

**Santé psychique et logement ; soirée du mardi 5 février 2013
à la Communauté Urbaine de Lyon.
« De l'appartement collectif de transition à la maison supervisée ».**

1/. Propos liminaires :

Aujourd'hui, nous retrouvons les trois partenaires privilégiés de ce projet avec la présence de Mme Sapin du CCAS de la municipalité de Dardilly, de Mme Tamara Chaboud d'Habitat et Humanisme et j'ai pour ma part le plaisir de représenter l'équipe de secteur du CMP de Champagne du Centre Hospitalier de Saint Cyr au Mont d'Or.

Ce projet dont nous allons témoigner, vient de prendre fin en décembre 2012, après neuf années de fonctionnement. Ce projet initial s'est construit adossé à deux données structurelles qui sont la temporalité limitée du projet et donc un logement non pérenne. Nous présentons donc une expérience modeste en termes quantitatifs et de capacité d'accueil, un dispositif de petite taille, mais nous pouvons nous arrêter sur des aspects qualitatifs dans un contexte sociétal où les préoccupations et les besoins liés à la santé mentale sont montants.

2/. Historique :

La difficulté de trouver des solutions d'hébergements en aval et en relai des hospitalisations en psychiatrie avait conduit des soignants de notre équipe de secteur, dès l'été 2000, à constituer un groupe de réflexion sur ces questions dont la référence médicale était portée par Mme le Dr Marie Claude Carron.

Le constat initial portait que pour un certain nombre de patients stabilisés sur le plan psychiatrique, il était difficile de trouver un logement et un accompagnement adaptés. Cette difficulté et ce défaut de possibilités d'hébergement conduisant alors au maintien ou au prolongement des hospitalisations, là où ces patients relevaient de soins ambulatoires.

Ce constat initial contenait en lui-même ce qui allait être le cœur de ces indications. A savoir, et sans entrer dans des diagnostics psychiatriques, des personnes ayant connu une problématique de santé se traduisant par une notion de gravité dans la profondeur de la rupture psychique. C'est-à-dire, une rupture psychique ayant entraîné en cascade d'autres ruptures, qu'elles soient d'ordre sociale, professionnelle, familiale impliquant, du côté de la perte, la question de l'hébergement. Les patients qui ont pu bénéficier de ce dispositif avaient donc en commun cette expérience de la maladie et se situaient, en termes nosographiques, du côté de la lignée psychotique.

La réflexion du groupe a conduit à travailler un projet d'appartements, dit associatifs au départ, et s'est portée sur la recherche de partenaires. Le projet s'est concrétisé en 2003. Le choix des partenaires s'est porté sur l'association Habitat et Humanisme, en raison de la spécificité de leur positionnement. En effet, Habitat et Humanisme inscrit une de ses missions dans le relogement et l'accompagnement vers l'insertion de toute personne,

quelles que soient ses origines, son histoire, sa situation par des activités de proximité adaptées au contexte local. Par ailleurs, cette association avait déjà engagé un projet similaire avec un autre établissement psychiatrique du Rhône, le Centre Hospitalier Saint Jean De Dieu.

La municipalité de Dardilly, proposait l'opportunité de location d'une maison individuelle avec jardin, dans le cadre d'un bien immobilier voué à destruction à échéance de 4 ans (prévisions à l'époque) liée à un programme de réorganisation foncière. Par ailleurs, nous avons ouvert la même année un Hôpital de Jour adulte sur leur commune. Une maison de trois places qui proposait deux logements, un T3 et de manière plus indépendante, un T1 organisé avec l'équipement d'un studio.

L'engagement a pris la forme d'une convention liant les partenaires dans leurs rôles et missions respectifs.

3/. Les objectifs du projet :

Les objectifs du projet allaient connaître des évolutions favorisées en cela dans notre partenariat avec Habitat et Humanisme. Ainsi, nous allions abandonner progressivement notre référence à une structure d'hébergement pour s'approprier la notion d'habitat, avec ses dimensions qualitatives et en premier lieu desquelles, la notion privative du lieu et des espaces privés. La maison n'est pas une structure sanitaire, de type appartements thérapeutiques, il s'agit d'un domicile privé sur lequel nous portons des interventions de soignants.

De même, une des spécificités du projet portant sur ce côté non pérenne de l'habitat, nos évolutions intégrèrent cette donnée dans l'appellation que nous donnions à ce projet. Nous laissons de côté notre dénomination initiale *d'appartement collectif de transition* pour intégrer progressivement la dénomination, proposée là aussi par Habitat et Humanisme, de *maison supervisée*. En effet, l'aspect lié à la transition, entre Hôpital et habitat de droit commun est apparu comme une donnée structurelle du projet, et le collectif, un moyen et un élément support. Par ailleurs, l'investissement de notre CHS n'a pas porté sur l'aménagement de la maison.

Les objectifs associés gardaient leur actualité, à savoir d'une part l'utilisation de ce dispositif comme un lieu de soins ambulatoires individuels et collectifs et d'autre part un lieu d'évaluation des capacités des bénéficiaires à recouvrer ou développer une autonomie, psychique, sanitaire et sociale.

4/. L'activité de 2003 à 2012 :

8 personnes, 6 hommes et 2 femmes, ont bénéficié de ce dispositif de Maison supervisée pour des durées allant de 6 mois pour un bénéficiaire à 9 ans pour un autre qui est donc resté sur la totalité de l'ouverture de ce dispositif.

Pour les six autres personnes, nous retrouvons une période de 7 ans, 3 périodes d'un an et deux périodes de 2 ans et 2 ans et demi. Soit près de 24 années d'occupation sur le potentiel de 27 années que vivra ce dispositif.

Ces passages allaient connaître des destins différents ; quatre personnes évoluèrent vers un appartement autonome, dont le bénéficiaire de longue date. Ces évolutions parlent

aussi d'une forme de temporalité au long-cours dans le soin psychique. Un résident évolua vers une résidence de Santé Mentale et Communauté et trois personnes, après des passages de un à deux ans touchèrent les limites de leurs capacités d'évolution et connurent des ré hospitalisations avec réorientation des projets.

5/. Le dispositif d'accompagnement soignant

Le dispositif d'accompagnement s'est organisé à moyen constant et cette donnée à en partie conditionné les modes d'interventions.

Ceux ci s'organisèrent sur trois registres :

- Tout d'abord, les deux temps collectifs de réunions hebdomadaires d'une heure à une heure trente, dites de régulation. Ces deux temps permettaient d'aborder la gestion de l'habitat pour définir et accompagner les contraintes liées à cette vie collective. La délimitation et la différenciation des espaces personnels et publics resteront une thématique centrale dans ces interventions. Pour cette forme de colocation, il s'est agit d'essayer de partager un seuil d'exigence commune sur les charges matérielles et financières liées à la gestion de quotidien. Notons que cette gestion s'est appuyée sur des principes de fonctionnement qui ont constitué des règles de référence travaillées et élaborées initialement avec les résidents.

- Le deuxième registre concerne l'accompagnement individualisé. Si chaque résident continuait de consulter son médecin psychiatre référent, ou de participer à des groupes de CATTP ou d'Hôpital de Jour selon les besoins, l'accompagnement individuel s'est organisé préférentiellement sous le mode de la Visite à Domicile. Celles ci ont connu un rythme plus soutenu dans les moments de recrudescence symptomatique pouvant aller jusqu'à des interventions quotidiennes.

- Enfin, le troisième registre concerne les différents temps de réunions des acteurs de ces dispositifs. Ainsi, nous avons fonctionné avec un temps de réunion mensuelle de l'équipe soignante, un temps de réunion mensuelle sur la maison en présence du médecin référent et tous les deux mois, le temps de réunion associait l'équipe d'Habitat et Humanisme. Il nous faut évoquer aussi un temps de réunion annuel, organisé sur un mode convivial, avec les résidents et les trois équipes partenaires du projet, municipalité, bailleur social et équipe de secteur psychiatrique. Nous n'oublions pas comment certains de ces moments d'invitation ont aidé nos patients dans leurs capacités à réinvestir leurs positions de citoyen, à recouvrir un sentiment de dignité malmené par la maladie et à réinvestir le champ de leur subjectivité.

Notons enfin qu'un outil reliait l'ensemble de ces actions. Un cahier dit de liaison, lieu support d'une unité d'information, que nous avons voulu ouvert à tous les intervenants. Au final, il sera l'outil entre les résidents et les soignants, la mémoire de la vie de cette maison. Il nous permettait de revenir sur ce qui a été dit, de prendre la mesure du chemin parcouru. A l'image d'un fil conducteur qui se constituait ainsi en trame narrative. Jamais, un des quatre volumes de ces cahiers ne fut égaré ou perdu.

6/. Eléments de réflexion et constats sur notre expérience d'accompagnement d'une maison supervisée.

Cette expérience vient de prendre fin. Le bilan que nous retirons de ce dispositif novateur est majoritairement positif. Pour notre équipe, les moyens en personnel infirmier sont évalués à 0,25 ETP auxquels il faut rajouter des séquences de temps médical et d'assistante sociale. Une faible dotation de temps donc mais qui s'est appuyée sur une dynamique porteuse liée à des logiques d'engagements vectées par un projet novateur.

Dans un second temps, un deuxième logement de trois places avec un bailleur privé s'était mis en place sur notre secteur sur des besoins et des indications similaires. Ce dispositif s'arrêta début 2012.

Nous souhaitons nous arrêter sur quelques particularités de ce dispositif. Nous avons vu que les patients bénéficiaires avaient en commun un parcours de soin qui faisait suite à des ruptures psychiques sévères. Cette communauté d'expérience de la maladie allait se retrouver dans la qualité des co-étayages que les résidents ont pu se porter. Si le facteur psychopathologique majore les vulnérabilités, nous avons pu constater qu'il pouvait aussi renforcer les niveaux d'entraide ainsi que les seuils d'acceptation et de compréhension de l'autre. Nous n'avons pas été au courant de tout, la vie de la maison suivait son cours, nous pouvons juste constater la justesse du seuil d'interpellation que les uns et les autres nous ont adressé en termes de recours. Nous avons été interpellés sur des inquiétudes partagées avec nous, inquiétudes ni majorées ou banalisées.

Les moments et les passages où la sémiologie d'un des résidents s'activait, impactait alors sans délai la vie de la maison et la capacité de tous à habiter. Le domicile devenant alors le lieu de cette projection hors de soi des éléments liés aux évolutions de la pathologie. Ainsi, nous avons connu des périodes où la capacité à maintenir un investissement sur la maison se limitait aux espaces privatifs des résidents moins souffrants. Les lieux collectifs pouvaient se trouver envahis. Et d'autres moments plus rares où l'ensemble de la maison était investie, tenue, agréable et cet investissement alors pouvait se prolonger sur l'extérieur et le jardin. Une oscillation dans ces capacités à investir qui évoluait de l'aspect utilitaire d'une fonction dortoir, à l'aspect fonctionnel d'être logé jusqu'à la dimension d'un investissement global qui signe la capacité à habiter. Dans les moments les plus critiques, le recours au service d'aide ménagère permet de limiter et de dépasser ce défaut de maintenance de la maison. Parfois, le recours à l'hospitalisation en psychiatrie s'est imposé mais nous avons alors toujours pu la préparer et la conditionner.

L'entité maison est aussi un élément important de ce projet. Elle donne et façonne une identité positive que tous les résidents ont utilisée, à un moment ou à un autre, pour servir de lieu d'accueil et ainsi resserrer ou renouer des liens familiaux ou amicaux distendus par le tumulte des épreuves et le fracas de la maladie. Renouer et ici inviter à partir d'un lieu et d'un socle qui fait lieu d'hospitalité. Nous avons été en contact avec la deuxième maison supervisée d'Habitat et Humanisme d'un secteur voisin au point d'imaginer des rapprochements entre résidents, voire une mutualisation de services qui, au final, ne s'est pas faite.

Nous pouvons également constater que cette négociation fréquente, si ce n'est permanente, sur les modalités de vie en colocation, c'est à dire aussi en appui sur le groupe ainsi formé, a agi pour nos résidents comme un accélérateur d'un certain nombre de processus psychiques. La question d'une autonomie suffisante de chacun, requise dans le cadre même du projet se trouvant mise en tension dans la confrontation de chacun à ses possibilités.

Il nous faut également relever le rôle discret et constant qu'ont joué les bénévoles d'Habitat et Humanisme qui intervenaient sur différentes actions mais essentiellement pour l'entretien des espaces verts. Si ceux ci ont pu s'interroger sur leurs rôles devant parfois des manifestations d'apragmatisme que génère la maladie, nous avons pu quant à nous constater la présence régulatrice et apaisante de ces tiers et l'invitation permanente au lien social que leur générosité incarnait.

Ce projet a été porté par trois partenaires et de ce partenariat s'est construit des lignes de cohérences et des connaissances mutuelles. Cette collaboration basée ici sur des continuités relationnelles nous a permis d'abaisser les seuils d'interpellation réciproque. La proximité ainsi générée nous a permis régulièrement d'établir des diagnostics partagés sur les situations problèmes que nous avons à rencontrer. Ces diagnostics partagés qui prenaient en compte la situation psychique et sociale de la personne ont agi comme des aides à la décision. Les rôles de chacun, le bailleur sur l'habitat, les soignants sur la sémiologie, se sont donc nourris des éclairages croisés qui ont fait évoluer nos conceptions initiales. Les complémentarités d'actions ont pu s'appuyer sur ces différenciations au final dans un renforcement du rôle de chaque partie.

Ce dernier point prend son importance dans le sens où il génère alors un « effet structure » étayant de ce dispositif, dont ont pu bénéficier les résidents dans l'accompagnement que chaque partie a réalisé.

C'est sans doute un des effets singulier qu'a pu générer la taille modeste de cette expérience reposant sur un petit nombre d'acteurs et favorisant les dimensions interpersonnelles. Un dispositif bricolé au sens de Levis Strauss, c'est-à-dire où nous avons fait au mieux avec les moyens qui ont été les nôtres.

Lyon, le 5 février 2013

Pour l'équipe, Mr Jean-Paul Lanquetin, Infirmier de Secteur Psychiatrique

L'équipe :

- Mme Béatrice Delgado, infirmière en psychiatrie
- Mme Martine Matthey, infirmière de secteur psychiatrique
- Mme Marie Claude Carron, médecin psychiatre
- Mme Françoise Deleuze, assistante sociale.