : de la sollicitude en politique
Séminaire DIV/ONSMP-ORSPERE – www.ville.gouv.fr
- Le maire et le psychiatre : ensemble pour la santé mentale : actes de la journée de Grenoble – 13 mars 2007 – espt.asso@orange.fr - www.espt.asso.fr

Rapports :

- Souffrance psychique et exclusion sociale, rapport du Professeur Philippe-Jean PARQUET, septembre 2003
- Plans d'actions pour le développement de la psychiatrie et la promotion de la santé mentale, rapport de Philippe CLERY-MELIN, Viviane KOVESS et Jean-Charles PASCAL, septembre 2003
- « Décloisonnement et articulation du sanitaire et du social », rapport groupe de travail du Conseil Supérieur en Travail social (juin 2006)
- « Sortir de la rue », rapport du jury d'audition. Conférence de consensus (05/12/2007)

Revues

- Pluriels – lettre de la Mission Nationale d'Appui en Santé Mentale
www.mnasm.com
- Rhizome, bulletin national édité par l'observatoire national des pratiques en santé mentale et précarité (ONSMP-ORS- PERE) avec le soutien de la Direction Générale de l'Action Sociale
www.ch-le-vinatier.fr/orspere



Les travaux régionaux :

- Guide santé mentale et logement « Grand Lyon » Mission Habitat Grand Lyon – msgorbini@grandlyon.org
- Guide santé mentale (Grenoble)
- L'accès et le maintien dans le logement des personnes ayant des difficultés de santé mentale – Union sociale pour l'habitat « Les revues » - www.union.habitat.org



Fiches action des expériences présentées

Journée interrégionale santé mentale et précarité

26 juin 2008

FICHE ACTION

Atelier n°2 – Résidence accueil « Les acacias » de Vichy

DÉPARTEMENT : ALLIER

- INTITULÉ : Projet de résidence accueil les Acacias 03200 Vichy
- DESCRIPTIF : Projet d'hébergement dans un immeuble comprenant 10 appartements, avec la présence d'un hôte.
- OBJECTIFS :
- Accompagnement médico-social en vue de favoriser l'accès et le maintien en logement adapté ou ordinaire.
- Intérêt d'un partenariat éprouvé sur les vingt dernières années
- PUBLIC CIBLÉ : Handicap psychique.
- INTÉRÊT : Insertion sociale, qualité du logement.
- LIEU : Vichy
- CONTACT : Association Les Acacias
Sabine Carrias, Laurence Gembara
47 rue Maréchal Joffre - 03200 Vichy
Tél. : 04.70.98.34.96
Sabine.Carrias@ch-vichy.fr Laurence.Gembara@ch-vichy.fr



Journée interrégionale santé mentale et précarité

26 juin 2008

FICHE ACTION

Atelier n° 3 : Accompagnement de personnes issues d'un long parcours de rue

DÉPARTEMENT : Drôme (26)

INTITULÉ : Accompagnement de proximité des personnes issues d'un long parcours d'errance, vers l'accès et le maintien dans le logement

DESCRIPTIF : Accompagnement atypique et multi-dimensionnels en vue de l'autonomie de la personne prise dans sa globalité.
Fort partenariat dans cette action adaptée plus aux besoins de la personne qu'au dispositif lui-même mis en place.

OBJECTIFS : « Habiter soi », autonomie et sortir du milieu de la rue et de l'errance

PUBLIC CIBLÉ : Personnes issues d'une errance longue (plusieurs années)
Inscription dans le réseau de l'errance sans autre repère
Désir de rompre avec la rue.

INTERET : Adaptation de l'accompagnement au cas par cas.
Mode d'intervention à la carte selon l'évolution des personnes en lien avec une multiplicité de partenaires.
Pas d'inscription limitée dans la durée.

LIEU : Valence.

CONTACT : Diaconat Protestant service de l'Entraide accueil de jour. Chef de service : Emmanuelle GOUYET 06.82.99.98.28



Journée interrégionale santé mentale et précarité

26 juin 2008

FICHE ACTION

Atelier n°3 : « Habitat précaire et rue : accompagnement, limites, conditions de réussite ».

DÉPARTEMENT : Puy de Dôme

INTITULÉ : Equipe mobile de psychiatrie et précarité de Clermont Ferrand. Vers la reconnaissance d'un nouveau secteur de soin psychiatrique : la rue.

DESCRIPTIF :
de l'équipe

- 1) 3 infirmières psychiatriques à mi temps.
- 2) Un cadre infirmier (0.1 ETP)
- 3) Une éducatrice temps plein
- 4) Une secrétaire à mi temps
- 5) Un médecin psychiatre vacataire (0.1 ETP)
- 6) Un médecin psychiatre coordonateur (0.2 ETP)

Nous intervenons sur l'agglomération de Clermont Ferrand auprès des personnes en très grande précarité en partenariat avec les équipes de travailleurs sociaux (Accueil de jour, Centres d'hébergement, collectif précarité, SAO, Maraude, Accueil Jeune, éducateurs de rue).

OBJECTIFS : Notre équipe mobile de psychiatrie et précarité est une équipe « jeune » qui a été mise en place en novembre 2007. Notre expérience est donc parfaitement limitée. Toutefois nous avons pu d'emblée repérer un certain nombre de point spécifiques, nouveau dans notre pratique, que nous avons souhaité présenter.

PUBLIC CIBLÉ : Pathologies mentales variées : psychoses aiguës ou plus souvent chroniques désinsérées, nombreuses conduites addictives, jeunes en errance avec troubles de personnalité type états limites (antécédents traumatiques fréquents) ou psychopathiques.

INTERET :
Populations aller vers rePrendre soin

- 1) La spécificité des populations rencontrées en termes de pathologies mentales marquées par le déni et la méfiance à l'égard de l'institution: développer « un aller vers »
- 2) la spécificité de notre équipe et de l'intérêt majeur de la fonction d'infirmière dans la construction du lien en vue du « prendre soin ».

Apport de nos partenaires

- 3) La richesse de la réflexion issue de l'interaction avec les travailleurs sociaux, partenaires de la rue: prendre conscience des différentes temporalités : soignantes, éducatives, sociales

La rue est un secteur

- 4) La construction d'une pensée nouvelle permettant de considérer la rue comme un lieu d'habitat où l'intervention psychiatrique devrait être pensée comme dans n'importe quel secteur de soin.

LIEU : La rue comme lieu d'habitat et donc comme secteur de soin

CONTACT : gbrousse@chu-clermontferrand.fr a.benjelloun@clermont-groupe-sainte-marie.com



Journée interrégionale santé mentale et précarité

26 juin 2008

FICHE ACTION

Atelier n° 3 : Habitat précaire et Rue Accompagnement, limites, conditions de réussite

DÉPARTEMENT : 69 - Rhône

INTITULÉ : Centre d'Accueil et d'Orientation – Association Le MAS – Mouvement d'Action Sociale

DESCRIPTIF : Apprivoisement et création de lien avec des personnes extrêmement désocialisées.
Travail d'accompagnement dans la durée autour de la fonction mémoire du service.

OBJECTIFS : Accompagner dans le temps les demandes d'hébergement ou de logement, les confronter à la réalité, les adapter dans le temps selon les expériences vécues.

PUBLIC CIBLÉ : Personnes sans domicile

INTERET :

- Prendre le temps de la première rencontre
- L'apprivoisement
- Accompagnement vers le soin, la santé mentale
- Fonction mémoire du service

LIEU : Lyon – Rhône

CONTACT : Centre d'Accueil et d'Orientation – 04 78 58 38 86 – lemascao@wanadoo.fr

Claudine FARINA, assistante sociale – lemascao.cfarina@orange.fr



Evaluation

Journée interrégionale Rhône-Alpes – Auvergne 26 juin 2008

Santé mentale et précarité

Comment habiter dans la cité ? Difficultés, partenariat, accompagnement

Fiche d'évaluation

Nombre d'inscrits à la journée : **391**

Nombre de participants : **339**

Nombre de personnes ayant remis l'évaluation : **125**

L'évaluation ci-après porte donc sur 1/3 des participants

Les objectifs de la journée ont été atteints, totalement ou partiellement, pour la majorité des répondants qui ont également porté des appréciations globalement positives sur les différents temps forts de la journée. Les interventions de Jean Furtos et de Claire Lévy Vroelandt ont été plus particulièrement mises en valeur mais la table ronde, les temps d'échanges informels ainsi que la restitution ont également recueilli un bon taux de satisfaction. Le contenu et l'organisation des ateliers ont été de façon générale appréciés à l'exception notable de l'atelier n° 2. L'animation générale est apparue très satisfaisante.

La journée est apparue utile aux participants qui envisagent de lui donner une suite, principalement en matière de partenariat entre les acteurs sociaux et les acteurs de la santé.

Le détail des réponses aux différents items figure ci-après.

	Oui tout à fait ☺	Oui partiellement ☺	Non, pas vraiment ☹	Non, pas du tout ☹*
1. Atteinte des objectifs de la journée				
• Valoriser les actions conduites par les acteurs	57	58	3	0
• Partager une éthique et des pratiques d'intervention	44	61	15	1
• Réfléchir collectivement à de nouveaux leviers d'action	20	63	27	9



2. Appréciation des différents temps forts de la journée

	😊	😐	☹️	🚫*
● L'accueil	80	34	2	1
● L'analyse des chercheurs Claire Levy Vroelandt, Jean Furtos	101	21	1	0
● L'animation et les interventions de la table ronde	49	66	10	2
● Le temps de l'échange informel	27	62	25	0
● Le contenu et l'organisation des ateliers	22	23	6	2
Le n° de votre atelier <input checked="" type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3				
● Le contenu et l'organisation des ateliers	6	12	11	7
Le n° de votre atelier <input type="checkbox"/> 1 <input checked="" type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3				
● Le contenu et l'organisation des ateliers	20	13	2	0
Le n° de votre atelier <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input checked="" type="checkbox"/> 3				
● Le temps de restitution et de conclusion	28	64	10	2
● L'animation générale de la journée	61	52	5	0
● Votre appréciation générale sur la journée	43	71	4	0

3. Les suites de cette journée

	😊	😐	☹️	🚫*
● Cette journée va-t-elle vous être utile demain ?	43	59	14	4
● Quel type d'action ou de projet souhaiteriez-vous engager ?				
○ Un partenariat acteurs sociaux/acteurs de la santé	65	18	1	0
○ Une expérimentation sur un public spécifique	28	18	6	6
○ Une expérimentation sur un type de logement donné	26	17	9	4

Les Commentaires libres portent sur :

Organisation et infrastructure décevants : Repas (trop cher, médiocre), pas de salle pour déjeuner, chaleur dans l'amphi, conditions matérielles précaires dans les ateliers	Temps d'échanges trop courts - Interventions trop longues	Contenu et animation de l'atelier 2 décevant	Contenu de la journée trop dense	Journée intéressante	Très bons thèmes et bons intervenants	Très bonne animation, organisation
23	17	9	7	7	6	3