



UNIVERSITE LILLE 2 DROIT ET SANTE

FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2016

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE

Le logement des personnes souffrant de troubles psychotiques : quels enjeux pour les soins en psychiatrie ?

Présentée et soutenue publiquement le 19 Septembre
2016 à 16h au Pôle Formation
Par Zecevic Natacha

_____ **JURY**

Président :

Monsieur le Professeur P.Thomas

Assesseurs :

Monsieur le Professeur O.Cottencin

Monsieur le Professeur G.Vaiva

Directeur de Thèse :

Monsieur le Docteur R.Semal

Avertissement

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

LISTE DES ABREVIATIONS

AAH : Allocation Adulte Handicapé

CATTP : Centre d'Activité Thérapeutique à Temps Partiel

CMP : Centre Médico-Psychologique

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes

EPSM : Etablissement Public de Santé Mentale

MAS : Maison d'Accueil Spécialisée

SDF : Sans Domicile Fixe

TABLE DES MATIERES

Introduction	1
Historique	2
De l'Antiquité à la fin du XVIIIème siècle :	4
Antiquité	4
Moyen-Âge.....	5
Les temps modernes.....	7
De la fin du XVIIIème aux années 60	10
La sectorisation	19
Cas Cliniques	23
Les dispositifs d'hébergement thérapeutique	24
Monsieur L.....	26
Monsieur T.....	32
Madame D.....	39
Discussion.....	45
Dimension sociale	46
La décohabitation ou devenir adulte	46
Prendre part à la société ou devenir citoyen	47
Permettre les relations avec les autres	48
Dimension sanitaire	51
Dimension thérapeutique.....	56
La fonction contenante.....	56
Autonomisation	62
L'ajustement de la fonction contenante.....	65
Le logement comme outil thérapeutique	73
Conclusion	76
Références Bibliographiques	80

INTRODUCTION

A travers la pratique de la psychiatrie, nous sommes amenés à prendre en charge des patients atteints de pathologies chroniques, socialement invalidantes. Leur vulnérabilité et le souci de leur santé d'une manière globale, nous conduit à nous préoccuper de leurs conditions de logement.

Cette question est complexe car elle se situe à la frontière de plusieurs champs, social, médico-social et sanitaire notamment. En effet, il s'agit d'un droit social fondamental mais l'hébergement peut également être perçu et utilisé en tant qu'outil d'insertion ou encore outil psychothérapeutique.

L'hébergement prend donc une place particulière dans le processus de soins des patients en psychiatrie. Ceci nous conduit à nous interroger sur la place de la psychiatrie dans la question du logement, quelles sont les spécificités du regard soignant, quelles sont les limites de notre rôle ?

Pour étayer notre réflexion, nous évoquerons, dans une première partie, l'historique du placement des malades mentaux et psychiques. Puis, dans un second temps, nous présenterons trois parcours cliniques qui nous serviront à discuter, dans une dernière partie, des enjeux propres à l'hébergement chez les patients souffrant de troubles psychotiques.

HISTORIQUE

Les représentations de la folie et ses modalités de prise en charge ont été variées selon les lieux et les époques. Les différentes attitudes prises par la société occidentale face aux malades mentaux et psychiques à travers les siècles reflètent les limites entre norme et pathologie. Les moyens thérapeutiques existants ou le degré de tolérance à la déviance ont contribué à la diversité des réponses apportées. Ainsi elles ont plutôt tendance à appartenir au domaine social, médical, sécuritaire, humaniste etc. en fonction des évolutions de la société.

Suivant cette idée, trois grandes périodes se distinguent de l'Antiquité à nos jours. La première, de l'Antiquité à la fin du XVIIIème siècle, est marquée par une dichotomie franche entre le normal et le pathologique conduisant à l'exclusion des « fous » jugés la plupart du temps incurables. Ils sont alors soit enfermés pour ne pas nuire, soit gardés dans leur famille¹.

Puis, à la fin du XVIIIème siècle, le mot et concept de « psychiatrie » apparaissent, les asiles et les théories sur le traitement des maladies mentales se développent. Les « aliénés » sont écartés de la société et leur sort relève principalement du domaine médical².

¹ Meyers, *Les Lieux de La Folie*; Quételet, *Histoire de la folie de l'Antiquité à nos jours*.

² Coupechoux and Oury, *Un monde de fous comment notre société maltraite ses malades mentaux*; Quételet, *Histoire de la folie de l'Antiquité à nos jours*.

Enfin, au début des années 1960, la sectorisation et les lois sur le handicap tentent de replacer le malade au sein de la cité par un étayage à la fois psychiatrique et social dont l'articulation n'est pas toujours aisée à mettre en place³.

³ Coupechoux and Oury, *Un monde de fous comment notre société maltraite ses malades mentaux*; Henckes, "Les psychiatres et le handicap psychique"; Henckes, "La psychiatrie de secteur, quelle histoire, quel avenir?"; Quénel, *Histoire de la folie de l'Antiquité à nos jours*.

DE L'ANTIQUITE A LA FIN DU XVIIIEME SIECLE :

ANTIQUITE

Dans l'Antiquité, la « maladie » appartient aux domaines de la magie et de la religion. La folie peut être envisagée comme une punition divine pour les hommes en proie à la démesure ou comme un don. C'est le cas par exemple de la Pythie de Delphes dont les délires, considérés comme inspirés par Apollon, sont respectés et lui donnent une place remarquable dans la société. Les fous agités ou « furieux » sont distingués de ceux dont le délire est estimé comme source de créativité⁴.

En Grèce, les « fous », c'est-à-dire ceux dont le délire n'est pas inspiré, sont gardés dans leur famille. Il n'existe pas de lieu spécifique d'hébergement pour les malades, quelle que soit leur affection. Cependant ils sont conduits au temple afin d'y rencontrer les prêtres-médecins dans l'espoir d'une guérison⁵.

Les philosophes de l'Antiquité s'interrogent sur les moyens de soigner la folie. Outre les onctions, saignées, ventouses, décoctions, qui se rapprochent du traitement d'autres maladies, certains, comme Celse à la fin du 1er siècle av. J-C., préconisent des méthodes de force et ont recours aux coups, privations de nourriture, enchaînements, intimidations etc. Ces pratiques sont parfois critiquées, notamment par Caelius qui, déjà au 5ème siècle, met en exergue l'importance de l'environnement

⁴ Meyers, *Les Lieux de La Folie*; Quételet, *Histoire de la folie de l'Antiquité à nos jours*.

⁵ Meyers, *Les Lieux de La Folie*; Quételet, *Histoire de la folie de l'Antiquité à nos jours*.

sur la santé mentale et propose d'adapter celui-ci à la symptomatologie des malades. Par exemple, selon lui, il faut « placer les maniaques dans un lieu tranquille dont les murs ne seront pas ornés de peintures. Par sécurité, ils seront mis au rez-de-chaussée. On interdira les allées et venues fréquentes, surtout d'étrangers »⁶

A la même époque, dans le monde Arabe, la folie est plutôt considérée comme une inspiration divine et selon les préceptes de Mahomet, les pauvres d'esprit doivent susciter bienveillance et compassion.⁷ Ainsi, les premiers hôpitaux destinés au soin des malades mentaux (les « bimaristans ») apparaissent dès 705 à Damas, puis 765 à Bagdad, 800 au Caire. Ils sont construits dans le style des maisons traditionnelles et sont situés au centre des villes afin de favoriser une prise en charge communautaire.⁸ Toutefois, les malades les plus violents peuvent être enchaînés et isolés dans des pièces à part⁹.

MOYEN-ÂGE

Au cours du Moyen-Âge, si leur comportement ne trouble pas l'ordre public, la grande majorité des malades est gardée dans sa communauté. Ceux qui n'ont pas de famille pour les héberger sont parfois logés dans une mesure à l'écart du village et vivent de charité publique. Les familles qui en ont les moyens peuvent également, en

⁶ Quétel, *Histoire de la folie de l'Antiquité à nos jours*.

⁷ Meyers, *Les Lieux de La Folie*.

⁸ Sekkat and Belbachir, "La psychiatrie au Maroc. Histoire, difficultés et défis."

⁹ Cloarec, *Bîmâristâns, Lieux de Folie et de Sagesse*.

échange d'une pension, envoyer leur parent malade dans une communauté religieuse¹⁰.

Par ailleurs, les valeurs d'assistance et de charité mises en avant par la religion chrétienne sont essentielles et mènent à la naissance de « l'hôpital ». Sa vocation est de recueillir les pauvres, indigents, insensés, errants etc. Ce sont donc les êtres les plus vulnérables de la société qui y sont nourris et logés mais il ne s'agit pas d'un lieu de soin. Les médecins n'y sont d'ailleurs pas présents, et malgré les principes altruistes qui sont à l'origine de sa création, il s'agit d'un lieu d'exclusion pour ceux qui sont en marge de la société¹¹.

Cependant, les hôpitaux sont bien vite surpeuplés et ceux qui sont jugés incurables ou qui sont contagieux n'y sont plus acceptés. Parmi eux les fous, d'autant plus s'ils sont agités et qu'ils nécessitent un espace d'isolement. Des lieux spécifiques à leur enfermement destinés à protéger la société de leur dangerosité apparaissent alors. En Espagne, un des premiers établissements réservés aux « insensés », *Los Innocentes*, naît en 1409 à Valence. En Allemagne, les agités sont d'abord enfermés dans les murs d'enceinte des villes qui deviendront par la suite les « tours des fous » (*Narrentürme*) et qui existeront dans de nombreuses villes d'Europe. En France, dans

¹⁰ Quézel, *Histoire de la folie de l'Antiquité à nos jours*.

¹¹ Ibid.

les hôpitaux-Dieu, certains lits sont réservés aux aliénés, ils sont coffrés et munis de petites fenêtres pour la surveillance, les soins et l'alimentation¹².

Tout au long du Moyen-Âge, les phénomènes d'exclusion des malades mentaux, et de tous ceux qui sont considérés comme n'appartenant pas à la norme, s'accroissent notamment sous l'influence de la religion. En effet la folie est associée au péché et à la possession diabolique. Sa guérison passe par la foi, les exorcismes ou les pèlerinages. Au XIII^e siècle, l'Inquisition considère les malades mentaux comme des hérétiques et ils sont brûlés sur les bûchers. A cette période de l'histoire, la déviance est stigmatisée et sa caricature sert parfois également d'exutoire. C'est le cas par exemple lors de la fête des fous où les rôles sont inversés pendant une journée au cours de laquelle chaque personnage représente un vice humain. Ces fêtes sont organisées par le clergé et elles répondent à des codes sociaux bien déterminés¹³.

LES TEMPS MODERNES

A la Renaissance et dans le contexte de la naissance du courant humanisme, Erasme écrit *l'Eloge de la folie* soutenant l'idée que la folie fait partie de l'humanité. Pour autant, les malades mentaux continuent d'être chassés des villes. Le renforcement de la monarchie ainsi qu'une préoccupation sécuritaire importante

¹² Meyers, *Les Lieux de La Folie*; Quérel, *Histoire de la folie de l'Antiquité à nos jours*.

¹³ Meyers, *Les Lieux de La Folie*; Quérel, *Histoire de la folie de l'Antiquité à nos jours*.

aboutissent à la création de structures destinées à l'enfermement des populations jugées inutiles ou dangereuses.

Avec le développement des villes, les guerres et les épidémies, le nombre de pauvres en Europe à la fin du Moyen-Âge a considérablement augmenté. Ils sont accusés de diffuser des maladies, telles que la peste et la syphilis, de commettre des délits et de ne pas avoir de religion. Mais c'est aussi leur oisiveté qui est critiquée car ils sont de ce fait estimés inutiles à la société. Les valeurs de charité chrétienne sont quelque peu nuancées et les mendiants invalides, à qui l'on doit l'aumône, sont distingués des valides qui doivent être enfermés. L'objectif est de protéger la société, de leur méfaits, d'éventuelles émeutes ou de la contagion, mais également de remettre au travail ceux qui y sont aptes¹⁴.

Dans ce contexte, en Avril 1656 un édit royal déclare la fondation de l'Hôpital général. Celui-ci a pour mission l'enfermement des mendiants, des lépreux, des vénériens (ou atteints d'autres maladies contagieuses) et provisoirement des aveugles. Puis apparaissent les maisons de force, où les malades sont placés à la demande de leur famille par ordre du Roi en échange du paiement d'une pension. Et enfin, en 1767, sont créés les dépôts de mendicité, financés par l'Etat et destinés à rééduquer les mendiants valides afin qu'ils participent utilement à la société¹⁵.

¹⁴ Quétel, *Histoire de la folie de l'Antiquité à nos jours*.

¹⁵ Coupechoux and Oury, *Un monde de fous comment notre société maltraite ses malades mentaux*; Meyers, *Les Lieux de La Folie*; Quétel, *Histoire de la folie de l'Antiquité à nos jours*.

Les malades mentaux n'ont pas, a priori, vocation à être enfermés dans aucune de ces trois structures. Cependant ceux dont l'absence de famille condamne à l'errance ou ceux dont les troubles du comportement troublent l'ordre public s'y retrouvent faute d'autre alternative. Ils sont toutefois considérés comme malades et distingués du reste de la population admise. Des quartiers spécifiques leur sont dédiés afin de les isoler¹⁶.

Si ces trois types d'enfermement répondent à des objectifs similaires, il faut tout de même souligner que la visée sécuritaire et correctionnaire est prédominante dans les dépôts de mendicité alors que l'Hôpital général devient progressivement un lieu d'assistance pour les plus vulnérables.

Ainsi, jusqu'à la fin du XVIIIème les réponses apportées au placement des « fous » sont de deux types : sociale et solidaire d'une part, car les valeurs de charité conduisent à porter assistance aux plus vulnérables. Et d'autre part sécuritaire, pour protéger la société des malades ayant des troubles du comportement violent.

¹⁶ Quétel, *Histoire de la folie de l'Antiquité à nos jours*.

DE LA FIN DU XVIIIEME AUX ANNEES 60

Le siècle des Lumières, puis le renversement de l'absolutisme royal à la Révolution, modifient la manière dont est conçue l'assistance publique. Elle se place sous la responsabilité sociale et n'est plus laissée à la charité individuelle. Par ailleurs, l'état désastreux des hôpitaux est dénoncé, notamment par les commissions d'enquête instituées par Turgot, contrôleur général des Finances de 1774 à 1776, puis Necker qui lui succède¹⁷.

La condition des malades mentaux et leur enfermement dans des lieux de sûreté plutôt que dans des lieux de soins sont dénoncés. Ainsi, les lettres de cachet, qui permettaient aux familles de faire enfermer les malades en maison de force, sont abolies¹⁸. Il est prévu notamment que les malades mentaux soient libérés ou transférés dans des « hôpitaux qui seront indiqués à cet effet ».¹⁹ Leur sort devient une question médicale et le décret du 27/03/1790 le confirme en faisant du médecin le seul juge de la folie d'un individu²⁰. Dans ce contexte l'histoire retient un événement hautement symbolique en résumant cette évolution des pratiques par « la libération des fous de leurs chaînes » par Philippe Pinel, nommé médecin-chef des aliénés de Bicêtre en

¹⁷ Ibid.

¹⁸ Coupechoux and Oury, *Un monde de fous comment notre société maltraite ses malades mentaux*; Meyers, *Les Lieux de La Folie*; Quéstel, *Histoire de la folie de l'Antiquité à nos jours*.

¹⁹ Quéstel, *Histoire de la folie de l'Antiquité à nos jours*.

²⁰ Ibid.

1793, assisté de Jean-Baptiste Pussin surveillant des fous dans l'établissement²¹. Malgré ces évolutions, Esquirol continue en 1818, dans un rapport au ministre de l'Intérieur intitulé *Des établissements consacrés aux aliénés en France, et des moyens de les améliorer*, de déplorer que très peu de lieux leur soient consacrés exclusivement et que leurs conditions de vie restent lamentables.

Par ailleurs, au cours du XIX^{ème} siècle, l'objectif de la réclusion des malades mentaux est discuté. Ainsi Lafond de Labedat dans son rapport de 1813 écrit « Il est assez difficile de déterminer si les établissements d'insensés doivent être considérés plutôt comme des hospices ou des maisons de détention. D'un côté, il s'agit de renfermer les individus qui peuvent nuire à la société ; d'un autre côté, il s'agit de procurer des moyens de guérison à des individus malades ».²²

Ainsi, le placement des malades mentaux n'est plus seulement envisagé comme sécuritaire et l'idée de sa potentielle valeur thérapeutique commence à émerger.

En 1788 Jacques-René Tenon, premier chirurgien de la Salpêtrière et membre de l'Académie de médecine, écrit dans *Mémoires sur les hôpitaux de Paris* : « A la différence des bâtiments d'hôpitaux qui ne sont pour les autres malades que des

²¹ Coupechoux and Oury, *Un monde de fous comment notre société maltraite ses malades mentaux*; Meyers, *Les Lieux de La Folie*; Quételet, *Histoire de la folie de l'Antiquité à nos jours*.

²² Quételet, *Histoire de la folie de l'Antiquité à nos jours*.

moyens auxiliaires, les hôpitaux pour les fous font eux-mêmes fonction de remède »²³. Il ajoute « il faut que le fou, durant le traitement, ne soit point contrarié, qu'il puisse dans les moments où il est surveillé, sortir de sa loge, parcourir sa galerie, se rendre au promenoir, faire un exercice qui le dissipe et que la nature lui commande »²⁴.

Une distinction existe également entre les malades mentaux en fonction de leur potentielle curabilité et de leur dangerosité. Pierre Jean Georges Cabanis écrit « l'humanité, la justice et la bonne médecine ordonnent de ne renfermer que les fous qui peuvent nuire véritablement à autrui ; de ne resserrer dans les liens que ceux qui, sans cela, se nuiraient à eux même. »²⁵ . En 1785, J.Colombier et F.Doublet, tous deux médecins, rédigent sur ordre du gouvernement « l'Instruction sur la manière de gouverner les Insensés et de travailler à leur guérison dans les Asyles qui leur sont destinés ». Ils y dénoncent dans l'introduction l'enfermement des malades mentaux dans des lieux de sûreté plutôt que dans des lieux de soins. Mais Colombier propose de distinguer les lieux dédiés « au traitement et les autres à contenir ceux qui n'y sont

²³ Tenon, *Mémoires Sur Les Hôpitaux de Paris ([Reprod.]) / Par M. Tenon,...* ;
Impr. Par Ordre Du Roi.

²⁴ Ibid.

²⁵ Cabanis, "Vue Sur Les Secours Publics."

pas soumis »²⁶. Les malades jugés incurables et dangereux sont en fait destinés à être renvoyés en maison de force.²⁷

En Juin 1838, une loi est adoptée, prévoyant la création d'un asile d'aliéné dans chaque département. L'enfermement des fous poursuit deux objectifs, empêcher ceux qui pourraient nuire à l'ordre public et traiter les malades qui sont estimés curables. Les placements sont désormais réglementés et de deux types. Ils peuvent être soit volontaires, c'est-à-dire demandés par la famille et circonstanciés par un certificat médical, soit ordonnés par l'autorité publique²⁸. Cette loi donne au psychiatre le pouvoir de décision concernant les actes médicaux mais aussi le travail, la gestion des sources de revenus et des biens du malade. La prise en charge des dimensions sociales et matérielles est justifiée par une finalité thérapeutique. Malgré cela, la loi est jugée comme un compromis par les aliénistes car le maintien de l'arbitrage familial

²⁶ Colombier, *Instruction Sur La Manière de Gouverner Les Insensés, et de Travailler À Leur Guérison Dans Les Asyles Qui Leur Sont Destinés ([Reprod.]) / [M. Colombier]*.

²⁷ Ibid.

²⁸ Coupechoux and Oury, *Un monde de fous comment notre société maltraite ses malades mentaux*; Meyers, *Les Lieux de La Folie*; Quétel, *Histoire de la folie de l'Antiquité à nos jours*.

dans les placements et l'existence d'établissements privés ne leur permet pas la création du service public unique qu'ils avaient imaginé²⁹.

La question de la folie étant devenue une préoccupation médicale, sortant du domaine irrationnel, diverses théories concernant son traitement se développent. Par exemple, Colombier et Doublet exposent dans leur rapport les différents traitements à apporter, selon eux, en fonction du type de folie diagnostiqué (frénésie, manie, mélancolie ou imbécillité)³⁰.

Pinel développe le concept de traitement moral. Il défend l'idée qu'il reste une part de raison chez « l'aliéné » avec laquelle il est possible de communiquer. Ce traitement par la parole cherche à remettre le malade mental à une place de sujet et a le mérite de ré-humaniser les patients. Toutefois le traitement moral est autoritaire, en effet le malade est amené à se soumettre à la volonté du médecin qui est considérée comme seule valable. Il ne s'agit pas ici d'entendre la parole du malade mais de lui imposer celle du soignant. Les méthodes employées sont « plus ou moins » douces et

²⁹ Coupechoux and Oury, *Un monde de fous comment notre société maltraite ses malades mentaux*; Quételet, *Histoire de la folie de l'Antiquité à nos jours*.

³⁰ Colombier, *Instruction Sur La Manière de Gouverner Les Insensés, et de Travailler À Leur Guérison Dans Les Asyles Qui Leur Sont Destinés ([Reprod.]) / [M. Colombier]*.

préconisent que le malade soit isolé de sa famille, car les relations sociales avec son environnement d'origine sont considérées comme néfastes³¹.

En parallèle, la valeur thérapeutique de l'asile est théorisée. Selon Esquirol « une maison d'aliénés est un instrument de guérison ; entre les mains d'un médecin habile, c'est l'agent thérapeutique le plus puissant contre les maladies mentales. »³². Les principes en sont une vie rythmée et régulée par un cadre strict et l'isolement des malades de leur famille. L'institution asilaire est également conçue comme un outil de resocialisation. Mais celle-ci a lieu uniquement au sein de la communauté asilaire elle-même, qui reste isolée de la société. Les soins dispensés aux malades mentaux le sont exclusivement sur le mode de l'internement. Ils ne sont pas poursuivis après la sortie, lorsqu'il y en a une. Et la vision des malades mentaux comme moralement diminués ne permet pas encore une véritable démarche de réinsertion.³³ Ainsi les asiles se développent mais leurs aspects coercitifs restent présents bien que critiqués. Les théories architecturales vont tenter d'y remédier, en entreprenant d'ouvrir des espaces de semi-liberté à l'intérieur de l'asile³⁴. Cependant ils restent un lieu d'enfermement dans lesquels les malades deviennent totalement dépendants de l'Institution. En effet, celle-ci prend en charge tous les aspects de leur vie et les éloigne

³¹ Meyers, *Les Lieux de La Folie*; Quézel, *Histoire de la folie de l'Antiquité à nos jours*.

³² Quézel, *Histoire de la folie de l'Antiquité à nos jours*.

³³ Henckes, "Les psychiatres et le handicap psychique."

³⁴ Quézel, *Histoire de la folie de l'Antiquité à nos jours*.

de leur milieu d'origine³⁵. Ce phénomène est décrit par Erving Goffman qui développe le concept d'Institution totale dans *Asiles*³⁶.

Au cours de la seconde guerre mondiale, 40000 malades trouvent la mort dans les asiles par manque de nourriture³⁷. Par ailleurs l'extermination par les nazis de tous les êtres estimés « nuisibles ou inutiles au reste de l'espèce » constituant « la norme », engendre des réflexions sur l'enfermement des malades mentaux dans les asiles, dont les conditions de vie sont comparées à celles des camps de concentration³⁸.

De ces considérations naît la psychothérapie institutionnelle, dont les prémisses sont mises en œuvre avant même la fin de la guerre à Saint Alban, en Lozère, par quelques psychiatres dont François Tosquelle et Jean Oury. Ses principes se basent sur l'idée d'Hermann Simon selon laquelle pour soigner le malade, il faut soigner l'institution. Cette forme d'accompagnement est également influencée par les écrits de

³⁵ Coupechoux and Oury, *Un monde de fous comment notre société maltraite ses malades mentaux*.

³⁶ Goffman, *Asiles*.

³⁷ Buelzingsloewen, "Les « aliénés » morts de faim dans les hopitaux psychiatriques français sous l'Occupation"; Coupechoux and Oury, *Un monde de fous comment notre société maltraite ses malades mentaux*; Meyers, *Les Lieux de La Folie*; Quétel, *Histoire de la folie de l'Antiquité à nos jours*.

³⁸ Coupechoux and Oury, *Un monde de fous comment notre société maltraite ses malades mentaux*; Quétel, *Histoire de la folie de l'Antiquité à nos jours*.

Lacan, inspirés des théories freudiennes, soutenant que le discours du psychotique a un sens mais qu'il est nécessaire d'avoir des espaces pour l'exprimer et des moyens de lecture pour le comprendre³⁹. Le terme de psychothérapie institutionnelle est utilisé pour la première fois par le psychiatre Georges Daumezon, en 1952, dans la revue *Anais Portugueses de Psiquiatria*.

Un des principes fondamentaux de la psychothérapie institutionnelle est la singularité du sujet à qui il faut être capable de redonner la parole afin qu'il puisse exposer la subjectivité de sa souffrance psychique. L'institution est conçue comme un lieu d'accueil de cette souffrance mais aussi comme objet transitionnel permettant les échanges, mettant les sujets en relation. Il faut noter que l'établissement ne recoupe pas l'institution, et bien que les murs puissent faire part de la contenance à offrir aux malades, celle-ci est envisagée de manière plus vaste. L'équipe soignante y a un rôle primordial, elle doit permettre au malade de participer à une œuvre commune, à un groupe, tout en l'amenant à s'individualiser pour libérer sa parole.

Ainsi la psychothérapie institutionnelle amène une vision humaine de la psychiatrie et l'idée d'un continuum entre normal et psychopathologique. L'individualisation et la socialisation du sujet sont au centre des préoccupations des psychiatres. Les méthodes utilisées se montrent efficaces, toutefois la réadaptation du

³⁹ Ayme, "Essai Sur L'histoire de La Psychothérapie Institutionnelle"; Cano, "Fondements éthiques de la psychothérapie institutionnelle"; Coupechoux and Oury, *Un monde de fous comment notre société maltraite ses malades mentaux*; Quétel, *Histoire de la folie de l'Antiquité à nos jours*.

sujet reste cantonnée à l'intérieur de l'asile. Bien que les malades participent parfois à des activités sociales à l'extérieur, ils restent dépendants de l'Institution⁴⁰.

Ainsi, au cours du XIXème siècle, les médecins se sont appropriés la prise en charge des malades mentaux, au point même de les priver de relations familiales. En étant enfermés à vie dans des asiles, les « aliénés » sont certes protégés mais ils perdent leurs habiletés sociales. La psychothérapie institutionnelle tente de rendre de la valeur à leur libre arbitre et de leur redonner une place dans la société. Pour cela se développe l'idée d'un outil qui permettrait de soigner les malades au sein de leur milieu d'origine, il s'agit du secteur.

⁴⁰ Coupechoux and Oury, *Un monde de fous comment notre société maltraite ses malades mentaux*.

LA SECTORISATION

Au cours des années 1950, les préoccupations pour l'insertion et la réinsertion des malades s'accroissent et, avec elles, la remise en cause de l'hospitalo-centrisme. Ainsi, Lucien Bonnafé écrit : « l'hôpital demeure un mauvais instrument de traitement, un lieu de réjection, un lieu de réclusion [...] dans la mesure où il n'est pas intégré dans un système de santé publique au service global de la population »⁴¹.

En parallèle, deux phénomènes facilitent les sorties de l'hôpital. Tout d'abord, l'apparition des neuroleptiques modifie les prises en charge en permettant une certaine stabilisation des troubles inédite jusqu'alors. Ensuite, les hospitalisations sont possibles sous un autre régime que l'internement, elles peuvent se faire de manière volontaire et le patient peut donc également demander sa sortie⁴².

Ce contexte favorable permet de développer les soins psychiatriques au sein de la ville et la sectorisation est mise en place. Elle est définie par la circulaire du 15 mars 1960, prévoyant un découpage géodémographique de la France conçu pour permettre la continuité des soins psychiatriques. Les objectifs de cette politique de santé mentale sont d'une part le maintien du malade proche de son milieu socio-familial afin d'éviter sa désadaptation. Mais aussi le dépistage plus précoce, en créant des structures ambulatoires. Et enfin le développement d'un soutien médico-social permettant la

⁴¹ Aujaleu et al., *Histoire de La Psychiatrie de Secteur Ou Le Secteur Impossible*.

⁴² Cours international sur les techniques de soins en psychiatrie de secteur, Sassolas, and Santé mentale et communautés (Rhône), *Quels toits pour soigner les personnes souffrant de troubles psychotiques ?*

diminution des récidives et des hospitalisations, favorisée par l'unité des équipes entre les lieux d'hospitalisation, de pré et de post-cure.⁴³ Pour assurer cette organisation, le développement de nouvelles structures extra-hospitalières est prévu : dispensaires d'hygiène mentale, hôpitaux de jour, ateliers protégés, foyers de post-cure. L'insertion et la réinsertion des malades font explicitement partie des missions de l'équipe médico-sociale qui doit s'en acquitter « grâce à la connaissance [...] non seulement du malade, mais encore du milieu économique et social du secteur et notamment des ressources de logement et des diverses possibilités d'emploi ». ⁴⁴

Cependant ces aspects sont quelque peu modifiés par le développement du secteur social. Jusqu'ici, la loi de 1838 prévoyait que tout individu admis en asile soit dessaisi de ses droits civils le temps de son hospitalisation. Le 3 janvier 1968, une loi est adoptée réformant le droit des incapables majeurs. Elle énonce que « les modalités du traitement médical [...] sont indépendantes du régime de protection appliqué aux intérêts civils ». Les mesures de protection ne seront donc plus assurées par l'Institution psychiatrique.⁴⁵ Puis, en 1975, la loi sur les institutions sociales et médico-

⁴³ *CIRCULAIRE Du 15 Mars 1960 Relative Au Programme D'organisation et D'équipement Des Départements En Matière de Lutte Contre Les Maladies Mentales.*

⁴⁴ Ibid.

⁴⁵ Eyraud, "Quelle autonomie pour les « incapables » majeurs ?"

sociale⁴⁶ et celle sur le handicap⁴⁷ attribuent au domaine social les ressources dont les patients souffrant de pathologie psychiatrique sont bénéficiaires.

La prise en charge globale du patient reste la mission du secteur psychiatrique. Toutefois, pour s'en assurer, les équipes doivent dorénavant passer des conventions avec d'autres acteurs de l'assistance⁴⁸. Ceci était d'ailleurs déjà affirmé dans une circulaire de 1972 qui précisait que « le médecin et l'équipe doivent assurer les liens utiles avec tous ceux qui peuvent contribuer à la réadaptation et la réinsertion sociale ».⁴⁹ Ainsi le secteur psychiatrique élabore différentes stratégies de partenariat, avec le secteur privé ou le milieu associatif, afin d'assurer le placement des malades. Il faut noter que l'hébergement thérapeutique à proprement parler reste du domaine de la psychiatrie ainsi que le souligne un arrêté de 1986 relatif aux équipements et aux services de la lutte contre les maladies mentales⁵⁰. Il y est notamment fait mention des appartements thérapeutiques qui sont « des unités de soins à visée de réinsertion

⁴⁶ *Loi n°75-535 Du 30 Juin 1975 Relative Aux Institutions Sociales et Médico-Sociales.*

⁴⁷ *Loi n°75-534 Du 30 Juin 1975 D'orientation En Faveur Des Handicapés.*

⁴⁸ Henckes, "La psychiatrie de secteur, quelle histoire, quel avenir ?"

⁴⁹ *Circulaire n°431 Du 14 Mars 1972 Relative Au Règlement Départemental de Lutte Contre Les Maladies Mentales, L'alcoolisme et Les Toxicomanies.*

⁵⁰ *Arrêté Du 14 Mars 1986 Relatif Aux Équipements et Services de Lutte Contre Les Maladies Mentales, Comprenant Ou Non Des Possibilités D'hébergement.*

sociale, mis à disposition de quelques patients pour des durées limitées et nécessitant la présence importante, sinon continue, de personnels soignants »

L'implication du secteur social dans la protection civile, les ressources et le logement des malades permet à l'Institution psychiatrique de se départir du rôle d'Institution totale qu'elle avait depuis la loi de 1838. Cette évolution va dans le sens de la volonté d'autonomisation des patients mais soulève la question de la limite du champ sanitaire en psychiatrie. En effet, améliorer l'état psychique des patients les aide à accéder à une plus grande participation sociale. Mais le bien-être social favorise également la stabilité de l'état psychique et il paraît donc important de s'en préoccuper.

Ces aspects historiques représentent l'héritage de la culture des soins en psychiatrie et laissent leur empreinte sur les pratiques cliniques actuelles. Celles-ci sont diverses, guidées par les différentes orientations cliniques des soignants, les dispositifs de soin privilégiés et le contexte économique. A présent, au travers du récit de trois parcours cliniques, nous porterons une réflexion sur le rôle de la psychiatrie contemporaine dans le domaine du logement des patients atteints de troubles psychotiques.

CAS CLINIQUES

Après avoir exposé le dispositif de réinsertion par le logement existant sur le secteur de Valenciennes, nous évoquerons donc les histoires cliniques de trois patients qui y ont été suivis.

LES DISPOSITIFS D'HEBERGEMENT THERAPEUTIQUE

S'appuyant sur les services d'hospitalisation temps plein du centre hospitalier de Valenciennes, plusieurs structures d'hébergement thérapeutique existent sur le secteur 59G32. Elles correspondent à des projets et des degrés d'autonomie différents.

Une équipe de réinsertion permet de faire le lien entre ces structures extra-hospitalières et les services intra-hospitalier. Elle élabore, avec les patients hospitalisés et les équipes soignantes un projet d'hébergement adapté aux singularités de chaque patient. Des réunions sont organisées avec les patients tout au long de ce processus de réinsertion, permettant à certains de revenir sur les difficultés rencontrées et à d'autres d'apprendre de l'expérience des premiers ou de verbaliser leurs craintes. La durée et le type d'accompagnement s'adaptent aux besoins du patient.

Différents types de structure sont proposées :

- La Résidence « L'Accoste », qui regroupe 11 appartements thérapeutiques. Des infirmiers y sont présents de 9h à 17h du lundi au vendredi. Les patients y louent un studio, par l'intermédiaire de l'institution hospitalière, avec l'objectif d'intégrer si possible un logement personnel à terme.
- Le « Bois d'Emblise », structure pour les patients qui nécessitent moins de présence infirmière. Il s'agit de 4 studios et 2 studettes gérés par l'association Croix Marine et l'équipe infirmière n'y intervient que deux fois par semaine. L'accès à un logement autonome est également l'objectif visé.

- Une maison communautaire de 4 places apporte une solution d'hébergement à des patients plus dépendants. Le passage infirmier est quotidien, une aide est apportée pour les courses, le linge, les repas etc. Par ailleurs une aide-ménagère vient 2 fois par semaine. Des réunions sont organisées trois fois par semaine afin de discuter de la gestion des conflits, du budget etc.

Outre ces structures, l'équipe du CMP peut également réaliser des visites à domicile. Il existait aussi auparavant une possibilité d'hospitalisation à domicile, permettant un passage quotidien d'infirmiers chez les patients répondant à des objectifs définis au préalable par l'équipe. Cette modalité de soins, malgré son intérêt, aura dû être supprimée du fait de la réduction des moyens financiers accordés à la psychiatrie de secteur ces dernières années.

Au travers de trois cas cliniques, nous allons à présent revenir sur la mise en œuvre des soins associés aux questions d'hébergement au sein de ce dispositif. Leurs histoires ont été reconstituées à partir de leur dossier clinique, d'un entretien avec les équipes qui les ont suivis et d'un entretien avec les patients eux-mêmes, excepté pour la dernière patiente, Mme D., qui étant en rupture de suivi n'a pu être contactée.

MONSIEUR L.

M.L. est un patient de 47 ans, il est le 2^{ème} d'une fratrie de 4. Il a un frère aîné et deux sœurs plus jeunes que lui, qui sont tous trois bien insérés sur le plan socio-familial. Il a longtemps vécu au domicile de ses parents. Son père est décédé en 2001 de troubles cardiaques et il a ensuite vécu seul avec sa mère. Il a été scolarisé jusqu'à l'âge de 18 ans et a obtenu un CAP en horticulture qui lui a permis de travailler pour les espaces verts de la mairie en CES (Contrat Emploi Solidarité) pendant 2 ans. Cependant il n'a pas d'activité professionnelle depuis 1998 et reste cloîtré chez lui depuis la fin de son CES. Il est sous curatelle, exercée par son frère depuis 2007.

En Octobre 2004, M.L. est conduit aux urgences par ses sœurs qui s'inquiètent de ses comportements exhibitionnistes. A son arrivée, le discours de M.L. est incohérent, il présente une bizarrerie du contact, il est dissocié, il a des idées de persécution avec un syndrome d'influence et des attitudes d'écoute font soupçonner l'existence d'hallucinations acoustico-verbales. Par ailleurs, il est dans un état d'incurie important et semble très angoissé. Une hospitalisation à la demande d'un tiers est donc décidée et il est transféré dans le service de psychiatrie de son secteur.

M.L. est bien répondeur au traitement médicamenteux anxiolytique et neuroleptique et les aspects productifs de la symptomatologie s'amendent rapidement. En revanche il reste figé, replié sur lui-même et son discours est très pauvre. Au bout d'un mois d'hospitalisation, une sortie est envisagée avec la mise en place d'un suivi au CMP et des visites à domicile. Malgré sa méfiance, M.L. est observant de son traitement médicamenteux et des rendez-vous qui lui sont proposés. Toutefois les hallucinations auditives réapparaissent sous la forme d'une voix de femme lui ordonnant des actes. De plus les relations avec sa mère, mais également sa fratrie,

sont très conflictuelles et il menace à plusieurs reprises de passages à l'acte hétéro-agressifs. Dans ce contexte, et à deux reprises, une nouvelle hospitalisation est envisagée. Le traitement neuroleptique est adapté et la symptomatologie déficitaire se retrouve au premier plan avec une abrasion affectivo-émotionnelle, un apragmatisme important et peu de spontanéité idéo-motrice. Se pose alors la question du devenir de M.L. à sa sortie. Il s'agit d'un patient très anxieux mais avec lequel, selon l'équipe, il est possible de créer une alliance thérapeutique lui permettant éventuellement de reprendre des relations aux autres plus adaptées et plus enrichissantes. En revanche la mère du patient, chez qui il vit et dont il est très proche, peine à accepter la pathologie de son fils. Elle est ambivalente concernant leur cohabitation. Il semble donc préférable pour M.L., mais également pour sa famille, qu'il ne regagne pas le domicile familial afin de pouvoir s'émanciper et apaiser les conflits. Cependant intégrer un logement privatif paraît prématuré pour M.L. En effet, il n'a jamais vécu seul et la symptomatologie déficitaire qu'il présente fait craindre un repli psycho-social important avec un risque de mise en danger, ne serait-ce que par auto-négligence. C'est ainsi que l'idée de lui proposer de vivre dans un appartement thérapeutique émerge. M.L. y est favorable et, après la préparation habituelle permettant une intégration progressive de la Résidence « l'Accoste », il emménage dans un des appartements en septembre 2007.

Dans les premiers temps, M.L. reste très inhibé, il a des difficultés à s'exprimer et à entrer en contact avec les autres. Par exemple il ne comprend pas l'humour et peut vite être déstabilisé par les boutades d'autres patients. Il s'investit en revanche dans les tâches de la vie quotidienne, avec l'aide de l'équipe qui le stimule afin qu'il ne reste pas isolé dans son appartement.

Par ailleurs, il se rend à l'hôpital de jour et au CATTP où il fait des activités manuelles et sportives. Cela lui impose un rythme hebdomadaire auquel il adhère et qui lui permet de ne pas avoir à lui-même initier ses occupations quotidiennes. Progressivement, un lien de confiance s'établit entre M.L. et les infirmiers, en particulier ceux travaillant à l'Accoste. Ceci lui permet de s'exprimer de manière plus spontanée, son attitude est moins figée et les échanges avec lui sont plus riches. Il s'investit de plus en plus dans la vie de la Résidence et auprès des autres patients. Il se met même à organiser des repas entre les résidents lors de certaines occasions, comme les fêtes de fin d'année.

Durant les cinq années qu'il passe à la Résidence l'Accoste, aucune hospitalisation n'est nécessaire. Son traitement médicamenteux, auquel il est bien observant, est progressivement diminué sans réapparition de symptômes productifs et il se dit tranquilisé par le cadre de la prise en charge. Il dit « je me sens rassuré car je sais que je suis suivi par quelqu'un au cas où il y ait un problème ».

En fin d'année 2012, les liens qu'il a tissés avec l'équipe sont assez solides pour qu'il manifeste de lui-même l'envie d'intégrer un logement autonome. Ainsi, avec l'aide de son curateur, une recherche d'appartement est entamée. M.L. souhaite se rapprocher de l'EHPAD dans laquelle vit désormais sa mère et à qui il rend régulièrement visite.

En mai 2013, il quitte donc son appartement thérapeutique pour emménager dans un appartement privé à Saint-Saulve. Il poursuit son suivi au CMP et à l'hôpital de jour et les infirmiers de l'équipe de réinsertion lui rendent visite une fois par mois. M.L. explique que les premiers temps sont parfois un peu difficiles. Il ne bénéficie plus de l'entourage qui le stimulait à la Résidence et il dit « trouver le temps long ».

Toutefois, après quelques semaines, il parvient à organiser lui-même un emploi du temps relativement précis lui permettant de continuer à s'extérioriser. Il craint en effet son propre défaut d'initiative et appréhende de se couper à nouveau des autres.

M.L. vit maintenant depuis 3 ans dans cet appartement et son rythme de vie bien cadencé semble lui convenir. Son état psychique n'a pas nécessité de nouvelle hospitalisation, il n'a plus eu d'hallucinations, d'idées délirantes ou d'épisodes de dissociation depuis plusieurs années. Il maintient de bons contacts avec les équipes qui le suivent, plaisantant avec les soignants, continuant à participer aux séjours thérapeutiques. Il garde également des liens avec des patients ou anciens patients de l'hôpital de jour et de la Résidence l'Accoste. Ses relations avec ses frères et sœurs ainsi que sa mère sont, depuis plusieurs années, apaisées et il les côtoie régulièrement. Actuellement, il est toujours suivi au CMP et se rend à l'hôpital de jour deux fois par semaine, les visites à domicile une fois par mois par les infirmiers de l'équipe de réinsertion sont maintenues. Selon M.L. l'étayage apporté par le cadre de cette prise en charge et son emploi du temps régulier lui permettent de rester tourné vers l'extérieur et de maintenir un état de stabilité psychique.

Ainsi le parcours de M.L. nous montre comment, par le biais entre autres de son logement, il a pu s'autonomiser et acquérir une certaine stabilité psychique.

En effet, lors de sa première décompensation, M.L. a 30 ans. Son frère et ses sœurs, même plus jeunes, ont quitté le domicile familial. Il reste donc seul chez sa mère, avec laquelle il a une relation qu'il qualifie de « fusionnelle ».

M.L. n'a pu répondre à l'injonction sociétale d'autonomisation qui correspond en grande partie au départ du domicile parental. Plusieurs facteurs peuvent être supposément en cause. Tout d'abord, M.L. n'a pas d'emploi. Et qu'il s'agisse de

raisons financières ou identitaires, selon N.Parron, l'activité professionnelle est déterminante dans le départ d'un jeune de chez ses parents⁵¹. La symptomatologie présentée par M.L., dans ses aspects déficitaires mais aussi productifs, par l'angoisse qu'ils engendrent, prend également part dans les facteurs en jeu. Enfin, du fait de ses troubles psychiques, en partie au moins, M.L. occupe une place particulière dans sa famille, ce qui se traduit notamment dans ses rapports avec sa mère.

Ainsi l'accès à un appartement lui permettrait dans un premier temps de s'extraire d'une situation familiale qui n'est plus tenable, comme le montrent les différentes hospitalisations, mais aussi de répondre à une norme sociale et ainsi d'obtenir le statut d'adulte.

Les troubles psychiques présentés par M.L. ne permettent pas d'envisager le départ du domicile familial pour intégrer un logement seul. L'angoisse que générerait chez lui un tel changement paraît évidente et la mise en danger potentielle pourrait être considérée comme maltraitante.

En revanche, l'option d'un appartement thérapeutique lui permet d'être accompagné dans son processus d'autonomisation. Elle lui offre un cadre sûr qui lui assure, comme il le souligne lui-même, d'obtenir un étayage adapté en cas de difficulté. La confiance qu'il a en ce cadre contribue à la diminution de son état d'anxiété et à sa stabilité psychique. La disponibilité psychique qui en résulte lui accorde la possibilité de reprendre contact avec les autres. De plus, en s'autonomisant il retrouve une image de lui plus satisfaisante, il reprend une place d'acteur de son

⁵¹ Parron and Sicot, "Devenir adulte dans un contexte de troubles psychiques, ou les incertitudes de l'autonomie."

existence, ce également dans le regard d'autrui. Cela contribue à ce qu'il parvienne à s'exprimer en tant qu'individu à part entière. Lui qui, à son arrivée, était mutique peut désormais élaborer un projet pour son propre avenir et le mettre en œuvre, avec l'aide de son entourage.

Malgré la réussite de l'intégration de son logement individuel, M.L. admet lui-même la nécessité de conserver l'étayage apporté par les soignants. C'est probablement la contenance qu'il lui apporte, en permettant une potentielle régression, qui lui permet d'être suffisamment rassuré pour conserver l'autonomie acquise.

MONSIEUR T.

M.T est un patient de 42 ans, il est le deuxième enfant d'une fratrie de trois frères dont l'un est également suivi pour des troubles psychiatriques. Dès l'enfance, des difficultés d'élaboration sont repérées et M.T est scolarisé en IME puis en IMPro, où il séjourne en internat. Il part donc pour la semaine et revient chez ses parents les week-ends. A l'âge de 18 ans, il obtient un contrat emploi solidarité et, avec l'aide des éducateurs spécialisés, il quitte l'IMPro pour s'installer dans un logement social avec sa compagne. Il bénéficie d'une mesure de protection sous forme de curatelle simple exercée par un organisme privé.

A l'âge de 24 ans, il est hospitalisé pour la première fois dans un service de psychiatrie, sous le mode de l'hospitalisation d'office pour des troubles du comportement avec hétéro-agressivité dans un contexte d'intolérance à la frustration. Il n'est pas alors relevé de signes psychopathologiques aigus ni d'addictions.

Trois ans plus tard, sa curatrice sollicite une nouvelle hospitalisation. En effet, suite à une rupture conjugale datant d'un an environ, M.T s'est replié sur lui-même. Il vit alors avec son frère et leur logement est devenu insalubre du fait de leur incurie. M.T déambule sur les toits de la ville la nuit, et il tient des propos incohérents. Il est donc admis dans une unité de court séjour et, à son arrivée, l'équipe note une symptomatologie marquée par un discours dissocié, des idées délirantes de persécution, des hallucinations auditives et visuelles ainsi qu'un sentiment de déréalisation. M.T adhère totalement à ses idées délirantes, il est interprétatif et méfiant, d'autant qu'il pense se trouver en prison. Il tente d'ailleurs de fuguer, et lorsque les infirmiers le ramènent dans le service il leur demande « combien de temps il lui reste à faire ». Malgré l'introduction d'un traitement neuroleptique par Risperdal,

la symptomatologie persiste et M.T est transféré dans un service d'hospitalisation de plus longue durée. Progressivement la symptomatologie délirante se fait moins bruyante et l'apragmatisme passe au premier plan. En effet, les infirmiers retrouvent régulièrement M.T allongé sur son lit, leur disant « qu'il pense ». Pour l'équipe, il paraît donc important de le stimuler, M.T est inscrit en musicothérapie et une prise en charge en psychomotricité est débutée. Dans un premier temps, il est difficile de mobiliser M.T, il oublie ses RDV ou ne souhaite pas s'y rendre. Mais petit à petit, il prend plaisir à ces activités et fait preuve d'une participation active.

Malgré la persistance d'idées délirantes à minima, la symptomatologie de M.T se stabilise et se pose la question du projet de sortie d'hospitalisation. Il paraît difficile de le laisser regagner son logement sans plus d'étayage. En effet, bien que la symptomatologie ait été bruyante, semble-t-il, il a fallu plusieurs mois avant que M.T soit pris en charge. Son anosognosie le met donc en danger et l'entourage familial, notamment son frère qui vivait avec lui, n'a pas été en mesure de lui permettre d'avoir accès à des soins plus rapidement.

En accord avec M.T, son bail est donc résilié et une prise en charge en appartement thérapeutique à la Résidence « L'Accoste » est envisagée. Il se rend donc aux réunions organisées mensuellement, puis participe aux séjours thérapeutiques programmés par l'équipe de la Résidence avant d'intégrer son logement, en Avril 2013. Une prise en charge en hôpital de jour est également débutée afin de fournir un étayage supplémentaire et d'éviter un repli psycho-social à la sortie.

L'adaptation de M.T à son nouveau logement est plutôt bonne, le cadre imposé lui permet de gérer son quotidien de manière assez autonome. Il fait ses courses et ses repas lui-même, s'occupe de son linge. Les infirmiers doivent parfois lui rappeler

les règles d'hygiène à suivre ou encore l'interdiction de consommer de l'alcool dans la résidence mais il n'y a pas de difficultés majeures. La symptomatologie psychotique reste discrète et peu envahissante. Il persiste des idées de persécution qu'il exprime peu et des hallucinations qu'il critique partiellement. Les infirmiers notent qu'il ne semble pas en souffrir, ils parviennent à le faire verbaliser autour de ses symptômes et constatent qu'il peut les relativiser. Par ailleurs, ses relations avec les autres résidents sont cordiales et il participe activement aux réunions soignants/soignés.

Pendant 3 ans, une seule hospitalisation est nécessaire. Elle a lieu quelques mois après l'arrivée de M.T, dans un contexte de décompensation sur rupture thérapeutique. En effet, M.T a de la peine à accepter la prise d'un traitement médicamenteux et il a tendance à l'arrêter, notamment le week-end, lorsque les infirmiers ne sont pas présents.

Hormis cet épisode, son état psychique est plutôt stable et c'est pourquoi est amenée l'idée qu'il intègre un logement privé. Il y semble plutôt favorable mais, selon l'équipe et son psychiatre référent, l'évocation de ce projet marque une rupture dans l'histoire de la maladie de M.T. En effet, la symptomatologie se fait plus bruyante, nécessitant plusieurs hospitalisations pour des décompensations avec parfois des troubles du comportement hétéro-agressif. M.T. présente des idées de persécution de plus en plus envahissantes. Celles-ci se révèlent liées à la structure même de la Résidence. Selon lui, des personnes lui voulant du mal sortent des murs, il explique qu'à « l'Accoste ils [lui] font la guerre, à l'intérieur il y a une sirène qui sonne et il y a un démon qui court après Jésus ». Lors des hospitalisations, il est assez ambivalent vis-à-vis de la Résidence. Il ne demande pas à déménager et ne refuse pas d'y retourner à la sortie, il en parle régulièrement avec les soignants, se demandant quand il rejoindra son logement mais il n'exprime pas pour autant le désir regagner son

appartement. Par exemple, il demande quand sa sortie pour la Résidence est prévue et ajoute : « Je ne suis pas pressé, c'est juste pour savoir ».

En dehors des hospitalisations, il a plus de difficultés à prendre son traitement médicamenteux quotidiennement et il fait d'ailleurs une crise d'épilepsie secondaire à un sevrage en benzodiazépines. De même, il ne se rend plus à l'Hôpital de jour de manière régulière.

Par ailleurs, l'équipe de la Résidence, rapporte plusieurs épisodes au cours desquels M.T. héberge un ami ou son frère. Bien que les visites soient autorisées, il est interdit de loger d'autres personnes pendant la nuit. M.T. le sait bien mais il semble parfois se laisser envahir par des individus avec qui il reprend des consommations d'alcool et qui lui soutireraient de l'argent. A plusieurs reprises, l'équipe est interpellée à ce sujet, soit par d'autres résidents soit par M.T. lui-même. Il demande l'aide des infirmiers pour se dégager de la situation inconfortable dans laquelle il se trouve car il ne parvient pas à mettre seul des limites aux autres.

Finalement, en Mars 2015, il est une nouvelle fois hospitalisé pour une recrudescence d'idées délirantes et d'hallucinations. Son discours concernant son logement est fluctuant et ambivalent. En effet, bien qu'il dise y ressentir un fort sentiment d'insécurité, il exprime parfois son désir d'y retourner. Après une réunion de synthèse entre les différentes équipes qui le connaissent (i.e. les équipes du service d'hospitalisation, de réinsertion, de la résidence l'Accoste, du CMP.), il est décidé de mettre un terme à la prise en charge en appartement thérapeutique.

M.T. semble plutôt favorable à cette décision, il explique se sentir mieux dans le service d'hospitalisation, et le seul fait de devoir retourner à la Résidence chercher ses affaires provoque une recrudescence anxieuse. Quelques mois plus tard, il fugue tout

de même pour aller passer la soirée avec ses anciens voisins. Le lendemain il explique à l'équipe : « il fallait que j'aille leur dire au revoir ».

En service d'hospitalisation, son discours est toujours très délirant et dissocié et il est noté des épisodes d'angoisses paroxystiques mais il dit se sentir globalement bien. Il se plie au rythme imposé en ce qui concerne le lever, les repas, le coucher etc. Il s'implique dans la vie du service, participe à des activités et accompagne d'autres patients faire leurs courses. Il a trois permissions de sortie par semaine au cours desquelles il va se promener et faire des achats. Un projet d'intégration d'une M.A.S. en Belgique est évoqué mais il semble peu investi par M.T. Il n'a pas de demandes particulières, pas de plaintes et se projette peu dans l'avenir. Son discours est surtout envahi par les idées délirantes et il est difficile d'avoir accès à son ressenti.

L'histoire clinique de M.T. souligne à quel point la contenance apportée par l'hébergement et la prise en charge en général doit être adaptée à chaque patient et à chaque moment de la vie du patient.

Ainsi, au début de sa maladie, les soins apportés à la Résidence l'Accoste, permettent à M.L. d'acquérir une certaine autonomie. Celle-ci s'exprime dans les actes de la vie quotidienne mais aussi dans ses rapports avec les autres. Il semble en effet avoir des difficultés à ne pas se laisser envahir par les autres et à affirmer son individualité. La structure de la Résidence l'aide à le faire en imposant un cadre, ne serait-ce que par le règlement intérieur.

Par ailleurs, une certaine stabilité psychique existe. Bien que la symptomatologie délirante persiste, elle n'est pas envahissante et ne semble pas le faire souffrir. Il ne se met pas non plus en danger.

Cependant, au moment où l'acquisition d'un degré d'autonomie plus important est évoquée, l'état psychique de M.T se dégrade. Il est possible que la remise en question du cadre sécurisé, qui avait permis jusque-là une certaine amélioration des troubles, en soit à l'origine. Peut-être que, contrairement à M.L., M.T. n'avait pu encore s'assurer de la pérennité de l'étayage proposé et que la potentielle disparition de celui-ci n'ait pas été supportable. Il est évident que l'évolution naturelle des troubles est également en cause.

Quoiqu'il en soit, la déstabilisation engendrée ne permet plus à M.T. d'assumer sa vie quotidienne comme il le faisait auparavant. Il se met de nouveau en danger et souffre psychologiquement. Ainsi le cadre assuré par la Résidence « l'Accoste » n'est plus assez contenant et il n'est donc plus thérapeutique.

En hospitalisation, l'état psychique de M.T. reste très instable, les idées délirantes sont très présentes et le discours est dissocié. Toutefois, en dehors des épisodes de recrudescence anxieuse, il ne semble pas en souffrance. Il parvient à reprendre contact avec les autres sans que ceux-ci l'envahissent et il retrouve une organisation quotidienne plus structurée.

De par les règles de collectivité qui y sont imposées, le service d'hospitalisation est une structure laissant moins de place au libre arbitre que les appartements thérapeutiques. Cependant la contenance qu'il apporte à M.T., dans son état psychique actuel, lui permet d'être plus disponible pour lui et pour les autres. En revanche, la Résidence, du fait des idées de persécution et des angoisses qu'elle engendrait, était devenue aliénante pour M.T.

Ainsi la contenance doit être distinguée du simple aspect matériel ou organisationnel d'une structure. Elle doit être adaptée à chaque patient en fonction de ses besoins et de l'état psychique dans lequel il se trouve.

MADAME D.

Mme D. est une patiente de 65 ans. Elle a deux filles de 42 et 38 ans, et 3 petits-enfants. Elle est séparée de son mari depuis 2001, celui-ci est décédé en 2011. Après avoir arrêté sa scolarité à l'âge de 14 ans, Mme D exerce le métier de couturière jusqu'à la naissance de sa première fille. Elle cesse ensuite toute activité professionnelle afin de se consacrer à l'éducation de ses enfants. La relation conjugale qu'elle entretient avec son mari est particulièrement conflictuelle et probablement marquée de violences physiques. Le départ de Mme D. du domicile familial est brutal et la conduit à devenir SDF durant deux ans environ. Elle est ensuite prise en charge par une association qui lui permet d'obtenir un toit.

Ses antécédents sont marqués par un alcoolisme chronique, d'importance variable en fonction des périodes de sa vie, un tabagisme actif et plusieurs hospitalisations à la demande d'un tiers à l'EPSM d'Armentières.

Le premier contact avec le secteur psychiatrique de Valenciennes a lieu en mai 2005 lorsqu'elle est conduite aux urgences pour tentative de phlébotomie par morsure. Lors de l'entretien psychiatrique, elle affirme sa volonté de mourir et demande qu'« on l'euthanasie ». Son discours est décousu et centré sur des idées délirantes persécutrices, de mécanisme intuitif et interprétatif. Elle semble avoir des hallucinations auditives et cénesthésiques et son humeur est exaltée. Par ailleurs elle est en état d'incurie important. Elle est donc hospitalisée dans un service de soins psychiatriques et, après introduction d'un traitement médicamenteux comprenant un antipsychotique, un thymorégulateur et un anxiolytique, la symptomatologie psychiatrique se fait moins bruyante. Il persiste toutefois des idées délirantes à minima. Une sortie est donc envisagée avec, en outre de la mise en place d'un suivi médical

au CMP et du CATTP, une hospitalisation à domicile. L'objectif de celle-ci est alors l'évaluation du contexte de vie et l'aide à la réinsertion.

A leur arrivée, les infirmiers découvrent le logement de Mme D, composé d'une seule pièce et meublé uniquement d'un matelas posé à même le sol et d'une lampe de chevet. Elle n'utilise pas l'eau chaude et fait la cuisine avec un réchaud à gaz. Les infirmiers décrivent une vie de SDF, malgré les murs. Lorsqu'ils interrogent la patiente sur les raisons d'une telle insalubrité, elle leur exprime la peur de devoir retourner vivre dans la rue. Elle touche une pension alimentaire versée par son mari et fait donc en sorte de dépenser le moins possible. Elle ne se plaint pas de ce mode de vie, en revanche, n'ayant plus aucun contact avec ses filles, elle évoque un fort sentiment de solitude. Lui est donc proposé d'élaborer un projet pour intégrer la maison communautaire du Bois d'Emblise. Mme D. décline ce projet, elle ne souhaite pas vivre avec d'autres personnes et craint probablement une présence infirmière plus contraignante pour elle.

En revanche, la prise en charge sociale lui permet d'obtenir l'AAH et une curatelle renforcée, exercée par une association tutélaire, est mise en place. Ces mesures rassurent Mme D. et elle accepte d'entamer des démarches afin d'emménager dans un logement moins vétuste.

Son déménagement a lieu en Mars 2007, elle est soutenue par les infirmiers qui l'aident à meubler son nouvel appartement. L'investissement de son logement par Mme D. semble assez ambivalent. En effet, elle se soucie peu de l'état d'hygiène de celui-ci et ne se préoccupe pas des aspects décoratifs. Les rideaux installés lors de son emménagement n'ont jamais été lavés et sont devenus jaunes du fait de son important tabagisme actif. Par ailleurs, au cours des années qu'a duré sa prise en

charge, il est arrivé à plusieurs reprises que son chauffage, son arrivée d'eau ou encore son installation électrique dysfonctionnent sans qu'elle ne fasse aucune démarche pour des réparations ou même qu'elle ne l'évoque avec les infirmiers. Ainsi elle paraît présenter une sorte de détachement pour les aspects matériels de son environnement. Toutefois, elle refuse tout changement de la part d'autrui dans cet appartement. Elle accepte mal les visites des infirmiers et refuse l'aide-ménagère qui lui est proposée. Devant le rapport qualité/prix médiocre de son domicile, il est évoqué un éventuel déménagement, qu'elle rejette, expliquant ne pas souhaiter quitter ses habitudes. Ayant un appartement au rez-de-chaussée, elle aime notamment pouvoir observer les gens passer. Il semble donc difficile de prétendre qu'elle ne se soit pas approprié les lieux. Cette attitude ambivalente est retrouvée à propos de son aspect physique. En effet, elle garde un aspect marginal, peu soigné, qu'elle revendique parfois disant « c'est mon look, je suis une hippie ». Cependant elle se plaint également du regard des autres sur elle, « ils me traitent de clocharde », elle entend aussi des remarques concernant l'odeur de tabac qu'elle dégage. Elle n'est pas indifférente à ces paroles et s'en plaint régulièrement auprès des infirmiers. Son sentiment de tristesse prend une teinte persécutoire liée à ses troubles psychiatriques mais elle ira jusqu'à refuser d'aller au mariage de sa nièce car « elle n'a rien à se mettre ». Elle n'est donc pas totalement détachée de considérations esthétiques et matérielles.

Son état psychique paraissant stable, il est décidé de mettre fin à l'hospitalisation à domicile, tout en poursuivant des visites, moins fréquentes, par les infirmières du CMP. Mme D. gère seule son quotidien, elle fait ses courses, ses repas, sa lessive. Elle reste très économe sur sa consommation de chauffage, d'eau, d'électricité, évoquant toujours sa crainte de se retrouver de nouveau à la rue. Elle supporte mal

les remarques qui lui sont faites à ce sujet par les infirmières et finit souvent par acquiescer pour « avoir la paix » sans modifier son comportement par la suite.

En 2011, une nouvelle hospitalisation à domicile est mise en place. En effet les troubles délirants de Mme D. deviennent plus envahissants et les infirmières du CMP sont visées par les idées de persécution. L'hospitalisation à domicile est envisagée comme une tentative pour éviter une hospitalisation complète pour décompensation. Effectivement, l'état de Mme D. ne nécessitera pas qu'elle retourne en service hospitalier. Le renforcement de la contenance soignante, lui permet de retrouver une meilleure observance du suivi et du traitement. Ainsi la symptomatologie se minore. Par ailleurs, durant sa prise en charge, Mme D. a repris contact avec ses filles. Ces relations ne sont pas toujours faciles à assumer pour Mme D. qui entend la culpabilité et le sentiment d'abandon que lui renvoient ses enfants mais qui ne sait comment y réagir. En 2011, à la mort de son mari, elle est bénéficiaire de l'héritage de celui-ci. Cette situation complique encore les relations avec ses filles qui lui expriment un fort sentiment d'injustice, Mme D. étant séparée de leur père depuis de nombreuses années. Toutefois, Mme D. prend progressivement en charge la garde de ses petits-enfants. Par cet intermédiaire, elle parvient à occuper son rôle de grand-mère mais aussi à retrouver des relations moins conflictuelles avec ses filles.

Progressivement, Mme D. explique aux infirmiers du CATTP qu'il lui est difficile de se rendre à toutes les activités auxquelles elle était inscrite jusqu'ici, ses filles ayant besoin d'elle pour prendre en charge leurs enfants. Depuis Janvier 2016, Mme D. ne se rend plus aux consultations médicales au CMP, elle ne vient plus faire ses injections de neuroleptiques retard et ne répond plus aux infirmiers qui lui téléphonent. Selon ses filles, son état est pour le moment stable et elle continue de s'occuper correctement de ses petits-enfants.

Le parcours de Mme D. souligne l'idée que l'aspect matériel du logement n'est qu'une de ses dimensions. Celui-ci ne suffit pas à expliquer tous les enjeux liés au fait d'habiter un lieu. En effet, dans son premier logement, Mme D. vit presque que comme à la rue. Cependant, à mesure que les infirmiers la rassurent et que s'éloigne la crainte de se trouver à nouveau sans logement, elle accepte de déménager et investit différemment son nouveau domicile. Elle ne répond pas toujours aux attentes des infirmiers qui considèrent qu'elle continue de vivre à la marge. Il est vrai que le détachement qu'elle a pour ce qui paraît faire partie du confort de base est questionnant. Toutefois elle ne se met pas en danger.

Cette situation amène à s'interroger sur la frontière entre ce qui est de l'ordre d'une norme imposée par les codes sociaux de la société dans laquelle nous évoluons, et ce qui est du devoir de l'action soignante. En effet, il s'agit de protéger le patient et de faire en sorte qu'il ne se mette pas en danger tout en respectant son individualité afin de l'amener à s'autonomiser. Mais il ne faut pas oublier qu'adhérer à la norme sociale permet d'entretenir des rapports aux autres plus aisément, ce qui participe au bien-être. En d'autres termes, la question qui se pose est celle de savoir s'il faut engager Mme D. à vivre de manière plus conforme à notre regard normé par la société afin de l'aider, par exemple, à ne plus souffrir du regard rejetant de son voisinage ou à reprendre des relations régulières avec ses filles. Ou, au contraire, faut-il accepter qu'elle choisisse son propre mode de vie, considérant qu'il s'agit de son libre arbitre et que tous ses choix ne sont pas influencés par sa pathologie psychiatrique.

Ces trois récits cliniques sont le reflet, non exhaustif, de pratiques soignantes actuelles. Ils mettent en exergue l'intérêt de l'accompagnement psychiatrique dans l'intégration d'un logement par les patients psychotiques mais aussi les difficultés

parfois rencontrées par les soignants dans la définition de leur rôle dans cet accompagnement.

Afin d'étayer une réflexion autour de ces questions, nous allons à présent évoquer les éléments théoriques qui nous permettront de discuter de ces expériences cliniques.

DISCUSSION

« Habiter », vient de la racine *Habere* et signifie « prendre un endroit pour sien ». Cela peut se traduire de différentes manières en fonction des individus. En effet, il ne s'agit pas uniquement de « loger » mais de « vivre » dans un lieu. Selon Marie-Françoise Leroy, « l'appropriation de l'espace logement, comme son « chez soi » est déterminée par le degré de liberté de choix qu'a eu la personne à choisir son lieu d'habitation, le mode de l'habiter. »

La question du logement ne recouvre pas seulement des aspects matériels. Ses fonctions sont complexes et dépendent de déterminants culturels. A partir des cas cliniques exposés et de références théoriques, nous discuterons des dimensions faisant du lieu d'habitation un élément de bien-être constitutif de la santé mais également un outil thérapeutique.

DIMENSION SOCIALE

Les enjeux sociaux du logement sont multiples. Avoir un toit permet de s'inscrire dans une norme sociétale. Cela participe notamment à l'obtention du statut d'adulte, mais aussi de citoyen.

LA DECOHABITATION OU DEVENIR ADULTE

Avoir un logement c'est d'abord quitter celui de ses parents. Il s'agit d'une étape que les sociologues nomment la décohabitation. Ce processus tient une place importante dans notre société contemporaine car il fait partie des étapes indispensables de la construction identitaire. En quittant le domicile parental, le jeune marque son individualité, il fait un pas de plus vers le fait de pouvoir prendre des décisions qui le concernent et s'autonomise vis-à-vis de ses parents. Notons qu'il faut distinguer la notion d'autonomie, qui renvoie ici au fait de se gouverner soi-même, de se donner sa propre loi, et celle d'indépendance qui correspond au fait de disposer de ressources permettant l'autosuffisance. Bien souvent la décohabitation n'est pas synonyme d'indépendance⁵². La cohabitation prolongée est considérée aujourd'hui de manière péjorative et comme une incapacité à devenir soi⁵³ alors que la liberté, l'autonomie individuelle sont valorisées. Dans cette logique, c'est au jeune de déterminer le moment et les conditions de sa décohabitation. Au contraire, si elle était proclamée par ses parents, cela pourrait être vu comme un échec dans l'éducation apportée.

⁵² Maunaye, "Quitter ses parents."

⁵³ Maunaye, "Les conversations familiales au sujet du départ des enfants."

Cette injonction sociétale n'est cependant pas toujours facile à assurer, d'autant plus pour un individu avec des troubles psychotiques. C'est le cas pour M.L. qui, à 35 ans, vit toujours avec sa mère. Le manque d'initiative, les difficultés d'insertion professionnelle, le peu d'interactions sociales en dehors de la cellule familiale ont probablement fait partie des obstacles à son autonomisation. Il est également possible que la dynamique familiale ait bénéficié de son incapacité à quitter le domicile parental. En effet, peu de temps après son départ, la mère de M.L. est institutionnalisée en EHPAD, le maintien de cette femme seule au domicile paraissant impossible. L'hypothèse peut être faite que les troubles de M.L. ont longtemps été tolérés par la famille car ils permettaient une cohabitation prolongée assurant un double étayage entre lui et sa mère. Toutefois à l'instant où ses troubles du comportement et sa bizarrerie sont reconnus en tant que symptômes d'un trouble psychiatrique, l'étayage dont il a besoin fait partie du domaine du soin et la situation familiale ne peut être maintenue telle quelle.

Comme pour M.L, c'est parfois l'intermédiaire de l'Institution qui permet de faire un pas vers le processus d'individualisation en quittant le domicile parental. L'enjeu est alors de ne pas substituer un état de dépendance à un autre et que l'individu puisse accéder à l'autonomie également vis-à-vis de l'Institution. Nous reviendrons sur cette question plus tard.

PRENDRE PART A LA SOCIETE OU DEVENIR CITOYEN

Bénéficier d'un logement ou non est un facteur essentiel de l'exercice de la citoyenneté d'un individu.

En premier lieu, c'est une condition déterminante de l'accès à d'autres droits sociaux tels que le droit à l'éducation, au travail ou à un revenu minimum d'existence,

le droit à la santé et à la protection de la famille, ou le droit aux fournitures de base comme l'eau ou l'électricité.⁵⁴

Il s'agit également d'un élément décisif de la participation sociale. Ceci a notamment été constaté lors d'observations concernant les SDF. D'une part, la précarité qui existe en conséquence implique des difficultés à assurer les besoins primaires de survie et ne laisse plus d'espace disponible pour une quelconque participation sociale. D'autre part, l'absence de toit entraîne d'emblée une situation d'exclusion, dans le sens où cela constitue une rupture avec la norme. L'exclusion de la société entraîne une remise en cause de la citoyenneté dans sa dimension statutaire, avec la perte de l'exercice de ses droits, mais également identitaire, avec la disparition du lien social et de l'identification collective.

Par ailleurs, plusieurs études montrent que le type d'habitation influe sur le degré d'intégration sociale lorsqu'elle est mesurée en fonction de critères tels que les revenus et dépenses, la fréquence de participation à des activités dans la communauté ou la qualité et la quantité des interactions sociales.⁵⁵

PERMETTRE LES RELATIONS AVEC LES AUTRES

Le logement peut permettre de marquer une individuation qui existait déjà au niveau psychique mais cela peut aussi, pour les sujets qui n'auraient pas encore réalisé ce processus, servir de socle à cette individuation.

⁵⁴ Dorvil et al., "Le logement comme facteur d'intégration sociale pour les personnes classées malades mentales."

⁵⁵ Ibid.

Avoir un domicile crée une distinction matérielle entre l'espace privé et l'espace public. Il s'agit d'une fonction primordiale dans le maintien de relations sociales conformes aux codes sociaux imposés par la société. En effet, l'espace privé permet de vivre son intimité, de se laisser aller à ses humeurs et de transgresser les convenances exigées dans l'espace public. Au contraire, les SDF n'ont pas la possibilité de mettre à distance le monde environnant, la seule limite qui persiste est celle de leur propre corps. Selon N.Leroux, cette situation inhibe les relations sociales et freine ainsi toute construction personnelle⁵⁶.

Nous supposons que pour Mme D., l'importance d'avoir un logement et la crainte de retourner à la rue tiennent en partie de ces considérations. En effet, son appartement situé au rez-de-chaussée lui laisse la possibilité d'observer ce qu'il se passe à l'extérieur tout en la protégeant du regard des autres qui lui est parfois douloureux. Cela lui permet de vivre comme elle l'entend, pas toujours de manière très conventionnelle, sans être constamment soumise au jugement social. Ainsi elle peut entretenir quelques relations avec son voisinage malgré ses idées de persécution car elle peut se réfugier dans un espace privé dans lequel elle ne se sent pas en permanence menacée. Toutefois ceci complique parfois les soins puisqu'elle a du mal à accepter les infirmiers dans son intimité.

Par ailleurs, le fait d'avoir une habitation montre à l'autre sa propre capacité à exister car il est le témoin de son réseau social d'appartenance. En cela il est la preuve de la faculté d'un individu à être intégré dans la société.⁵⁷

⁵⁶ Leroux, "Qu'est-ce qu'habiter ?"

⁵⁷ Ibid.

Ces différents aspects soulignent le rôle du logement dans les normes sociales qui nous gouvernent. Celles-ci sont bien entendu fonction de la société dans laquelle nous évoluons. Celles énoncées ici concernent la société occidentale contemporaine mais elles sont bien différentes en fonction des époques et des références culturelles de chacun. Il n'en reste pas moins que ces normes peuvent être rejetées, et se situer en marge de celles-ci conduit à l'exclusion. Au contraire, être intégré à la société peut permettre un bien-être social, qui fait partie d'une certaine définition de la santé.

Ainsi, pour Mme D., ce n'est pas seulement le fait de ne plus être sans abri qui l'a aidée à renouer contact avec ses filles. Son premier logement n'avait pas suffi. Mais le travail fait avec les soignants autour de l'investissement de cet appartement et la réintégration d'un certain nombre de codes sociaux a peut-être facilité le fait qu'elle puisse recouvrir une place dans sa famille par le biais de son rôle de grand-mère.

DIMENSION SANITAIRE

Afin d'expliciter le rôle joué par le logement dans le niveau de santé d'un individu, nous partirons du constat fait dans plusieurs études du mauvais état de santé des personnes sans abri.

Selon une enquête INSEE de 2001⁵⁸, 16% des sans-abri se déclarent en mauvais état de santé contre seulement 3% de la population générale. Malheureusement il ne s'agit pas seulement d'un ressenti subjectif. Il n'est pas retrouvé de pathologie spécifique à la population de SDF, en revanche la prévalence et/ou l'incidence de certaines pathologies y est beaucoup plus élevée que dans la population générale.

C'est le cas notamment de la tuberculose, dont l'incidence est 30 fois supérieure⁵⁹, des pathologies cutanées⁶⁰, des maladies à transmission sanguine et sexuelle (la prévalence du VIH, VHB et VHC est deux fois plus importante⁶¹).

Par ailleurs, les maladies chroniques telles que le diabète ou l'épilepsie ont, d'une part, une prévalence plus élevée qu'en population générale (6,1% contre 4,9% pour le

⁵⁸ de la Rochère B., "La Santé Des sans-Domicile Usagers Des Services D'aide."

⁵⁹ "La Santé Des sans-Abri | Académie Nationale de médecine Académie Nationale de Médecine."

⁶⁰ Gazin and Brouqui, "Les maladies infectieuses chez les sans abris."

⁶¹ "La Santé Des sans-Abri | Académie Nationale de médecine Académie Nationale de Médecine."

diabète⁶²) mais surtout leurs complications sont majeures du fait d'une prise en charge plus tardive.

Les conséquences en sont un nombre d'hospitalisations plus important, des séquelles fonctionnelles plus fréquentes et une espérance de vie moindre⁶³.

Les troubles psychiatriques sont également plus fréquents, avec notamment une prévalence accrue de troubles psychotiques (13% soit environ de 10 fois celle de la population générale^{64, 65}), de troubles dépressifs (20% contre 11%^{66, 67}) et un risque

⁶² Arnaud, Laporte, and Fagot-Campagna, "O27 Prévalence du diabète chez les personnes sans domicile fixe fréquentant des centres d'hébergement d'urgence à Paris, et caractéristiques des diabétiques connus, 2006."

⁶³ "La Santé Des sans-Abri | Académie Nationale de médecineAcadémie Nationale de Médecine."

⁶⁴ Laporte and Chauvin, P., "La Santé Mentale et Les Addictions Chez Les Personnes sans Logement Personnel d'Ile-de-France ; Rapport Final."

⁶⁵ Fazel et al., "The Prevalence of Mental Disorders among the Homeless in Western Countries."

⁶⁶ Laporte and Chauvin, P., "La Santé Mentale et Les Addictions Chez Les Personnes sans Logement Personnel d'Ile-de-France ; Rapport Final."

⁶⁷ Fazel et al., "The Prevalence of Mental Disorders among the Homeless in Western Countries."

suicidaire accru (risque suicidaire moyen ou élevé selon le MININ chez 12,9% des personnes interrogées dans l'enquête SAMENTA⁶⁸)

Les données sur la mortalité des sans-abri sont peu nombreuses, mais, en France, la moyenne d'espérance de vie serait autour de 45 ans⁶⁹ soit plus de 35 ans moindre que celle de la population générale.

Les raisons de cette réalité sont bien sûr les conditions de vie des SDF qui favorisent l'apparition et l'aggravation de ces pathologies. En outre, la problématique est celle d'un défaut d'accès aux soins et plus largement d'un non-recours aux soins. Cette dernière notion est intéressante car elle englobe non seulement le défaut d'accessibilité, dans ses dimensions matérielles, symboliques et psychologiques, mais aussi des aspects tels que les capacités individuelles (capacité d'un individu à se saisir des ressources économiques, sociales, politiques qui lui sont offertes), la compréhension du message de politique publique ou encore l'inscription biographique de ce non-recours à un droit social dans les populations précaires.

Les causes de non-recours aux soins sont multiples et complexes. Tout d'abord il paraît évident que la situation de précarité dans laquelle se trouve un individu sans domicile conduit à privilégier l'assouvissement de besoins primaires ou immédiats tels que se nourrir, trouver un endroit où passer la nuit, où faire ses besoins, se vêtir, satisfaire ses addictions ou encore essayer de régulariser sa situation sociale. Les

⁶⁸ Laporte and Chauvin, P., "La Santé Mentale et Les Addictions Chez Les Personnes sans Logement Personnel d'Ile-de-France ; Rapport Final."

⁶⁹ Hirsch M., "La Réduction Des Inégalités de Santé Est Au Cœur de La Cohésion Sociale."

ressources dont le sujet dispose en termes d'économie, de temps ou d'énergie sont prioritairement engagées dans ce qui participe à sa survie immédiate. Lorsque le présent est déjà si instable qu'il occupe tout l'espace, il paraît difficile d'anticiper, de projeter. Ainsi, même si la santé reste une préoccupation importante des personnes en situation précaire, elle est comme « mise en sommeil »⁷⁰. Non seulement car il est malaisé d'anticiper des rendez-vous médicaux, par exemple, mais également car l'impossibilité de se projeter rend lointaines les conséquences néfastes d'un problème de santé actuel. Le besoin de soins est donc ressenti beaucoup plus tardivement que chez des individus appartenant à d'autres catégories sociales. Ce n'est qu'à l'apparition de complications fonctionnelles, empêchant la réalisation de tâches estimées essentielles, que la demande émerge. Celle-ci existe donc essentiellement dans une logique curative.

Plusieurs théories concernant le rapport à la douleur des personnes sans abri tentent d'apporter des explications au retard de leur recours aux soins. Pour certains, il s'agirait d'un décalage entre la douleur sensorielle ressentie et la souffrance physique qui l'accompagne. Peraldi parle d'un abandon du corps entraînant des analgésies sidérantes, Declerck évoque « une souffrance de fond » qui ferait partie de l'identité des clochards⁷¹. Un autre angle de vue met l'accent sur une moindre expression de la douleur plutôt que sur un défaut de sensation. Ici encore, plusieurs hypothèses ont été faites. Il pourrait s'agir d'un faible niveau d'accessibilité à la

⁷⁰ Rode, "Le "non-Recours" Aux Soins Des Populations Précaires. Constructions et Réceptions Des Normes."

⁷¹ Benoist, "Vivre dans la rue et se soigner."

subjectivité du sujet ou d'une moindre expression volontaire. La résistance à la douleur serait une compétence valorisée. Gérer celle-ci, endurer la souffrance, contribuerait à des enjeux identitaires et à la revalorisation de l'image de soi.

Un dernier point qu'il paraît important de souligner est le rapport entre les SDF et les institutions. D'un côté, les sans-abris entretiennent parfois une certaine méfiance vis-à-vis de certaines structures, d'autant plus qu'ils les jugent coercitives. De l'autre, il peut exister des attitudes de rejet⁷² de la part des thérapeutes. Celles-ci sont dues à une méconnaissance des particularités socio-psychologiques de cette population, rendant les rapports difficiles, mais aussi à des sentiments de peur, de dégoût ou encore à la remise en question de leur fonction de guérir⁷³. Ces facteurs rendent le dialogue et l'alliance délicats entre soignants et SDF et ont pour conséquence une mise à distance de ces derniers du système de soins.

Ainsi, l'absence de logement, par la situation de précarité qu'il entraîne, est un facteur de mauvaise santé physique et psychique et il paraît donc importante, en tant que médecin, de soutenir l'accès au logement des patients que nous suivons.

⁷² Rode, "Le "non-Recours" Aux Soins Des Populations Précaires. Constructions et Réceptions Des Normes."

⁷³ Ibid.

DIMENSION THERAPEUTIQUE

A travers l'accompagnement apporté par les équipes soignantes, le logement peut recouvrir une dimension thérapeutique dont nous allons exposer ici les principes théoriques appuyés sur les histoires cliniques relatées précédemment.

LA FONCTION CONTENANTE

Une structure de soins psychiatriques doit fournir les conditions nécessaires au patient en souffrance psychique pour tenter d'évoluer d'un état de dépendance absolue à celui de dépendance relative. Cette capacité d'entretenir un environnement suffisamment bon pour être le socle de la stabilité psychique et de l'éventuelle autonomisation du patient, est définie par la fonction contenante.

Celle-ci a d'abord été théorisée par Wilfred R. Bion dans « Aux sources de l'expérience »⁷⁴. Dans cet ouvrage, il définit des éléments-beta comme étant les « impressions des sens » et les « émotions dont le sujet à conscience ». Il s'agit d'éléments bruts incapables de se lier entre eux pour former une quelconque cohérence et non utilisables par la pensée. En revanche, ils peuvent être introjectés dans l'appareil psychique de la mère. Celle-ci les transforme en éléments-alpha, disponibles pour la pensée, avant de les ré-introjecter dans la psyché du bébé. Les éléments-beta sont détoxiqués au moyen d'une fonction que Bion appelle la fonction-alpha. (Une fonction étant ici une activité mentale issue d'un ensemble d'activités mentales agissant ensemble.) Ainsi Bion se sert du concept d'identification projective, élaboré par M. Klein, et détermine une fonction-alpha qui permet d'élaborer

⁷⁴ Bion, *Aux sources de l'expérience*.

l'expérience émotionnelle. Celle-ci, représentée par les éléments-beta, devient alors utilisable par la pensée. La mère « prête » donc son psychisme au bébé, elle contient les éléments bruts et les convertit au moyen de ce que Bion appelle sa « capacité de rêverie⁷⁵ ». Ce processus permet progressivement au bébé de développer sa propre fonction-alpha et donc sa capacité à penser par lui-même.

Sur un plan thérapeutique, cette fonction se traduit par une fonction maternante⁷⁶ des soignants, permettant au patient de projeter ses émotions, ses angoisses, ses ressentis. Grâce à sa capacité à « penser les pensées⁷⁷ », qui correspondrait à la capacité de rêverie de la mère, le soignant aide le patient à vivre son expérience émotionnelle de manière plus tolérable. Celui-ci peut alors la supporter plus facilement, l'intégrer, lui donner du sens et progressivement développer sa propre capacité à penser. Au début de sa prise en charge soignante, l'angoisse de M.L. est tellement envahissante qu'il ne peut exprimer sa pensée. Il est totalement figé et répond aux questions qui lui sont posées par des monosyllabes. Par leur attention bienveillante, les soignantes l'amènent progressivement à entrer en contact avec eux, puis avec les autres en général, sans que l'expérience émotionnelle qui en découle ne soit une souffrance pour lui. Au fur et à mesure, sa parole se désinhibe, il développe même différentes modalités de communication, dont l'humour fait partie, jusqu'à être capable d'entretenir des contacts sociaux qu'il apprécie.

⁷⁵ Ibid.

⁷⁶ Ciccone, "Enveloppe psychique et fonction contenante."

⁷⁷ Bion, *Aux sources de l'expérience*.

Selon Donald W. Winnicott, la fonction contenante s'exprime dans les relations mère-nourrisson très précoces par ce qu'il conceptualise dans les notions de *holding* et *d'handling*. Le *holding* se réfère au portage de l'enfant par sa mère, qu'il soit physique ou psychique, et qui lui assure la sensation d'être soutenu et donc en sécurité. Le *handling* correspond à la manipulation du bébé lors des soins apportés par la mère, il lui permet de construire ses limites corporelles et son intériorité. Grâce au *holding* et au *handling*, la mère s'adapte activement aux besoins de son bébé. Cette adaptation, très étroite dans un premier temps, doit progressivement diminuer et laisser place aux carences partielles de l'environnement, à mesure que l'enfant apprend à faire face à la frustration. Si la mère est capable, comme c'est le cas la plupart du temps, de suivre ce processus, elle est ce que Winnicott qualifie de « suffisamment bonne »⁷⁸. En effet, elle permet à son enfant de s'autonomiser en lui offrant un environnement sûr et la possibilité de construire son moi.

Une mère suffisamment bonne offre à l'enfant la possibilité de développer sa capacité à être seul grâce à l'expérience « d'être seul avec quelqu'un »⁷⁹. Dans un premier temps, pouvoir compter sur la présence effective de sa mère lui permet d'édifier sa confiance en un environnement favorable. Il peut ensuite intérioriser cette mère-support et être seul sans avoir recours à tout moment à la mère. L'enfant construit ainsi un sentiment continu d'exister et une sécurité interne qui l'autoriseront à faire ses propres expériences, à édifier son moi personnel et à faire face aux difficultés inhérentes à la vie.

⁷⁸ Winnicott, *La mère suffisamment bonne*.

⁷⁹ Ibid.

Lorsque M.L. rejoint son appartement thérapeutique, il a besoin d'être rassuré par l'environnement qui l'entoure. L'attention bienveillante des infirmiers lui permet de se départir de son angoisse. Le travail des soignants vise à valoriser ses compétences à réaliser seul ce qu'il était parvenu à faire, jusqu'ici, avec leur aide afin qu'il puisse s'émanciper de leur présence. Ce processus est manifestement un succès chez M.L. puisqu'il fait émerger sa demande d'intégrer un logement personnel. C'est à la fois le développement de sa capacité à penser par et pour lui-même, l'amélioration de son estime de soi et la confiance qu'il a dans le cadre soignant qui conduisent à ce parcours, car il est désormais susceptible d'assumer d'être seul.

Selon Winnicott, une mère « trop bonne » devient une « infirmière » voire « une sorcière », elle soigne son enfant mais instaure de ce fait un état de dépendance.⁸⁰ Au contraire, la défaillance de la fonction contenante empêche la construction de limites et donc la différenciation entre monde interne et monde externe. Ceci aboutit à une instabilité et à des difficultés à construire des liens, la proximité de l'autre étant vécue comme dangereuse par le risque d'intrusion.

Le rôle de la fonction contenante est donc également celui de poser les limites afin que le bébé puisse se percevoir en tant qu'unité et ainsi structurer et élaborer son moi.

Le comportement de M.T. indique ses difficultés à établir des liens satisfaisants avec les autres et il est possible qu'un défaut de l'intégration de ses propres limites en soit à l'origine. En effet, il peine à trouver la distance appropriée avec ses relations. Cela le conduit notamment à se laisser envahir par son frère ou des « amis » qui le

⁸⁰ Winnicott, *Jeu et réalité*.

mettent en danger. La situation semble alors le faire souffrir mais il ne sait comment y mettre un terme. Cependant, à mesure de sa prise en charge, il semble prendre conscience de la faculté des soignants à l'aider à mettre des limites et il est capable de leur demander de l'aide. Preuve également qu'il a confiance en leur fonction protectrice. Malheureusement il ne peut lui-même fixer les limites de son espace et les autres restent ainsi un danger. Peut-être est-ce une explication de sa décompensation à l'évocation d'un déménagement en appartement autonome. Le danger représenté par autrui sans la protection soignante serait trop important.

Dans les soins, la fonction contenante est, dans un premier temps, utilisée pour recevoir la vie émotionnelle perturbée du patient et la lui rendre moins violente. Elle doit progressivement être intériorisée par le patient afin qu'il développe sa capacité à penser par lui-même et qu'il puisse devenir soi, c'est-à-dire s'émanciper de l'institution soignante. Elle peut être définie comme un équilibre entre une fonction maternante et une fonction paternante. La fonction maternante ferait écho aux qualités d'adaptation, de souplesse, de réceptivité et de portage de la fonction contenante. La fonction paternante, elle, renverrait à la solidité et à la résistance, elle serait plutôt du registre du cadre et des limites, permettant d'introduire la dimension de tiers et de limiter la toute-puissance du patient. Il s'agit d'une sorte de bisexualité psychique⁸¹ du soignant permettant au patient de s'autonomiser dans un cadre sécurisé. Celui-ci est alors assuré à la fois de la stabilité et de la continuité du cadre mais également de la bienveillance des soignants, dans le sens où ils n'ont pas pour but de le maintenir dans un état de dépendance. Ce sont toutes ces qualités qui offrent au patient un espace de séparation

⁸¹ Ciccone, "Enveloppe psychique et fonction contenante."

satisfaisant et lui fournissent les conditions nécessaires à une certaine stabilité psychique mais aussi à son autonomisation.

AUTONOMISATION

La fonction contenante est le socle de l'autonomisation. Il s'agit d'une notion valorisée dans notre société occidentale contemporaine et qui apparaît souvent comme objectif de soin dans les prises en charge des patients atteints de troubles psychotiques. Il semble donc important de pouvoir définir ce terme.

Etymologiquement, « Autonomie » vient des racines grecques *auto*, soi, et *nomos*, loi, c'est-à-dire « se donner sa propre loi ». Cependant il s'agit d'un concept revêtant de multiples aspects. Il est souvent associé à la liberté, soit en tant qu'indépendance vis-à-vis d'un contrôle extérieur, soit en tant que libre arbitre. Il peut aussi être rapproché des notions d'autodétermination ou d'émancipation. Ainsi, évoquer l'autonomie d'une personne, peut se rapporter à sa capacité de mouvement, sa capacité d'agir par elle-même ou encore sa capacité de jugement. Différents champs de l'autonomie sont ainsi différenciés tels que l'autonomie fonctionnelle, psychique, relationnelle etc. La complexité de la notion d'autonomie réside dans le fait qu'elle peut recouvrir des sens qui paraissent parfois opposés.

Ainsi, l'autonomie est définie dans le dictionnaire Larousse comme « la capacité de quelqu'un à ne pas être dépendant d'autrui »⁸². La dépendance étant elle-même comprise comme le « rapport de liaison étroite entre quelque chose et ce qui le conditionne »⁸³. Or, comme nous l'avons vu, Winnicott définit le processus

⁸² “Dictionnaire Français - Dictionnaires Larousse Français Monolingue et Bilingues En Ligne.”

⁸³ Ibid.

d'autonomisation comme s'appuyant sur le support de la mère, c'est-à-dire un état de dépendance, d'abord étroit puis relatif.

Ceci nous amène à considérer deux conceptions de l'autonomie, idéalisée et desidéalisée, telles que les définit B.Eyraud⁸⁴.

La vision idéalisée, correspond à une vision kantienne de l'autonomie. Elle repose sur l'idée que les capacités de rationalité et de réflexion de l'individu lui permettent de faire des choix en toute indépendance. Il est en mesure de juger, délibérer, agir, se projeter en s'émancipant de toute forme de dépendance. Ceci fait référence à l'existence d'un libre arbitre.

La vision desidéalisée, quant à elle, fait des liens, des supports et des protections sociales les conditions pour l'exercice de l'autonomie. Celle-ci est alors considérée comme une liberté relative de l'individu au sein de la société dans laquelle il exerce son autonomie, à travers les contraintes du milieu extérieur. B.Eyraud prend l'exemple des mesures de protection. La mise sous tutelle ou sous curatelle, bien qu'à visée protectrice, est une contrainte pour l'individu. Cependant si celui-ci est capable de se l'approprier, il peut s'en servir comme support d'une dynamique d'autonomie. C'est ce que nous avons pu constater avec l'histoire clinique de M.L.. En effet, les visites à domicile, qui se poursuivent encore aujourd'hui, peuvent apparaître comme une entrave à sa liberté dans le sens où il doit se trouver à son domicile à une date et un horaire précis. Mais ML ne souhaite pas l'arrêt de ces rdv. En effet, il explique lui-même que cela lui permet de rester ouvert sur le monde. Ceci ne concerne pas seulement la rencontre mensuelle avec les infirmiers. Le fait qu'il se soit approprié ce

⁸⁴ Eyraud, "Quelle autonomie pour les « incapables » majeurs ?"

cadre qui le rassure, et le rythme qu'il lui impose, lui offre un ancrage dans la réalité qui l'aide à maintenir des relations avec les autres et à ne pas se replier sur lui-même. En d'autres termes, la dépendance de M.L. aux infirmiers qui viennent le voir, lui permet de continuer à assurer son autonomie au quotidien, comme pouvoir aller faire ses courses par exemple. Il s'agit d'une contrainte librement consentie que B.Eyraud nomme « l'appropriation agissante »⁸⁵. L'autonomie est l'expression d'une acceptation des limites. Dans cette conception, l'intégration par l'individu des contraintes sociales lui fournissent l'opportunité d'être autonome.

Ainsi s'opposent l'exercice de l'autonomie fondée sur le libre arbitre, de celle déterminée par une injonction normative. B.Eyraud fait l'hypothèse d'un possible équilibre entre les deux par la détermination mutuelle du sujet capable et de la norme obligeante. Cette vision me paraît intéressante car elle met en exergue le nécessaire ajustement de la fonction contenante des soins au patient et à l'évolution de ses troubles afin qu'il puisse accéder à un degré d'autonomie satisfaisant. Mais elle questionne aussi l'adaptation du malade à son environnement en fonction de la norme des codes d'insertion sociale.

Il s'agit d'une des problématiques posées par la prise en charge de Mme D. car, pour entamer un processus de réinsertion, elle doit accepter un certain nombre de codes sociaux, notamment vestimentaires et comportementaux. Toutefois, elle refuse de se plier à une partie de ces exigences et ceci peut être considéré comme l'expression de son libre arbitre. Paradoxalement, l'interprétation de ces écarts par les membres de l'équipe, les conduit à interroger ses facultés à être autonome et à se

⁸⁵ Ibid.

passer du cadre soignant. Ils seraient plus rassurés si elle leur montrait sa capacité à prendre les décisions qu'ils estiment être les meilleures pour elle. Au contraire, l'expression de sa volonté propre, qui n'est pas conforme à la norme, les inquiète. La normativité du regard soignant ou sa capacité à mettre à distance sa propre subjectivité sont donc également des éléments déterminants dans le degré de libre arbitre accordé au patient.

L'AJUSTEMENT DE LA FONCTION CONTENANTE

Ajuster la contenance des soins peut se traduire par un équilibre entre protection et responsabilisation. Cette mesure n'est pas toujours facile à trouver et elle nécessite une évolution en fonction de l'état clinique du patient. Lorsqu'elle n'est pas adaptée, les soins ne peuvent être bénéfiques pour le patient.

DEFAUT D'ETAYAGE

Comme nous l'avons vu, étymologiquement, autonomie réfère à soi et à la loi, c'est-à-dire à la réalité. Or nous savons que chez les sujets psychotiques, ces rapports sont perturbés voire angoissants. Ainsi conduire un patient psychotique à une situation de séparation totale vis-à-vis de l'autre, le prive également d'un support qui pourrait lui être précieux. Le cadre sécurisé et rassurant apporté par les soignants permet au patient de s'arrimer à la réalité. Si celui-ci n'est pas assez solide, le risque est le repli, l'isolement, l'incurie. C'est finalement l'angoisse qui enferme et devient aliénante. L'histoire de M.T. révèle bien cette dimension. En effet, c'est lorsqu'est envisagé un logement lui offrant plus d'autonomie que ses symptômes psychiatriques réapparaissent bruyamment. Le potentiel ébranlement du cadre sécurisant qui lui était apporté jusqu'ici, entraîne une décompensation qui l'empêche dès lors de réaliser un certain nombre d'actes qu'il faisait seul auparavant.

L'autonomie n'est donc pas fonction d'un panel de libertés qui serait le plus large possible. Il s'agit plutôt de la capacité de l'individu à transformer ces libertés en opportunités réelles. Cette vision correspond à la notion de capacités (néologisme formé de l'anglais « capabilities ») théorisée par l'économiste indien Amartya Sen et transposée à l'anthropologie philosophique par Paul Ricœur⁸⁶. Selon cette approche, la maladie entraîne une vulnérabilité qui prive l'individu de capacités d'action. Ceci lui rend inaccessible un certain nombre de champs auxquels, théoriquement, le sujet devrait avoir accès. Les soins visent à accompagner le patient afin qu'il retrouve des capacités d'action et qu'il puisse se saisir des potentialités qui lui sont offertes. Au contraire, mettre à disposition une opportunité dont le patient n'a pas la capacité de se saisir pourrait être considéré comme une forme de maltraitance. Par exemple, offrir un logement autonome à un patient sans l'accompagner peut le conduire à se mettre en danger notamment secondairement à l'angoisse générée.

Une partie des enjeux de l'orientation des patients au cours de leur prise en charge réside dans cette mesure à trouver. Ainsi, selon les soignants, et son parcours semble leur donner raison, M.L. n'est pas apte à intégrer un logement personnel dès sa sortie d'hospitalisation. S'il paraît important qu'il puisse quitter le domicile parental, il n'est pas judicieux de lui proposer une solution qui pourrait le laisser démuné face à une trop grande autonomie. Son manque d'initiative, son apragmatisme et l'angoisse que l'inconnu génère chez lui pourraient le conduire à un repli psycho-social et une importante souffrance psychique. Ainsi sous couvert d'une intention bienveillante visant à le rendre indépendant de sa mère, il serait abandonné à ses troubles.

⁸⁶ Svandra, "L'autonomie comme expression des « capacités »."

De même, M.T. quitte finalement son appartement thérapeutique et est réhospitalisé car la contenance du service hospitalier est pour lui plus adaptée. La question qui se pose alors est celle de son futur hébergement. Il se sent bien à l'hôpital mais il ne s'agit pas d'une solution d'hébergement à proprement parler. Un projet d'admission en MAS (Maison d'Accueil Spécialisée) est donc élaboré afin de continuer à lui apporter l'attention quotidienne qu'il nécessite. Cependant cette orientation signifie l'arrêt des tentatives d'autonomisation, à quelque degré que ce soit, pour M.T. et sort, en ce sens, du champ des soins psychiatriques.

CONTENANCE EXCESSIVE

Afin d'apporter un cadre sécurisé au patient, les soins lui offrent un espace de régression transitoire. Si celui-ci est indispensable dans un premier temps, il ne doit pas devenir pérenne. En effet, cela reviendrait à adopter la position de « mère trop bonne » décrite par Winnicott⁸⁷ et qui correspond à une adaptation absolue aux besoins du sujet. Cette posture protectrice conduit à une dépendance totale et à la perte de toute initiative.

Ce phénomène a été décrit par Erving Goffman au sujet des institutions totalitaires. Il décrit dans *Asiles* comment certaines institutions, en imposant un mode de vie régit autoritairement et prenant en charge tous les besoins de l'individu, « [dérobent] à toutes les initiatives leur sens autonome ⁸⁸ ». Selon lui, l'adhésion aux institutions permet de faire partie d'une société. Cependant c'est le pluralisme des institutions auxquelles l'individu participe, et ainsi la diversité des rôles qu'il peut

⁸⁷ Winnicott, *La mère suffisamment bonne*.

⁸⁸ Goffman, *Asiles*.

prendre, qui lui permettent d'exister pour lui-même. Au contraire, si une seule institution prend en charge l'individu dans sa globalité, elle l'aliène par l'intériorisation des contraintes auxquelles elle l'astreint. Ce processus est nommé *asiliation* ou encore *institutionnalisme*, il conduit à ce que Robert Castel décrit comme « l'impuissance à vivre dans tout autre milieu ».⁸⁹ Ainsi malgré une intention première qui peut être bienveillante, l'individu est conduit, à une perte de ses habiletés sociales.

Dans les soins psychiatriques, l'institution risque de devenir aliénante lorsque, par l'illusion de savoir absolument ce qui est bien pour l'autre, elle empêche l'individuation. C'est ce qu'il se passe lorsque la fonction maternante est prédominante car elle crée un univers clos et autosuffisant. La fonction paternante a ici pour rôle de séparer l'individu de l'institution et ainsi de s'assurer que la période de régression nécessaire à la construction d'une sécurité interne ne soit que temporaire. Par cette fonction paternante, l'institution psychiatrique doit laisser un espace au manque car celui-ci est utile au patient pour apprendre à être seul, penser et élaborer des projets. Si cette fonction séparatrice, par les frustrations qu'elle induit, peut être initialement à l'origine de réactions de révolte ou d'inhibition, elle est aussi libératrice. Elle ouvre le champ aux relations avec les autres et à l'autonomisation. Ainsi, en opposition aux institutions totales, l'institution psychiatrique doit se considérer comme incomplète, limitée afin de laisser la place à l'émancipation du sujet.

Ainsi, c'est grâce à l'éloignement du cadre soignant et au vide qu'il crée que M.L. peut exprimer son libre arbitre. Au début de son emménagement seul, il décrit une période d'adaptation pendant laquelle il dit avoir « trouvé le temps long ». Un espace

⁸⁹ Ibid.

de temps, qui était auparavant comblé par le mouvement des autres, lui appartient désormais. En le comblant progressivement par des occupations qu'il a lui-même choisies il peut continuer à affirmer son individualité.

EVOLUTIVITE

Le processus d'autonomisation du patient s'appuie donc sur l'ajustement synchronique et diachronique de la fonction contenante des soignants. Il résulte de l'équilibre entre une posture protectionniste et une attitude responsabilisante, qui ne doit pas devenir abandonnante, et cette position doit évoluer dans le temps.

AJUSTEMENT DIACHRONIQUE

Cette notion d'évolutivité est particulièrement importante et elle a notamment été soulignée lors de l'émergence de la notion de handicap psychique. En effet, la loi du 11/02/2005 définit le handicap comme « toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant »⁹⁰. En apportant une reconnaissance officielle au handicap psychique, cette loi permet une compensation sociale aux difficultés engendrées par la maladie mentale. Elle conduit à faciliter l'intervention des acteurs sociaux et médico-sociaux auprès des patients habituellement pris en charge par le secteur psychiatrique. Cependant, les notions de handicap et de compensation peuvent conduire à envisager le logement non plus comme thérapeutique mais orthopédique. Si cela a des avantages, comme celui de fournir une béquille rassurante au patient, le risque est de le figer dans un état de dépendance à l'institution qui peut-être aliénant. Dans cette conception du logement, celui-ci n'est pas considéré comme

⁹⁰ *Loi N° 2005-102 Du 11 Février 2005 Pour L'égalité Des Droits et Des Chances, La Participation et La Citoyenneté Des Personnes Handicapées.*

un outil de soin thérapeutique. L'intervention médicale n'y est d'ailleurs envisagée que pour favoriser l'observance du traitement médicamenteux ou intervenir en cas de décompensation.⁹¹ En revanche, il sert de socle à la réinsertion sociale.

La question du maintien du lien à l'Institution n'est pas aisée à résoudre. Ainsi l'autonomie de M.L. semble satisfaisante aux yeux de tous et il continue de recevoir les visites des infirmiers. Toutefois il est intéressant de s'interroger sur le maintien de cette prise en charge, car si elle semble parfaitement adaptée, faut-il poursuivre le processus d'autonomisation entamé et arrêter les visites à domicile ? De même, et comme nous l'avons souligné précédemment, l'admission en MAS de M.T. fait le deuil de son indépendance vis-à-vis de l'Institution. Cette position est liée à des éléments de réalité indiscutables mais elle abandonne l'idée d'évolution par un travail psychique.

AJUSTEMENT SYNCHRONIQUE-LA PLACE DES MURS

Afin de pouvoir ajuster la contenance apportée à chaque situation clinique, il est nécessaire de pouvoir s'appuyer sur un continuum de structures, dont les logements thérapeutiques font partie. Les lieux dédiés à ces différentes modalités de soin et donc leurs murs ont leur importance. En effet, ils servent d'étayage à l'équipe soignante. En délimitant un espace physique, ils matérialisent un espace psychique dans lequel la pensée peut se développer. Ces murs peuvent d'ailleurs parfois être attaqués mais leur réparation garantit la solidité et la continuité du cadre. Ils symbolisent la contenance psychique.

⁹¹ Velche and Roussel, "La participation sociale des personnes présentant un handicap psychique : effet de rhétorique ou perspective nouvelle ?"

Cette contenance matérielle prend une place importante dans les services hospitaliers fermés et particulièrement dans les chambre d'isolement. Celles-ci se situent à l'extrémité protectrice du continuum évoqué plus haut. Cependant, au-delà des murs, c'est l'élaboration de pratiques réfléchies par les soignants qui permet le processus psychique à l'origine des soins. Malgré leur utilité, les murs ne sont donc ni suffisants ni absolument nécessaires.

Les équipes mobiles de précarité et psychiatrie, par exemple, ont la particularité d'intervenir dans un cadre extrêmement souple et ne bénéficient pas de l'étayage des murs de l'Institution hospitalière. Pour autant, les soignants parviennent à administrer des soins psychiques dans l'espace immatériel que constitue la marge de la société.

La matérialité des murs n'est pas non plus suffisante à une visée thérapeutique. En prison, où l'objectif est punitif et sécuritaire, l'enfermement rappelle au sujet qu'il n'est pas capable de vivre dans la société. Il a pour but sa mise à l'écart, son exclusion. Toutefois, si les murs rappellent les limites de la réalité et peuvent parfois servir à suppléer une contenance interne fragilisée, en tant qu'institution totale, la prison rend dépendant de cet étayage. Celui-ci disparaît brutalement à la sortie et, sans accompagnement psychique, l'angoisse de cet abandon peut être importante. Ceci explique, au moins en partie, la recrudescence des passages à l'acte en fin de peine. Ainsi malgré le cadre fournit par le contexte carcéral, il n'existe pas l'attention soignante, équivalent de la préoccupation maternelle primaire de Winnicott⁹², qui fait de la contenance un outil de soins.

⁹²⁹² Winnicott, *La mère suffisamment bonne*.

La clinique de Mme D. questionne sur ce que les murs signifient pour elle. En effet, elle semble y attacher une grande importance. Elle évoque régulièrement au début de sa prise en charge la peur de perdre son logement. Elle y vit d'ailleurs de manière précaire pour s'assurer de maintenir ces murs autour d'elle. Les idées délirantes de persécution sont probablement à l'origine de ce besoin de protection. L'hypothèse peut être faite, que ses limites corporelles étant mal intégrées, les limites matérielles des murs lui permettent de consolider son sentiment d'unité.

LE LOGEMENT COMME OUTIL THERAPEUTIQUE

L'hébergement thérapeutique permet d'allier une contenance physique et psychique dont l'ajustement est assuré par le polymorphisme des solutions proposées. Il s'agit d'un précieux outil thérapeutique. En effet, en s'appuyant sur l'accompagnement soignant, il sert d'espace transitionnel.

La notion d'aire transitionnelle est définie par Winnicott comme une « aire médiane d'expérience », entre réalité objective et réalité subjective, dans laquelle l'enfant peut exprimer sa créativité. En tant qu'intermédiaire entre fusion et séparation, elle permet d'expérimenter les phénomènes de transition⁹³.

Ainsi le logement thérapeutique peut être considéré comme un lieu où, à travers les actes de la vie quotidienne, le patient exprime sa vie psychique. La réalité

⁹³ Winnicott, *Jeu et réalité*.

matérielle sert de médiateur aux soignants afin d'accéder aux ressentis du patient⁹⁴. C'est aussi un espace expérimental dans lequel le patient peut gagner son autonomie en éprouvant ses rapports avec les autres et avec le monde extérieur.

Il faut soutenir le patient dans la co-crédation de cet espace. Il est intéréssant de se demander si M.T. a su créer cet espace lors de son passage en appartement thérapeutique. Son discours semble indiquer le contraire lorsqu'il évoque un espace qui lui aurait mieux convenu entre « dedans » qui correspond à la résidence l'Accoste, devenue le lieu de sa persécution, et « dehors » qui se rapporte à la rue, milieu hostile et dangereux. De même Mme D. est contente de pouvoir observer le monde extérieur à travers ses fenêtres mais ne semble pas laisser la place à un travail psychique lorsque les membres de l'équipe viennent en visite. Ceci évoquerait plus un lieu de l'ordre du refuge qu'un espace de transition.

L'importance du logement se décline donc à différents niveaux. Pour chacun, il est un facteur de santé par le bien-être social, physique et psychique qu'il apporte. Pour les patients psychotiques, il est également utile en tant qu'outil thérapeutique. L'accompagnement soignant peut alors s'appuyer sur celui-ci afin de fournir la contenance psychique nécessaire à l'individuation psychique et favoriser les processus d'autonomisation.

⁹⁴ Cours international sur les techniques de soins en psychiatrie de secteur, Sassolas, and Santé mentale et communautés (Rhône), *Quels toits pour soigner les personnes souffrant de troubles psychotiques ?*

CONCLUSION

La juste réponse à apporter à l'hébergement des patients psychotiques n'est pas aisée à définir.

Elle doit s'adapter à chaque patient, à ses besoins, ses désirs et l'évolution de son état psychique.

Elle se situe à la frontière de plusieurs champs, faisant intervenir de multiples partenaires qui ont parfois une vision différente les uns des autres des objectifs visés par la proposition d'un hébergement.

Les réponses d'ordre social permettent de mettre l'accent sur les problématiques de réinsertion qui contribuent au bien-être social et participent ainsi à la santé des patients, telle que définie par l'OMS⁹⁵. Ce type d'accompagnement a aussi l'avantage de départir l'Institution psychiatrique du rôle totalitaire qu'elle pourrait avoir si elle était seule à prendre en charge les patients. Cependant, se limiter à une approche exclusivement sociale de l'hébergement, ne permet pas de tenir compte des difficultés d'adaptation ni de la vulnérabilité qu'engendre les troubles psychiques. Un regard soignant paraît donc indispensable.

Il contribue à apporter la contenance nécessaire à la stabilité psychique des patients et donne du sens aux événements qu'ils vivent. Cette élaboration psychique, faite grâce au regard du soignant psychiatrique, permet d'apporter d'autres dimensions à une expérience factuelle et d'ouvrir des perspectives allant au-delà des seuls

⁹⁵ « La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. »

aspects matériels. Le rôle de la psychiatrie se situe dans l'accompagnement de ce travail psychique. C'est ce qui fait d'une chambre d'isolement un espace de soin et non uniquement un lieu de coercition, ou d'un simple entretien une sphère suffisamment contenant. Toutefois l'utilisation de l'hébergement comme outil thérapeutique, engage le patient et l'équipe soignante dans une relation contractuelle qui soumet le patient à la subjectivité du regard des soignants⁹⁶. Bien que ces derniers puissent en avoir conscience et tenter de s'en détacher, il n'est pas facile de trouver la bonne mesure entre notre devoir de protection, la normativité de notre regard et l'importance de laisser s'exprimer le libre arbitre du patient.

Actuellement, de nouvelles approches concernant l'accès à l'hébergement de personnes atteintes de troubles psychiques se développent. Elles proposent de dissocier l'attribution d'un logement de l'engagement à se soigner. Elles ne sont pas basées sur la nécessité d'un contrat thérapeutique préalable.

En France, ceci a donné lieu au programme « Un chez-soi d'abord » mis en place à Toulouse, Marseille, Paris et dans la métropole Lilloise, inspiré de programmes nord-américains. Il s'agit d'une expérimentation, adressée à une population de sans-abris ayant des troubles psychiques sévères (dont les addictions) et des besoins élevés d'accompagnement. Elle propose l'accès à un logement ordinaire sans conditions de traitement ou d'arrêt de consommation de substances psychoactives. Le groupe auquel est attribué un logement est comparé à un groupe témoin, en théorie pris en charge par les dispositifs de droit commun. L'accompagnement apporté est basé sur les concepts de réduction des risques et de soins orientés vers le rétablissement. En

⁹⁶ Velpry, "Vivre avec un handicap psychique."

valorisant l'expérience du sujet et l'entraide par les pairs plutôt que l'expertise des professionnels ou de la famille, ces théories tentent de se dégager d'une vision normative des soins. Elles mettent en avant l'autodétermination, c'est-à-dire la capacité de l'individu à décider de ce qui est bon pour lui-même.

Toutefois la juste mesure entre négligence et contrôle reste une des problématiques de ces accompagnements. Par ailleurs, la solution d'hébergement privilégiée est exclusivement celle du logement ordinaire individuel. Pour autant, est-ce toujours la meilleure option et celle qu'auraient eux-mêmes choisi les usagers ?

Il faut remarquer que, quels que soient les dispositifs d'hébergement et l'accompagnement qui y est associé, ceux-ci doivent pouvoir s'appuyer sur des structures d'hospitalisation complète assurant au patient de pouvoir être pris en charge de manière adaptée en situation de crise ou toutes les fois qu'il le nécessite. Développer des solutions d'hébergement ne permet donc pas de faire l'économie de lieux d'hospitalisation complète, d'autant plus qu'il s'agit d'outils de soins qui ne sont pas adaptables à tous les patients.

Le logement est un facteur environnemental majeur pour tout individu. Pour les patients que nous suivons en psychiatrie, il se révèle être également un lieu de projection symptomatique et, à ce titre, un reflet de leur subjectivité. Ces aspects sont donc incontournables de la prise en charge en psychiatrie. De plus, il serait dommage de s'en détourner pour l'abandonner à d'autres partenaires car nous nous priverions alors, ainsi que les patients, d'un précieux outil thérapeutique.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Arnaud, A., A. Laporte, and A. Fagot-Campagna. "O27 Prévalence du diabète chez les personnes sans domicile fixe fréquentant des centres d'hébergement d'urgence à Paris, et caractéristiques des diabétiques connus, 2006." *Diabetes & Metabolism* 34 (March 2008): H17. doi:10.1016/S1262-3636(08)72837-4.
2. *Arrêté Du 14 Août 1963 Annexant Au Règlement Intérieur Modèle Du Service Intérieur Des Hôpitaux Psychiatriques Un Règlement Modèle Du Placement Familial Surveillé*, 1963.
3. *Arrêté Du 14 Mars 1986 Relatif Aux Équipements et Services de Lutte Contre Les Maladies Mentales, Comprenant Ou Non Des Possibilités D'hébergement*, n.d. Accessed February 6, 2016.
4. Aujaleu, DR., Pierre Bailly Salin, Lucien Bonnafé, and Et al. *Histoire de La Psychiatrie de Secteur Ou Le Secteur Impossible*. FONTENAY SOUS BOIS: RECHERCHES, 2006. http://irts-idf.bibli.fr/opac/index.php?lvl=notice_display&id=76889.
5. Ayme, Jean. "Essai Sur L'histoire de La Psychothérapie Institutionnelle." *Revue Institutions*, no. 44 (October 2009).
6. Baillon, Guy. "Introduction: Les enjeux du débat autour du handicap psychique." *Vie sociale*, no. 1 (n.d.): 5–12.
7. Bailly, J., M.-R. Moro, T. Baubet, O. Taieb, A. Reyre, and T. Belghouar. "Si les murs pouvaient parler... Contenance et enveloppes d'un lieu de soins ambulatoires en addictologie, étude qualitative par la photo-élicitation."

- European Psychiatry* 29, no. 8 (November 2014): 529.
doi:10.1016/j.eurpsy.2014.09.384.
8. Bailly, Rémi. "Le jeu dans l'œuvre de D.W. Winnicott." *Enfances & Psy* no15, no. 3 (October 1, 2005): 41–45.
9. Baratta, Alexandre. "L'utilisation de la chambre d'isolement comme soin en psychiatrie adulte Partie I Étude pilote au Centre de Brumath (EPSAN, Alsace Nord)." *Perspectives Psy* 48, no. 3 (n.d.): 278–85.
10. Barazzetti, G. "Autonomie de l'action et autonomie de la personne," February 17, 2008. <http://www.em-premium.com.doc-distant.univ-lille2.fr/article/82934/resultatrecherche/5>.
11. Barreyre, Jean-Yves, and Carole Peintre. "L'évaluation des situations de handicap d'origine psychique." *Vie sociale*, no. 1 (n.d.): 61–92.
12. Bars, Corinne Chaput-Le, and Arnaud Morange. "Le Housing-first." *Le sociographe*, no. 48 (December 1, 2014): 67–77.
13. Benoist, Yann. "Vivre dans la rue et se soigner." *Sciences sociales et santé* 26, no. 3 (n.d.): 5–34.
14. Bensasson, Géraldine. "Comportement d'observance et autonomie des patients en psychiatrie." *L'Évolution Psychiatrique* 78, no. 1 (January 2013): 142–53. doi:10.1016/j.evopsy.2013.01.008.
15. Besnard, Dominique, and François Chobeaux. "Contenir ou enfermer ?" *VST - Vie sociale et traitements*, no. 108 (n.d.): 11–13.

16. Bibrowski, Yves. "Dépendance et Institution," 2012.
<http://www.clubantoninartaud.be>.
17. Billard, Morgane, and Charlotte Costantino. "Fonction contenante, groupes et institution soignante." *Cliniques* 1, no. 1 (2011): 54. doi:10.3917/clini.001.0054.
18. Bion, Wilfred R. *Aux sources de l'expérience*. Paris: Presses universitaires de France, 2003.
19. Blanchet, Mariannick. "Un nouveau dispositif de soin : l'uhsa." *Empan*, no. 100 (January 18, 2016): 173–82.
20. Buelzingsloewen, Isabelle von. "Les « aliénés » morts de faim dans les hopitaux psychiatriques français sous l'Occupation." *Vingtième Siècle. Revue d'histoire* no 76, no. 4 (n.d.): 99–115.
21. Cabanis, Pierre Jean Georges. "Vue Sur Les Secours Publics," n.d.
22. Cano, N. "Fondements éthiques de la psychothérapie institutionnelle." *L'Encéphale* 32, no. 2 (April 2006): 205–12. doi:10.1016/S0013-7006(06)76146-2.
23. Ciccone, Albert. "Enveloppe psychique et fonction contenante : modèles et pratiques." *Cahiers de psychologie clinique*, no. 17 (July 1, 2006): 81–102.
24. *CIRCULAIRE Du 15 Mars 1960 Relative Au Programme D'organisation et D'équipement Des Départements En Matière de Lutte Contre Les Maladies Mentales*, 1960.
25. *Circulaire Du 17 Juillet 1963 Relative À La Politique de Secteur En Matière de Lutte Contre Les Maladies Mentales*, 1963.

26. *Circulaire n°431 Du 14 Mars 1972 Relative Au Règlement Départemental de Lutte Contre Les Maladies Mentales, L'alcoolisme et Les Toxicomanies*, 1972.
27. Cloarec, Françoise. *Bîmâristâns, Lieux de Folie et de Sagesse: La Folie et Ses Traitements Dans Les Hôpitaux Médiévaux Au Moyen-Orient*. Comprendre Le Moyen-Orient. Paris: L'Harmattan, 1998.
28. Cloës, Claude. "Les aléas de la dépendance en psychiatrie ou lorsque l'institution devient aliénante." *Cliniques*, no. 8 (October 7, 2014): 156–66.
29. Colombier, Jean (1736-1789). *Instruction Sur La Manière de Gouverner Les Insensés, et de Travailler À Leur Guérison Dans Les Asyles Qui Leur Sont Destinés* ([Reprod.] / [M. Colombier], 1785. <http://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k56788m>.
30. Coupechoux, Patrick, and Jean Oury. *Un monde de fous comment notre société maltraite ses malades mentaux*. Paris: Éd. du Seuil, 2014.
31. Cours international sur les techniques de soins en psychiatrie de secteur, Marcel Sassolas, and Santé mentale et communautés (Rhône), eds. *Quels toits pour soigner les personnes souffrant de troubles psychotiques ?* Toulouse: Érès éd., 2012.
32. Dancoine, Julie, Laurence Morgenthaler, and René Monami. "Longue peine et fin de peine entre humeur et liberté." *Le Journal des psychologues*, no. 334 (February 3, 2016): 42–48.
33. David, Michel, Catherine Paulet, and Gérard Laurencin. "Psychiatrie en milieu pénitentiaire : la loi de 1994 pourrait-elle être remise en cause par l'essor de la

- préoccupation sécuritaire et de l'évaluation de la dangerosité ?" *L'information psychiatrique* me 88, no. 8 (December 28, 2012): 605–15.
34. Daviet, Olivier. "Clinique de la précarité, précarité de la clinique." *Le Journal des psychologues*, no. 269 (June 1, 2009): 56–60.
35. de la Rochère B. "La Santé Des sans-Domicile Usagers Des Services D'aide," INSEE Première, no. 893 (Avril 2003): 1–4.
36. Decoopman, Françoise. "La fonction contenante." *Gestalt*, no. 37 (August 19, 2010): 140–53.
37. Delion, Pierre. "Actualité de la psychothérapie institutionnelle." *Perspectives Psy* Vol. 51, no. 4 (November 22, 2012): 342–45.
38. ———. "Transfert et Fonction Contenante." *Revue Institutions - Revue de La Fédération Inter Associations Culturelles Sur La Psychothérapie Institutionnelle*, no. 9 (June 1991).
39. "Dictionnaire Français - Dictionnaires Larousse Français Monolingue et Bilingues En Ligne." Accessed June 25, 2016. <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais>.
40. Dorvil, H., Pierre L. Morin, Alain Beaulieu, and Dominique Robert. "Le logement comme facteur d'intégration sociale pour les personnes classées malades mentales." *Déviance et Société* 26, no. 4 (December 1, 2002): 497–515.
41. Dubret, Gérard. "La prison, ultime institution psychiatrique pour soigner et punir ?" *L'information psychiatrique* me 82, no. 8 (February 23, 2014): 663–68.

42. Dubus, Pierre. "Les nouveaux enjeux de l'hébergement en institution médico-sociale." *VST - Vie sociale et traitements*, no. 97 (September 30, 2008): 42–44.
43. Eyraud, Benoît. "Quelle autonomie pour les « incapables » majeurs ?" *Politix*, no. 73 (March 1, 2006): 109–35.
44. Eyraud, Benoît, and Livia Velpy. "De la critique de l'asile à la gestion de l'offre en santé mentale : une désinstitutionnalisation à la française de la psychiatrie ?" *Revue française d'administration publique*, no. 149 (July 28, 2014): 207–22.
45. Fazel, Seena, Vivek Khosla, Helen Doll, and John Geddes. "The Prevalence of Mental Disorders among the Homeless in Western Countries: Systematic Review and Meta-Regression Analysis." *PLoS Medicine* 5, no. 12 (December 2, 2008): e225. doi:10.1371/journal.pmed.0050225.
46. Furtos, Dr Jean. "La précarité et ses effets sur la santé mentale." *Le Carnet PSY*, no. 156 (October 27, 2011): 29–34.
47. Gabbaï, Philippe. "Autonomie et psychopathologie." *Le sociographe* Hors-série 6, no. 5 (November 1, 2013): 19–37.
48. Gardella, Édouard, Anne Laporte, and Erwan Le Méner. "Entre signification et injonction. Pour un travail sur le sens du recours aux soins des sans-abri." *Sciences sociales et santé* 26, no. 3 (n.d.): 35–46.
49. Gazin, P., and P. Brouqui. "Les maladies infectieuses chez les sans abris," February 16, 2008.
50. Goffman, Erving. *Asiles: études sur la condition sociale des malades mentaux et autres reclus*. Paris: Éditions de Minuit, 1968.

51. Grenouilloux, Armelle. "Éthique et normes en psychiatrie et santé mentale." *L'information psychiatrique* me 87, no. 6 (June 1, 2011): 479–86.
52. Grillo, E. "L'autonomie: dimensions et paradoxes." <http://www.em-premium.com/doc-distant.univ-lille2.fr/data/revues/17654629/00010004/179/>, February 17, 2008.
53. Hajbi, Mathieu. "La maison thérapeutique transitionnelle: une passerelle vers l'autonomie." *Perspectives Psy* 48, no. 1 (March 1, 2009): 84–92.
54. Henckes, Nicolas. "La psychiatrie de secteur, quelle histoire, quel avenir?" *Esprit* Mars-avril, no. 3 (February 24, 2015): 28–40.
55. ———. "Les psychiatres et le handicap psychique." *Revue française des affaires sociales* n° 1-2, no. 1 (January 26, 2010): 25–40.
56. Hirsch M. "La Réduction Des Inégalités de Santé Est Au Cœur de La Cohésion Sociale." *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*, January 2007.
57. "La Santé Des sans-Abri | Académie Nationale de médecine Académie Nationale de Médecine." Accessed June 4, 2016. <http://www.academie-medecine.fr/articles-du-bulletin/publication/?idpublication=100128>.
58. Ladsous, Jacques. "Habiter." *VST - Vie sociale et traitements*, no. 97 (September 30, 2008): 9–10.
59. Laporte, A., and Chauvin, P. "La Santé Mentale et Les Addictions Chez Les Personnes sans Logement Personnel d'Ile-de-France; Rapport Final." Observatoire du Samu social de Paris, Inserm, January 2010.

60. Leroux, Nadège. "Qu'est-ce qu'habiter ?" *VST - Vie sociale et traitements*, no. 97 (September 30, 2008): 14–25.
61. *Loi n°75-534 Du 30 Juin 1975 D'orientation En Faveur Des Handicapés. 75-534, 1975.*
62. *Loi n°75-535 Du 30 Juin 1975 Relative Aux Institutions Sociales et Médico-Sociales. 75-535, 1975.*
63. *Loi N° 2005-102 Du 11 Février 2005 Pour L'égalité Des Droits et Des Chances, La Participation et La Citoyenneté Des Personnes Handicapées. 2005-102, 2005.*
64. Lotte, Lynda, and Gilles Séraphin. "Le handicap psychique : un concept ?" *Ethnologie française* 39, no. 3 (June 5, 2009): 453–62.
65. Maunaye, Emmanuelle. "Les conversations familiales au sujet du départ des enfants." *Dialogue* no 153, no. 3 (June 1, 2001): 53–61.
66. ———. "Quitter ses parents." *Terrain. Revue d'ethnologie de l'Europe*, no. 36 (March 1, 2001): 33–44. doi:10.4000/terrain.1168.
67. ———. "S'installer dans un logement." *Agora débats/jeunesses*, no. 64 (May 3, 2013): 77–89.
68. Mellier, Denis. "La fonction à contenir." *La psychiatrie de l'enfant* 48, no. 2 (2005): 425–99.
69. Meyers, Claude. *Les Lieux de La Folie: D'hier À Demain Dans L'espace Européen*. Collection "Des Travaux et Des Jours." Ramonville Saint-Agne: Erès, 2005.

70. Morin, Géraldine, Mathilde Bouychou, and Audrey Van Caeyseele. "Les processus de séparation en institution : de la symbiose au lien." *Cliniques*, no. 8 (September 17, 2014): 72–87.
71. Nemer, Guillaume. "L'autonomie, les contours du phénomène." *Le sociographe* Hors-série 6, no. 5 (May 15, 2014): 13–16.
72. Parron, Audrey, and François Sicot. "Devenir adulte dans un contexte de troubles psychiques, ou les incertitudes de l'autonomie." *Revue française des affaires sociales*, no. 1–2 (January 26, 2010): 187–203.
73. Pasquier, Guy-Noël. "Autonomie, émancipation et liberté." *Le sociographe* Hors-série 6, no. 5 (May 15, 2014): 9–12.
74. Poli, Angelo. "Les soins psychiatriques entre Prison et Hôpital psychiatrique." *Perspectives Psy* 45, no. 4 (n.d.): 367–72.
75. Quézel, Claude. *Histoire de la folie de l'Antiquité à nos jours*. Paris: Tallandier, 2012.
76. Rode, Antoine. "Le "non-Recours" Aux Soins Des Populations Précaires. Constructions et Réceptions Des Normes." *Sociologie*, Université Pierre Mendès-France - Grenoble II, 2010.
77. Sekkat, F. Z., and S. Belbachir. "La psychiatrie au Maroc. Histoire, difficultés et défis." *L'information psychiatrique* Volume 85, no. 7 (September 1, 2009): 605–10.

78. Svandra, P. "L'autonomie comme expression des « capacités »." <http://www.em-premium.com/doc-distant.univ-lille2.fr/data/revues/17654629/00040002/74/>, February 17, 2008.
79. Tenon, Jacques. *Mémoires Sur Les Hôpitaux de Paris ([Reprod.] / Par M. Tenon,...*; Impr. Par Ordre Du Roi, 1788. <http://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k567231>.
80. Vandecasteele, Isabelle, and Alex Lefebvre. "De la fragilisation à la rupture du lien social : approche clinique des impacts psychiques de la précarité et du processus d'exclusion sociale." *Cahiers de psychologie clinique*, no. 26 (March 1, 2006): 137–62.
81. Vanel, Audrey, and Catherine Massoubre. "Expérience en équipe mobile de psychiatrie et précarité." *L'information psychiatrique* me 87, no. 2 (November 15, 2012): 83–88.
82. Velche, D., and P. Roussel. "La participation sociale des personnes présentant un handicap psychique : effet de rhétorique ou perspective nouvelle ?" Rapport final. Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique, March 2011. http://mssh.ehesp.fr/wp-content/uploads/2013/06/HandPsy_rapp_Velche_Roussel.pdf.
83. Velpry, Livia. "Vivre avec un handicap psychique : les appartements thérapeutiques." *Revue française des affaires sociales*, no. 1–2 (January 26, 2010): 171–86.
84. Vidal-Naquet, Pierre A. "Maladie mentale, handicap psychique : un double statut problématique." *Vie sociale*, no. 1 (n.d.): 13–29.

85. Winnicott, D. W. *Jeu et réalité: l'espace potentiel*. Paris: Gallimard, 2002.

86. Winnicott, D.W. *La mère suffisamment bonne*. Paris: Payot & Rivages, 2006.

AUTEUR : ZECEVIC

NATACHA

Date de Soutenance : 19 SEPTEMBRE 2016

Titre de la Thèse : Le logement des personnes souffrant de troubles psychotiques : quels enjeux pour les soins en psychiatrie ?

Thèse - Médecine - Lille 2016

Cadre de classement : Psychiatrie

DES + spécialité : Psychiatrie

Mots-clés : Logement, contenance psychique, cadre thérapeutique, autonomie, hébergement thérapeutique

Résumé La pratique de la psychiatrie amène à prendre en charge de manière globale des patients atteints de pathologies chroniques et socialement invalidantes. Ceci conduit à s'interroger sur le rôle des soignants dans les problématiques de logement qui peuvent se poser à ces patients.

Afin d'étayer cette réflexion, ce travail exposera dans un premier temps les différentes réponses apportées au placement des malades mentaux au cours de l'Histoire, en fonction de l'évolution des représentations de la folie. Trois parcours cliniques de patients suivis sur le secteur psychiatrique de Valenciennes et pris en charge par les dispositifs de réinsertion développés par les équipes soignantes seront ensuite évoqués. Ceux-ci apporteront des éléments à partir desquels seront discutés les enjeux de l'accompagnement soignant dans ces problématiques de logement.

En effet, l'hébergement est un facteur de bien-être social car il permet d'avoir une place dans la société, d'obtenir un statut et de citoyen et d'adulte en quittant le domicile parental. Il participe ainsi au processus d'individuation du sujet. Il s'agit également d'un déterminant de la santé physique et psychique des individus, comme le montrent la forte prévalence de nombreuses maladies et l'espérance de vie bien moindre dans les populations sans abris. Enfin, l'hébergement, grâce au continuum d'options envisageables, peut être utilisé comme outil thérapeutique, servant de socle à la fonction contenante soignante et permettant d'accompagner les processus psychiques accompagnant vers l'autonomie.

Le rôle de la psychiatrie dans le logement permet de donner du sens à l'expérience vécue par les patients. Au-delà de ses seuls aspects matériels, il devient alors un espace dans lequel un travail psychique peut s'élaborer.

Composition du Jury :

Président : Pr P.Thomas

Assesseurs : Pr O.Cottencin, Pr G.Vaiva,

Directeur de Thèse : Dr R.Semal