

# A la sortie de l'hôpital, conquérir son logement



© Full Frame / Fotolia

Conquérir un « chez soi » peut s'avérer complexe après une hospitalisation en psychiatrie. Depuis 2016, une unité s'intéresse à cette problématique aux facettes multiples liées à la santé, au système de soins et aux dynamiques sociales et familiales.

Par *Nicolas Corpataux, Andres Pinilla Marin, Ifigeneia Skyllakou, Marie-Cécile Lallement, Fabrice Herrera* et *Pierre Lequin*, CHUV, Département de psychiatrie, et Fondation Bois-Gentil, Lausanne [\[1\]](#)

Pour certains patient·e·s, la sortie de l'hôpital est un moment délicat. La transition vers un nouveau logement leur semble parfois impossible à gérer. Les soins psychiatriques doivent prendre en compte cette étape complexe qui figure au premier plan de leurs difficultés. Afin d'accueillir et de soutenir ces patient·e·s dans la recherche d'un hébergement adapté, le Département de psychiatrie du CHUV a créé, en 2016 à Cery, un nouveau programme de soins dans une unité hospitalière («Les Roseaux») de dix-huit lits baptisée «Edgar Morin».

L'équipe est composée de deux médecins psychiatres, d'infirmiers, d'éducateurs, d'aides en soins et santé communautaire, d'une physiothérapeute et d'une secrétaire. Les infirmiers et les éducateurs ont une fonction de case manager clinique en santé mentale, ce qui signifie qu'ils établissent et coordonnent en première ligne le projet thérapeutique du patient, en étroite collaboration avec l'ensemble de l'équipe. La moyenne d'âge des patient·e·s est de 41 ans. La majorité souffre de schizophrénie et a connu des hospitalisations répétées et/ou de longue durée. Un tiers présente des conduites addictives aux drogues et un cinquième à l'alcool. Plus d'un tiers (35%) est sous mesure de placement instituée par la justice civile, ce qui les contraint à séjourner en foyer. La durée médiane d'hospitalisation est de 98 jours. Pour évoquer le travail de l'unité, deux vignettes cliniques seront présentées dans cet article.

## Le contexte et les enjeux actuels

La désinstitutionnalisation a transformé les modalités de traitement des troubles psychiatriques qui se dispensent majoritairement dans la communauté (3). La complexité des particularités humaines et psychopathologiques des

### Comment citer cet article ?

Nicolas Corpataux, Andres Pinilla Marin, Ifigeneia Skyllakou, Marie-Cécile Lallement, Fabrice Herrera et Pierre Lequin, «A la sortie de l'hôpital, conquérir son logement», REISO, Revue d'information sociale, mis en ligne le 19 novembre 2020, <https://www.reiso.org/document/6659>

patients pose de nouveaux défis à la psychiatrie contemporaine axée sur des soins communautaires spécialisés avec le risque de cloisonnement et d'exclusion qu'ils présentent.

En effet, les soins communautaires ont pour but d'éviter l'exclusion. Or, paradoxalement, ils induisent parfois celle des patient·e·s pour lequel·le·s ces soins ne suffisent pas si les ressources sont insuffisantes, comme c'est encore souvent le cas puisqu'elles ne sont pas disponibles 24 heures sur 24. Cette situation constitue une limite pour envisager des alternatives à l'hospitalisation et au maintien dans la communauté, en particulier pour les patient·e·s souffrant de troubles psychiatriques résistants et concomitants (4).

Pour certains, les soins ambulatoires ne sont pas suffisamment étayant. De plus, lorsqu'ils séjournent en foyer, leurs polymorbidités et leur manière d'être en société se heurtent aux limites du cadre institutionnel. Faute de traitements acceptables dans la communauté, ces patient·e·s risquent ainsi de se précariser et de se retrouver à la rue, ou séjournent à l'hôpital psychiatrique pour des séjours répétés et de longue durée qui les excluent toujours plus de la communauté.

Ces patients, qui présentent ces besoins en soins les plus complexes, occupent jusqu'à un tiers des lits hospitaliers (5). Une part importante des ressources leur est donc allouée. Les politiques sociales semblent s'ancrer aujourd'hui majoritairement dans des logiques d'activation qui visent le développement de capacités en vue d'acquies de l'autonomie (6). Or, pour ces personnes, des lieux qui « tolèrent » leurs difficultés sont nécessaires. Exiger d'elles une « normalisation » ou une amélioration de leur autonomie peut être perçu comme une violence du système de santé. Le programme « Edgar Morin » a été conçu pour traiter spécifiquement cette problématique.

---

## VIGNETTE CLINIQUE 1

### La résistance aux cadres comme identité

Dave [2] est un patient de 50 ans d'origine suisse. Il souffre d'une schizophrénie indifférenciée et d'une dépendance à l'alcool, aux opiacés et à la cocaïne. Adopté à la naissance, il a pris connaissance de son adoption à l'âge de 14 ans, ce qui aurait provoqué une rupture de confiance importante avec ses parents. Il a connu une unique relation amoureuse à l'âge de 15 ans qui s'est soldée par une rupture et qui aurait été à l'origine de premiers symptômes anxieux. Sur le plan professionnel, il a mené à terme une formation d'électricien.

Dave quitte le domicile familial à 20 ans pour un appartement. C'est lors de cette émancipation qu'il vit un premier épisode psychotique. Il est hospitalisé, perd son logement et devient sans domicile fixe. Il fait des allers-retours entre l'hôpital et la rue. Il se met à consommer massivement stupéfiants et alcool et présente des troubles du comportement dans les lieux d'accueil d'urgence qu'il fréquente.

Sa tentative d'émancipation se solde donc par une totale précarisation et une marginalité ; peu courante pour un patient de son âge. A 30 ans, il est placé sous curatelle et suivi par des équipes mobiles. Les soins lui sont imposés, mais quel lieu sera à même d'accueillir sa marginalité ? Il intégrera une pension et un foyer dit « bas seuil ». Il y supporte difficilement la promiscuité, la vie en communauté réglée et normée. Il décrit s'automédiquer à l'alcool et aux stupéfiants et commet, en réponse à une anxiété débordante, plusieurs agressions sur le personnel et les résident·e·s qui conduiront à son exclusion.

En plus de ses consommations, des symptômes psychotiques importants sont constamment présents, principalement sous forme d'idées délirantes de persécution. Dans le quotidien, il se montre ironique, provocateur, voire dénigrant. Il effraie et peut se montrer menaçant sans pour autant avoir commis de délit qui l'enverrait en prison. L'ombre de la justice semble constituer pour lui un élément important de rattachement aux soins et à la

communauté.

Il est fréquent de trouver dans les récits des patients une rupture dans leur processus de séparation qui tend à se répéter au long de leur vie à l'image de l'émancipation des liens familiaux qui s'opèrent dans un arrachement. Trouver un lieu de vie devient un défi, pour le patient et pour l'équipe hospitalière. Où accueillir ce patient trop « perturbant », en danger dans la rue, « trop marginal » ou avec une symptomatologie trop « bruyante » et difficile à contenir en foyer ? Un bout d'hôpital dans la communauté ? Un bout de communauté dans l'hôpital ? Un terrain vague avec une sorte de portacabine « Tiny house » pour un vieux routard dont la résistance aux cadres de soins constitue une forme d'identité, à la marge de la norme sociale ?

Afin d'entrevoir une perspective hors de l'hôpital, établir une relation de confiance avec Dave a été indispensable. Celle-ci se construit souvent avec le temps, dans une relation solide et fiable et avec un travail en équipe. L'unité a représenté un interstice conjuguant soins psychiatriques aigus et approche psycho-éducative orientée sur « la clinique de l'hébergement ». Dave intégrera un foyer à la campagne après un séjour de sept mois durant lequel plusieurs rencontres et visites avec l'équipe de son futur lieu de vie ont été nécessaires pour tisser un lien et permettre de l'accueillir.

---

## VIGNETTE CLINIQUE 2

### Une lettre déchirée et recollée

Max est un patient de 25 ans d'origine suisse. Il souffre d'une schizophrénie indifférenciée qui se manifeste par des préoccupations irrationnelles concernant certaines caractéristiques de son physique et la conviction que celui-ci manque d'attrait. Il présente un isolement social important.

Ses parents sont divorcés et originaires de Chine. Son père est retourné y vivre alors que le patient avait 13 ans. Il aurait été exposé à des violences conjugales et familiales dès son jeune âge, tant dans le contexte du couple parental qu'après leur séparation. Il vit difficilement la seconde union de sa mère de laquelle sont issus deux demi-frères. A l'arrivée du premier, le patient se montre violent et sa mère se réfugie dans un foyer pour femme battue. Se sentant en insécurité, elle signale au Service de protection de la jeunesse qu'elle ne souhaite plus que son fils vive à son domicile. Le fils est exclu du logement familial et les liens familiaux rompus.

Max intègre alors son premier foyer à l'âge de 16 ans. Il en fréquente plusieurs dans lesquels il présente des comportements violents pour des motifs parfois difficiles à établir. Il a été exclu de son dernier foyer après avoir lancé un extincteur par la fenêtre. Il est adressé à l'unité pour une nouvelle recherche de foyer, suite à une longue hospitalisation.

Le patient se montre fuyant et méfiant. Son discours est limité et il est difficile d'établir une alliance thérapeutique. Les semaines passent et sa situation évolue peu. Il reste toujours difficile d'accès. Un événement important va venir transformer les rapports avec lui : une demande de sa mère. Celle-ci se manifeste pour la première fois en demandant d'organiser une rencontre, car elle souhaite annoncer à son fils qu'elle projette de retourner en Chine, disant qu'elle n'est pas heureuse en Suisse.

Max refuse la rencontre et il est suggéré à sa mère de lui écrire une lettre pour l'en informer. Dans l'attente de cette lettre, il est tendu et casse le miroir de sa chambre en se blessant la main. Quelques jours plus tard, il casse une partie de la vaisselle de l'unité. Il ne s'exprime pas et l'équipe trouve son regard inquiétant. Le lendemain, la lettre de sa mère arrive. Elle lui est remise dans le cadre d'un entretien. L'atmosphère y est tendue. Brutalement, il déchire la lettre et, débordé par les émotions, tente de frapper son infirmier référent. Ce dernier le serre contre lui dans un

« corps à corps » qui a duré plusieurs minutes, le temps de laisser l'équipe de sécurité intervenir.

Max est ensuite traité en chambre de soins intensifs, fermée et sécurisée, du fait de son incapacité à se contenir à nouveau. Son référent récupère la lettre déchirée et, après une réflexion en équipe, il décide de poursuivre son travail avec Max. Les espaces informels, tels que des balades sur le site et des entretiens autour d'un café, sont dès lors privilégiés.

Après quelques jours, son référent l'informe qu'il a conservé la lettre déchirée de sa mère. Max et son référent prennent ensuite le temps de recoller cette lettre, de la lire et de la relire : un moment clé dans l'évolution clinique de Max. Par la suite, une visite de foyer a été organisée, avec la collaboration nouvelle du patient. Max et son référent ont transmis à la nouvelle équipe ce qu'ils avaient traversé et la manière dont les émotions donnent parfois lieu pour Max à des moments de débordements, qu'il s'agit de tenter de prévenir. Un plan de prévention de la rechute a été établi afin de parer au mieux à la gestion d'une éventuelle future crise.

## Une clinique de l'hébergement

Les histoires de Dave et de Max sont marquées par des ruptures des liens d'attachement familiaux et des carences affectives rendant le processus d'habitat complexe. Une partie importante du travail avec ces patients est d'établir une anamnèse de l'hébergement, s'intéressant notamment au processus d'émancipation et aux dynamiques familiales dès le départ du « premier » domicile. L'unité se focalise ainsi sur les difficultés du patient à investir un lieu de vie. Elle est conçue comme une « clinique de l'hébergement » étroitement liée aux troubles psychiatriques sévères des patients qui peinent à quitter l'hôpital.

Ce travail permet de donner du sens et de comprendre les obstacles que rencontrent les patients dans le processus d'habitat. Le projet de soins se construit avec une présence soignante fiable et solide, mais aussi avec une grande souplesse et de l'adaptabilité. Une « transformation mutuelle » et « une collaboration conflictuelle » (1) semblent seules capables de déjouer « l'impasse » de la sortie de l'hôpital. Avec cette approche basée sur le respect des résistances, il devient alors possible de penser à un lieu capable d'accueillir la vulnérabilité et la singularité du rapport à la société de chaque patient·e.

### Bibliographie

1. Morin E. La méthode. Seuil. 2004.
2. Lequin P, Brisard M-A, Skyllakou I, Herrera F, Golay P, Herrgott J, et al. Restaurer la compétence à vivre hors de l'hôpital psychiatrique?: résultats d'un programme spécialisé. Rev Médicale Suisse. 2017;13(575):1610-3
3. Goffman E. Asylums. Penguin Books. 1968.
4. Machado V, Leonidas C, Santos MA, Santos MA, Souza J. «Psychiatric readmission: an integrative review of the literature». Int Nurs Rev. 2012;59(4):447-57
5. Golay P, Morandi S, Conus P, Bonsack C. «Identifying patterns in psychiatric hospital stays with statistical methods: towards a typology of post-deinstitutionalization hospitalization trajectories». Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 30 avr 2019;
6. Soulet M-H. «De l'habilitation au maintien». Savoirs. 2008; n° 18(3):33-44

[1] Les auteurs et autrices:

- Nicolas Corpataux, éducateur Social, Fondation Bois-Gentil, Lausanne
- Andres Marin Pinilla, infirmier, CHUV – Département de psychiatrie, Lausanne
- Ifigeneia Skyllakou, psychiatre, CHUV – Département de psychiatrie, Lausanne
- Marie-Cécile Lallement, psychiatre, CHUV – Département de psychiatrie, Lausanne
- Fabrice Herrera, psychiatre, CHUV – Département de psychiatrie, Lausanne
- Pierre Lequin, infirmier, CHUV – Département de psychiatrie, Lausanne

[2] Les prénoms ont été modifiés.