HAL open science

Les habitats accompagnés : une prise en soin non psychiatrique du handicap psychique ?

Sophie Thébault

To cite this version:

Sophie Thébault. Les habitats accompagnés : une prise en soin non psychiatrique du handicap psychique ?. Sociologie. 2017. dumas-01703264

HAL Id: dumas-01703264

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01703264v1

Submitted on 12 Apr 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

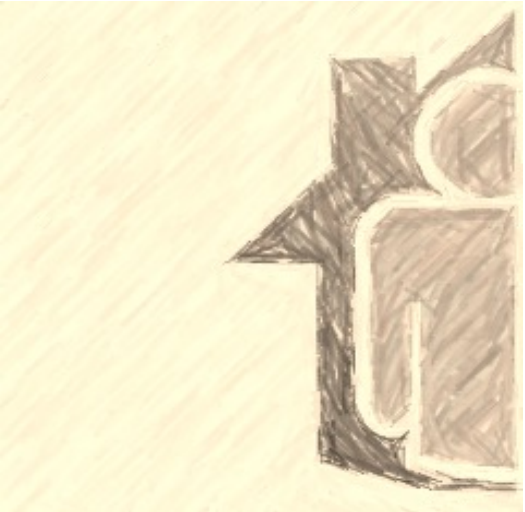
Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License

Université de Bretagne Occidentale
UFR Lettres et Sciences Humaines

Master 2 - Actions Sociales et de Santé
Direction et Responsabilités de Services :
Vieillissements et Handicaps

Les habitats accompagnés

Une prise en soin non psychiatrique du handicap psychique ?



Auteur : Sophie THEBAULT

Directrice de mémoire : Mme Édith GAILLARD

Date : 1er septembre 2017

Services Universitaire de Formation Continue et d'Éducation Permanente
20 avenue Le Gorgeu - CS 93837
29238 BREST cedex 3
☏ 02.98.01.63.32

Année universitaire 2016-2017

Iconographie remodelée, extrait de Raphaël BONTE (dir.) (2013),
Guide *logement, hébergement, accompagnement des personnes en difficulté psychique,*
Habitat Santé Mentale Lille Métropole, en collaboration avec l'ARS Nord-Pas-de-Calais, sept. 2013, 3e éd., p. 4.

Dans le respect de l’anonymat des personnes et membres de leur entourage, cités dans ce mémoire, les prénoms, noms, dates et lieux sont modifiés et fictifs.

« Quand les gens accepteront et regarderont la schizophrénie ou des maladies mentales graves en nous acceptant euh… je crois que d'ici là, je serai mort, c'est-à-dire que ce sera pas avant des dizaines d'années […] à part MADEN, pour l'instant j'ai rien du tout […] si je vais ailleurs, je vais mourir, ah oui oui, ce n'est pas concevable, c'est impossible […] je vois bien, je ne suis pas à l'aise dans le monde extérieur… »

Maxime, 49 ans

(Premier entretien, E1)

REMERCIEMENTS

Ce mémoire est le fruit d'un long travail auprès d'une population, à laquelle je porte un grand intérêt. Je l'ai côtoyée sur un nouveau terrain, que je ne connaissais pas, celui des habitats accompagnés. La recherche menée m'a permis d'approfondir et d'enrichir mes connaissances. J'ai pris beaucoup de plaisir à écrire ces pages pour mettre en lumière un dispositif auquel je crois. J'espère que les lecteurs en auront autant à les lire. Je ressors grandie de cette expérience.

J'ai une pensée particulière et je remercie chaleureusement tous les intervenants sociaux du dispositif, titulaires et remplaçants, pour leur disponibilité et la qualité de leurs échanges, ainsi que tous les Résidents et Bénéficiaires et leurs proches avec qui j'ai partagé de bons moments de rires et d'émotions. Ils m'ont livré avec sincérité et transparence une partie de leur vie, de leur parcours afin de nourrir ma réflexion et d'enrichir ce travail.

J'adresse des remerciements sincères à tous les professionnels que j'ai rencontrés à l'UDAF, notamment M. Éric Moreau, Mme Corinne Berger, Mme Tiphaine Autret, Mme Valérie Goascoz qui m'ont soutenue dans plusieurs démarches.

Je remercie particulièrement mes amis et collègues Arnaud Jaulin, Graziella Piecuch, Anne-Marine Mauviel et Isabelle Bro pour leur réflexion, leurs critiques et la qualité de leur relecture qui m'ont permis d'avancer, de douter et d'aller plus loin.

Je remercie les membres de ma famille, Andrée pour sa relecture et ses conseils dans la forme de ce mémoire, Cécile et Stéphane pour leur soutien ainsi que tous ceux et celles qui m'ont soutenue de près ou de loin par leurs pensées et leurs encouragements.

Enfin je souhaite témoigner de ma plus grande reconnaissance et dire un grand merci à :

M. Marc Kerjean, mon tuteur professionnel, pour son accompagnement bienveillant, son partage d'expérience, sa disponibilité permanente et le soutien qu'il m'a manifesté tout au long de ce travail.

Mme Édith Gaillard, ma directrice de mémoire, pour sa bienveillance, sa disponibilité, la qualité de son suivi, de son écoute, de sa compréhension et de ses remarques pertinentes qui m'ont poussée à aller plus loin jusqu'au bout de ce travail passionnant.

Un grand merci à tous.

SOMMAIRE

INTRODUCTION. À la recherche de l'habitat idéal 1

Chapitre I. L'habitat, support d'une réadaptation sociale, vers un nouveau mode de « prise en soin » du handicap psychique ? 3

1. De la maladie mentale à la reconnaissance du handicap psychique 3
2. Une avancée morale, juridique et législative majeure au début du XXIe siècle 11
3. Le handicap psychique aux frontières du soin et du social 17
4. La place de l'habitat au cœur de l'existence des individus 25
5. L'habitat accompagné : une « prise en soin » du handicap psychique ? 32

Chapitre II. Le dispositif observé : deux résidences accueil et trois colocations 37

1. La complexité de l'accès à l'habitat des personnes fragilisées 37
2. MADEN/MADEHO : deux formes d'habitat accompagné 42

Chapitre III. De la « mesure » du soin psychiatrique à sa dimension qualitative 55

1. Une recherche bibliographique pour délimiter les contours de l'objet 55
2. Une observation participante en fonction du contexte et des acteurs 56
3. Une étude quantitative des périodes d'hospitalisations 57
4. Une vision qualitative par le recueil d'un matériau empirique 62

Chapitre IV. L'interdépendance des parcours de vie, de soin et résidentiel 69

1. La question du diagnostic : entre volonté de savoir et catégorisation 69
2. Une vie quotidienne entravée par des symptômes invalidants 71
3. Des trajectoires de vie marquées par des situations de « rupture » 76
4. Une recherche de stabilité dans un lieu de vie intermédiaire 80
5. L'habitat accompagné : une réponse à des besoins identifiés 88

Chapitre V. L'habitat « accompagné », enjeu et support d'une « prise en soin » 95

1. Les facteurs de « soin » de l'habitat accompagné 95
2. La dimension symbolique du logement personnel 103
3. Une vie en semi-collectivité : enjeux et limites de la prise en soin 112
4. Un impact positif et mesurable sur la santé psychique 121

CONCLUSION. Une « prise en soin » probante des habitats accompagnés, évitant l'hôpital 125

BIBLIOGRAPHIE 128
GLOSSAIRE 137
TABLE DES MATIERES 139
ANNEXES 1 A 6 142
NOTE DE SYNTHESE 148

INTRODUCTION. À la recherche de l'habitat idéal

Le handicap psychique, reconnu aujourd'hui comme la conséquence d'une maladie mentale avec l'arrivée de la loi du 11 février 2005, connaît de profonds bouleversements dans son mode de traitement. Nous pouvons interroger l'échec de sa reconnaissance en 1975 tout comme le « succès » de la prise de conscience dont il a fait l'objet, trente ans plus tard, sous la pugnacité d'un activisme associatif déterminé. Des problèmes subsistent et se cristallisent sur lui. L'histoire de la « folie » est toujours présente dans les esprits et il est bien difficile pour la personne en situation de handicap psychique d'échapper à une étiquette et à la stigmatisation qui lui « colle à la peau ».

L'arrivée de la loi du 11 février 2005 prône l'égalité des chances, la participation et la citoyenneté de toute personne en situation de handicap. Les orientations visées en termes de participation et de citoyenneté induisent la possibilité d'une intégration, et même, plus récemment, d'une « inclusion » pleine et entière de chaque individu au sein de la société. À partir de quel lieu peut-elle se jouer ?

L'enfermement que les malades mentaux ont connu a été révolu par le mouvement de désinstitutionnalisation, amorcé depuis les années 1980. Le cheminement progressif, au fil des années, a permis l'émergence de projets et réponses spécifiques, dédiés au public en situation de handicap psychique par la création de résidences accueil, des Services d'Accompagnement à la Vie Sociale (SAVS) et d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés (SAMSAH). Entre l'hôpital psychiatrique et l'institution médico-sociale, pas toujours adaptée à l'accueil de ce public particulier, où se situe la place des personnes présentant des troubles d'ordre psychique ? Quelles peuvent être les réponses apportées pour celles qui sont dans l'entre-deux de l'institution et de la vie autonome ?

Notre expérience[1] professionnelle de travailleur social en SAVS, spécifique aux personnes en situation de handicap psychique, nous a amenée à intervenir auprès d'elles à partir de leur lieu de vie, de leur domicile. C'est à ce moment que nous avons compris l'intérêt et l'enjeu de la notion d'accompagnement « hors les murs » dans l'objectif de réhabiliter la personne dans sa vie sociale en cherchant à créer, avec elle, des clés et des stratégies pour contourner ses difficultés.

[1] Dans une volonté de neutralité et de prise de recul par rapport à la démarche scientifique que représente le travail de recherche-action, l'utilisation littéraire du « nous » viendra remplacer le « je » de la première personne du singulier tout au long de notre travail.

La question de l'habitat des personnes fragilisées est aujourd'hui un point central, « cheval de bataille » des pouvoirs publics et des associations, pour répondre aux objectifs d'inclusion fixés par la loi. Nous avons accompagné des situations complexes à domicile où la vie, seul, en logement autonome est rude, s'apparentant à un « combat » quotidien, une lutte contre soi-même, contre la maladie. Riche de notre expérience, nous souhaitions, au regard de notre intérêt et de notre curiosité pour ce public, poursuivre notre réflexion en nous penchant sur la corrélation, voire l'interdépendance, de leurs parcours de vie et de soin à partir de leur lieu de vie. Dès lors, nous nous sommes adressée à l'Union Départementale des Associations Familiales (UDAF) avec l'objectif de pouvoir effectuer notre travail de recherche en lien avec le dispositif spécifique proposé, composé de deux résidences accueil, bientôt trois, et d'un SAVS renforcé. L'UDAF est, en effet, le seul organisme du département qui assure la gestion d'habitats « accompagnés » spécifiques aux personnes en situation de handicap psychique.

Nous nous sommes posée une première question pour amorcer notre réflexion :

Dans quelle mesure l'habitat « accompagné », en résidence accueil et en SAVS renforcé, a-t-il un impact sur le parcours de vie et le parcours de soin des personnes en situation de handicap psychique ? Qu'apporte-t-il à ses habitants ? À quel moment d'un parcours de vie et de soin intervient-il ?

Pour répondre à ce questionnement, il nous paraît indispensable de revenir à l'origine de la « folie », de son traitement pour expliquer le cheminement parcouru et la reconnaissance des personnes dans leurs difficultés. Nous aborderons, au travers de nombreuses visions scientifiques pluridisciplinaires, l'abandon d'une vision centrée sur l'institution au profit d'une réadaptation sociale par l'habitat. Des précisions seront apportées sur la particularité du handicap psychique dans les manifestations et les troubles invalidants qu'il engendre dans la vie quotidienne. Nous terminerons ce premier temps par un éclairage sur la notion d'habitat dont découle la problématique de ce travail. Un second chapitre présente en détail le contexte du terrain de recherche. Celui-ci comporte deux volets d'habitats « accompagnés » bien distincts pour un même objectif, la prise en soin et l'inclusion de la personne dans le milieu dit « ordinaire » par l'acte « d'habiter ». La recherche-action implique une démarche méthodologique spécifique adaptée à la pertinence de ce que le chercheur veut démontrer dans son travail. Nous la décrivons dans un troisième chapitre en présentant les méthodes utilisées. Enfin, les deux derniers chapitres sont exclusivement consacrés aux résultats de notre travail. Nous avons tenu à ce que la parole des habitants de ces lieux et de leurs proches soit portée et mise en lumière pour expliquer la vie quotidienne des habitats accompagnés et les effets qu'ils produisent sur l'état de santé général des personnes.

Chapitre I. L'habitat, support d'une réadaptation sociale, vers un nouveau mode de « prise en soin » du handicap psychique ?

La compensation, l'intégration, l'inclusion, la citoyenneté sont, de nos jours en 2017, des mots d'ordre, d'utilité courante, véhiculés par les politiques publiques en direction des personnes en situation de handicap.

En France, les individus sont scindés en fonction de leurs maladies, de leurs déficiences, de leurs incapacités et même de leurs âges. Sur la base de ces critères, des secteurs et des politiques spécifiques ont été mis en place. Dans ce premier chapitre, au travers d'écrits scientifiques et de concepts, nous aborderons l'origine de l'histoire de la « folie », de la maladie mentale et de son enfermement pour montrer le cheminement nous conduisant aujourd'hui à l'appellation nouvelle de « handicap psychique », dont l'accompagnement s'est ouvert sur la vie domiciliaire en milieu dit « ordinaire ». Nous tenterons de délimiter le large panel de ses définitions et de ses effets sur la vie quotidienne des personnes en évoquant la notion de « parcours ». Pour finir, nous expliciterons la place et le rôle de l'habitat dans la vie des individus.

1. De la maladie mentale à la reconnaissance du handicap psychique

Le secteur du handicap a connu des mutations importantes, particulièrement depuis les années d'après-guerre. « Folie », « maladie mentale », « asile », ces mots existent et ont longtemps été utilisés. Aujourd'hui, ils appartiennent à l'histoire, peu de personnes osent les employer au regard de leur connotation négative, synonyme de peur, de ségrégation et de désordre social.

1.1 De la notion d'asile vers l'hôpital psychiatrique hors les murs

La constitution historique de la maladie mentale est complexe. Le philosophe Michel Foucault explique que :

> « toutes les histoires de la psychiatrie jusqu'à ce jour ont voulu montrer dans le fou du Moyen Âge et de la Renaissance un malade ignoré, pris à l'intérieur du réseau serré de significations religieuses et magiques. »[2]

À ce moment-là, la maladie mentale n'était ni reconnue, ni soignée. Les exorcismes, les saignées ou autres méthodes mystiques faisaient partie des seuls remèdes indiqués pour « retirer le mal de l'individu ». Dans *Histoire de la folie à l'âge classique*, Foucault pose les bases d'un

[2] FOUCAULT M. (2015), *Maladie mentale et psychologie*, Paris, PUF, coll. « Quadrige », 6e éd., p. 76.

changement fondamental et rend compte des évolutions sociales, modifiant le statut de la folie qui conduit à la création des premiers asiles.

La loi du 30 juin 1838[3], dite « loi sur les aliénés » représente le socle de la construction des institutions asilaires. Par sa vocation d'assistance, elle a pour objectif de soigner en isolant les individus malades du reste de la société. Elle donne l'obligation à chaque département de construire un établissement public ou privé d'aliénés, tout en séparant les hommes et les femmes. Cette loi instaure les premières règles de fonctionnement des placements volontaires (PV) et des placements d'office (PO).

Une circulaire du 13 octobre 1937 relative à la réorganisation et à la création de dispensaires d'hygiène mentale est mise en place. L'institution d'un service social qui, auparavant n'existait pas, se crée. Le terme d'asile perdure jusqu'en 1937, date à laquelle il disparaît du champ des terminologies officielles pour le terme « d'hôpital psychiatrique ». Cette même circulaire représente un évènement marquant pour la psychiatrie et rapproche le champ sanitaire du champ social. Selon le sociologue Nicolas Henckes, les années 1940 à 1960 sont probablement le moment clé dans l'histoire de la psychiatrie, « marqué par la vision d'une forme de fusion entre clinique et politique portée par la psychiatrie et largement soutenue par la société. »[4]

Les années 1950 marquent en effet une révolution thérapeutique notoire de la psychiatrie avec l'apparition des techniques de chimiothérapies et l'arrivée des neuroleptiques, associées à une psychothérapie, permettant à un grand nombre de malades mentaux de sortir enfin de l'hôpital. Paul Sivadon, figure de la psychiatrie française, déclare en 1947 dans un texte sur l'assistance extra-hospitalière que :

> « si, en effet, en médecine somatique, l'assistance est une simple condition de l'acte thérapeutique ou un palliatif à son insuccès, en matière psychiatrique elle est elle-même un acte thérapeutique, souvent le seul nécessaire. »[5]

Le praticien soulève ici une tension majeure et signale que les personnes malades psychiques nécessitent une assistance, qui n'est pas à rechercher au sein de l'institution mais plutôt dans le milieu de vie de la personne, en tant qu'acte thérapeutique principal.

La révolution des psychotropes amène une nouvelle prise en charge des malades, qui soulage et apaise les symptômes (délires, hallucinations).

---

[3] La loi du 27 juin 1990, relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées, en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation, abroge et remplace aujourd'hui la loi de 1838.

[4] HENCKES N. (2015), « Les nouveaux assemblages de la santé mentale, entre clinique, science et mouvement social », *Pratiques en santé mentale*, (61e année), p. 20.

[5] HENCKES N. (2013), « le handicap psychique en France, 1970-2010 : quelle politique, pour quels droits ? », Colloque *Santé mentale, société, cognition*, conférence du 10 janvier 2013, CIRPHLES, École normale supérieure, consultée le 15 novembre 2016 et le 5 juin 2017, [en ligne] : http://www.savoirs.ens.fr.

Dans le même temps, apparaît un mouvement de l'antipsychiatrie qui utilise le terme de « camisole chimique » pour évoquer l'usage massif des traitements médicamenteux de type neuroleptique. Il est à noter que les progrès de la médecine et l'avancée des traitements permettent aujourd'hui de stabiliser les symptômes et d'améliorer la qualité de vie des personnes.

Au cours des années 1960, deux modes de prise en charge coexistent. D'une part, l'institution asilaire, toujours très isolée du champ social, perdure et d'autre part, une psychiatrie sociale s'ouvre sur l'extérieur en mettant l'accent sur la notion « d'hygiène mentale »[6]. L'arrivée de la circulaire du 15 mars 1960[7] précise la voie à suivre et prône la réinsertion des malades mentaux dans la société en tenant compte de leurs difficultés sociales mais aussi des barrières qu'ils rencontrent dans leurs relations aux autres individus. Les troubles mentaux provoquent souvent un décrochage avec la réalité, une peur ou une indifférence pour les autres, entraînant une impossibilité à communiquer. Quel que soit le type de pathologie, la communication et le rapport aux autres sont souvent perturbés et ne vont pas de soi.

La sectorisation du champ psychiatrique s'amorce et des équipes soignantes sont mises en place, à chaque étape de la maladie mentale. Le découpage en secteurs ne se fait véritablement qu'à partir des années 1980. L'après-guerre de 1945 marque un tournant tant dans l'histoire de la structuration du champ du handicap que dans celui du monde psychiatrique, ouvrant la voie à la prise en compte de l'environnement et à une tentative de rapprochement et de lien entre maladie et handicap.

1.2 Une prise en compte de l'impact social et environnemental

Selon le psychiatre Romain Liberman, par définition, la maladie au sens général est une altération de la santé. De façon plus précise, « il s'agit d'entités caractérisables, possédant des causes, se manifestant par différents signes ou symptômes évolutifs » permettant au médecin d'évaluer le pronostic et d'établir une thérapeutique.

Le handicap[8], au sens le plus général, se définit « comme un désavantage, une infériorité »[9], il n'est pas spécifique et son approche dépend de l'environnement.

---

[6] L'hygiène mentale représente l'ensemble des procédés d'ordre préventif qui sont mis en œuvre pour protéger et promouvoir l'adaptation des individus à leur milieu social.

[7] Selon les termes de la circulaire du 15 mars 1960, la sectorisation « consiste essentiellement à diviser le département en un certain nombre de secteurs géographiques, à l'intérieur de chacun desquels la même équipe médico-sociale devra assurer pour tous les malades, hommes et femmes, la continuité indispensable entre le dépistage, le traitement sans hospitalisation quand il est possible, les soins avec hospitalisation et, enfin, la surveillance de postcure. »

[8] Il est à noter que le mot « handicap » vient de l'anglais et désigne au XVIIe siècle un jeu de hasard « hand in the cap ».

[9] LIBERMAN R. (2015), *Handicap et maladie mentale*, Paris, PUF, coll. « Que sais-je ? », 9e éd., p. 34.

> « L'approche biomédicale, avec en premier lieu le diagnostic et/ou la description du processus morbide (…) ne renseigne absolument pas sur l'état de la personne notamment dans sa vie quotidienne et l'accomplissement de son rôle social. »[10]

Le regard et le travail sur l'environnement des individus restent insuffisants et le handicap peine à être vu sous un autre angle que celui d'une infériorité. L'utilisation actuelle du mot « handicap » est officialisée en 1957, date à laquelle « la loi sur le reclassement professionnel des travailleurs handicapés marque une étape importante dans la structuration du monde du handicap. »[11]

Les domaines du handicap et de la maladie mentale s'opposent alors même qu'ils devraient prendre conscience de leur complémentarité. Dans le prolongement de la pensée de Sivadon, des représentants de mouvements associatifs précisent qu'il s'agit de considérer que normalement « la maladie précède le handicap mais en psychiatrie, maladie et handicap sont indissociables. »[12] La maladie mentale serait donc la conséquence avant d'être la cause d'un trouble dans les rapports entre l'individu et son milieu. C'est dans cet esprit que les familles se sont battues pour que les conséquences de la maladie mentale soient reconnues en tant que « situation de handicap ».

1.2.1 Une clarification incomplète du concept de handicap

En 1970, l'épidémiologiste Philip Wood est missionné par l'Organisation Mondiale de la Santé (O.M.S.) pour clarifier le concept de handicap, notamment sur les besoins en matière de réadaptation et d'indemnisation. Il définit le handicap comme la conséquence d'une maladie sur la personne et propose de l'appréhender sur la base de trois types d'expériences :

« La déficience », qui renvoie à l'altération d'une structure ou d'une fonction anatomique, physiologique ou psychologique. Elle correspond à l'aspect lésionnel du handicap.

« L'incapacité », qui traduit la réduction partielle ou totale de la capacité d'accomplir de façon normale une activité. Elle correspond à l'aspect fonctionnel du handicap.

« Le désavantage », qui est la conséquence de la déficience ou de l'incapacité dans l'insertion sociale, scolaire et professionnelle.

L'approche de Wood fait naître une vision centrée sur la personne, où le handicap devient un phénomène individuel. Dans la continuité, les lois du 30 juin 1975[13], dites loi d'orientation

---

[10] DIDIER-COURBIN P. et GILBERT P. (2005), « Éléments d'information sur la législation en faveur des personnes handicapées en France : de la loi de 1975 à celle de 2005 », *Revue française des affaires sociales* (n° 2), p. 211.

[11] BLANC A. (1995), *Les Handicapés au travail*, Paris, Dunod, 310 p.

[12] FINKELSTEIN C. et CANNEVA J. (2006), « 4e congrès de l'Association Nationale pour la Promotion des Soins Somatiques en Santé Mentale « Soins et Iatrogénies », Marseille, Colloques en Santé Publique, consulté le 10 juillet 2017, programme [en ligne] : http://asp.bdsp.ehesp.fr/Colloques/?Scripts/Show.bs%3FbqRef%3D1159.

[13] Loi n°75-534 du 30 juin 1975, d'orientation en faveur des personnes handicapées et loi n° 75-535 du 30 juin 1975, relative aux institutions sociales et médico-sociales, consultées le 15 juin 2017, [en ligne] : https://www.legifrance.gouv.fr.

en faveur des personnes handicapées et relatives aux institutions sociales et médico-sociales, sont les premières lois sur le handicap. Elles marquent une césure entre le champ sanitaire de la maladie mentale et le champ social du handicap mental. On peut regretter qu'elles ne se positionnent sur aucune définition précise du handicap. La première fait la distinction entre d'un côté « la personne malade » et de l'autre la personne « handicapée », la deuxième touche aux lieux de prise en charge. Implicitement, les personnes présentant des troubles psychiatriques, qui se retrouvent dans les deux cas de figure, sont tiraillées de part et d'autre.

L'OMS poursuit le travail et propose en 1980 la Classification Internationale des Handicaps (C.I.H.), que l'on appelle aussi Classification Internationale des Déficiences, Incapacités et Handicaps (C.I.D.I.H.). Il faut attendre la fin de la décennie pour qu'une réflexion collective s'amorce sur l'articulation entre maladie mentale et handicap. Par ailleurs, le modèle de la CIH fait l'objet de critiques car il ne tient pas compte :

> « des "effets de rétroaction", c'est-à-dire qu'il négligeait le retour du désavantage ou de l'incapacité vers la déficience. D'autre part, parce qu'il mettait l'accent sur la personne et négligeait l'environnement social et écologique pour expliquer les raisons des situations de handicap dans les habitudes de vie et les rôles sociaux. »[14]

En 1993, la réforme du guide-barème[15] d'évaluation des handicaps tient compte dans la construction des désavantages subis par les personnes en raison de leurs troubles psychiques. Serge Milano, économiste et spécialiste des questions sociales, souligne que « ce n'est pas la maladie psychiatrique qui donne lieu à l'attribution d'un taux d'incapacité mais les limites qu'elle suscite dans la vie quotidienne. »[16]

1.2.2 La révision de la CIH : un consensus possible ?

L'OMS procède en 2001 à une réévaluation de la C.I.H. et la transforme en Classification Internationale du Fonctionnement, du handicap et de la santé (C.I.F.). Elle intègre les facteurs contextuels du handicap, ce qui « traduit alors plus justement, à un moment donné, le résultat de l'interaction des facteurs individuels et environnementaux. »[17]

La nouvelle classification modifie le regard sur le handicap et permet le passage d'un modèle médical à un modèle socio-environnemental, provoquant un changement de paradigme décisif pour le public présentant des troubles psychiatriques.

---

[14] LOTTE L., SERAPHIN G. (2009), « Le handicap psychique : un concept ? Une enquête auprès de la population majeure protégée », *Ethnologie française*, vol. 39, p. 454.
[15] Décret n°93-1216 du 4 novembre 1993, relatif au guide-barème applicable pour l'attribution de diverses prestations aux personnes handicapées et modifiant le code de la famille et de l'aide sociale, le code de la sécurité sociale.
[16] MILANO S. (2009), « Le handicap psychique, d'une loi à l'autre », *Revue française des affaires sociales*, p. 21.
[17] ZRIBI G., SARFATY J. (dir.) (2008), *Handicapés mentaux et psychiques, vers de nouveaux droits*, Paris, EHESP, p. 8.

« La CIF incarne le modèle "biopsychosocial"[18], synthèse des approches médicale et sociale du handicap. »[19] À l'heure actuelle, il est question d'envisager de façon singulière chaque cas, en évaluant la personne dans une situation de handicap ou pas. Les termes de « déficience », « incapacité », « désavantage » sont remplacés par trois nouveaux niveaux de compréhension sur le plan de la « fonction » (niveau du corps), de « l'activité » (niveau de la personne) et de la « participation » (niveau de la société).

L'outil d'évaluation et de remédiation du handicap, que l'on nomme Processus de Production du Handicap (PPH), élaboré par des chercheurs québécois, permet de tenir compte, couplé à la CIF, des habitudes de vie des personnes handicapées. « Il ne s'agit plus de classer les handicaps mais d'identifier les sujets, dans une approche qui réintègre la notion de personne face à la société *et* face à la maladie »[20]. L'outil PPH, bonifié dans sa composante par l'anthropologue Patrick Fougeyrollas, sert aujourd'hui de modèle aux principales méthodes d'évaluation des troubles psychiques. Le rapprochement entre maladie et handicap n'efface pas pour autant la persistance des cloisonnements existants.

1.3 Une ambivalence dans le rapprochement amorcé des champs sanitaire et social

Depuis 1960, dans le même temps que la sectorisation psychiatrique, le champ du handicap s'est modifié et commence à se structurer. La passivité de l'état sur les questions d'ordre médico-social fait réagir et la période des Trente Glorieuses est marquée par le mouvement des parents d'enfants inadaptés. L'engagement des familles est fort et nous assistons à un déploiement associatif de grande envergure menant à la création de nombreuses structures et métiers, dédiées aux personnes handicapées et inadaptées.

1.3.1 Une réadaptation possible dans le milieu de vie ordinaire

Dans le champ de la maladie mentale, la circulaire du 15 mars 1960 marque une avancée considérable et indique clairement que :

> « "le principe essentiel de l'organisation de la lutte contre les maladies mentales" doit être de maintenir les malades au plus près de leur milieu ordinaire de vie et que l'hospitalisation "ne constitue plus désormais qu'une étape du traitement qui a été commencé et devra être poursuivi dans les organismes de prévention et de post-

[18] Le modèle « biopsychosocial » a été explicitement théorisé par le psychiatre américain Georges LIBMAN ENGEL en 1977. Il critique d'abord la nature dualiste du modèle médical qui sépare « le corps » et « l'esprit ». Ses idées constituent non seulement un objectif scientifique, mais aussi le fondement d'une idéologie qui tente de contrer la déshumanisation de la médecine et l'infantilisation des patients. Pour aller plus loin, se conférer à l'article : SIKSOU M. (2008), « Georges Libman Engel (1913-1999), le modèle biopsychosocial et la critique du réductionnisme biomédical », *Le Journal des psychologues* (n° 260), p. 52-55.

[19] LOTTE L. et SERAPHIN G. (2009), *op.cit.*, p. 455.

[20] BOUCHERAT-HUE V. (2014), « "Handicap" Un concept qui date pour une réforme qui dure », *Perspectives Psy*, vol. 53, p. 136.

> cure". L'intérêt de relais par des structures médico-sociales n'en est paru que plus important. »[21]

Parallèlement en 1963, l'Union nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques (UNAFAM) se constitue avec l'aide de psychiatres, qui misent, quant à eux, de plus en plus sur la réadaptation par le travail.

> « La réadaptation […] pensée en termes de guérison, les rechutes étant des "ratés" du retour à la vie normale […] le handicap lié à la maladie mentale est vu comme une incapacité à se faire au rythme de la vie sociale. La désocialisation résulte d'une perte de contact avec ce rythme »[22].

Le travail est perçu comme le moyen de ne pas être désaffilié. Pour cela, il faut que la personne retourne au sein de la société et parvienne à exercer une activité pour retrouver le rythme de la vie sociale nécessaire à sa réadaptation. Cependant, dans les situations où la pathologie ne permet pas la mise en place d'une réadaptation par le travail, quel est le support pour « raccrocher » la personne à la vie sociale ? Peut-on penser que l'habitat et le logement, au sein du milieu dit « ordinaire », ont un rôle à jouer ? Avec quel accompagnement et sous quelles formes peuvent-ils être pensés comme le moyen de réhabiliter socialement les personnes présentant des troubles psychiques ?

Les critiques de la psychiatrie, dans les années qui suivent 1968 en particulier, incitent les psychiatres à la prudence. Ils commencent à mieux penser le rôle que peuvent jouer des acteurs non médicaux sur leurs patients malades mentaux.

Dès la fin des années 1970, une diminution nette du nombre de lits en milieu psychiatrique[23] s'amorce. De nouvelles interrogations émergent, telle une sorte de dilemme entre la question de l'hospitalisation et/ou de la réadaptation, l'une et l'autre n'étant pas toujours souhaitables en fonction des situations.

Pour le psychiatre Henri Ey, l'une des principales figures pensantes de la psychiatrie française de l'après-guerre aux années 1970, la maladie mentale est une « pathologie de la relation ». Il convient de considérer le malade mental comme une personne, capable d'atteindre un niveau d'adaptation optimale. La possibilité de réadaptation fait son apparition, à ce moment-là, dans le discours des médecins psychiatres.

---

[21] JAEGER M. (2012), *L'articulation du sanitaire et du social*, Paris, Dunod, 3e éd., p. 29.

[22] HENCKES N. (2009), « Les psychiatres et le handicap psychique. De l'après-guerre aux années 1980 », *Revue française des affaires sociales* (n° 1-2), p. 32.

[23] Le psychologue clinicien Jean-Paul Arveiller précise que « le nombre de lits d'hospitalisation a diminué de moitié entre 1950 et 1990, passant de 120 000 à 60 000. », dans « Traitement, soin, réadaptation, réhabilitation : qui fait quoi ? », *in* ZRIBI G. et BEULNE T. (dir.) (2009), *Les handicaps psychiques : Concepts, approches, pratiques*, Rennes, Presses de l'EHESP, p. 56.

1.3.2 La résistance des psychiatres face au secteur du handicap

Les psychiatres, attachés à la prise en charge de leurs patients, ne souhaitent pas perdre le monopole de l'action thérapeutique qu'ils ont sur les maladies mentales. Cette volonté de maîtrise provoque leur opposition, pour plusieurs raisons, à l'entrée de leurs patients dans le champ des personnes handicapées. Certains auteurs précisent que ce qui a fait s'insurger les psychiatres dans la promulgation des lois de 1975, c'est le « fixisme »[24] d'une conception du handicap, c'est-à-dire l'impossibilité d'envisager une progression, voire un rétablissement, qui pouvait faire obstacle en ce qu'elle décourageait les projets de soins. Pour eux, la réadaptation des malades mentaux ne peut se dissocier de la thérapie.

La tension présente ne freine pas pour autant l'amorce d'un mouvement de désinstitutionnalisation, qui admet de plus en plus l'importance d'une possible vie des malades hors de l'hôpital et le potentiel des structures médico-sociales pour l'accompagnement des personnes présentant des troubles psychiatriques. Le cheminement progressif révèle un changement de paradigme pour passer du soin par l'isolement asilaire en institution vers l'ouverture d'une « prise en soin » au plus près du milieu de vie des individus. L'avancée considérable qui s'opère ne se fait pas sans résistances et bouscule le cœur même des pratiques professionnelles.

Henckes précise qu'il semble y avoir aussi une forme de défiance envers les usagers et leurs familles.

> « Si les relations entre psychiatres et familles n'ont jamais été simples, le débat sur le handicap voit les positions s'exacerber. C'est par exemple dans telle réunion, les remarques sur les familles "appâtées par l'allocation" ou sur le "système" qui "pourrait permettre de se détériorer chez soi, sans que les familles éprouvent désormais le besoin d'un soin". »[25]

Aussi, les familles des personnes malades psychiques sont-elles encore aujourd'hui confrontées à des tensions et des rapports de force avec les médecins psychiatres ?

De quelle façon se sont-elles fait entendre pour défendre et faire évoluer l'accompagnement de leurs proches ?

---

[24] LEGUAY D. *et al.* (2009), « Pour une redéfinition des missions de la psychiatrie en partant des besoins globaux des patients », *L'Information psychiatrique*, vol. 85, p. 521.

[25] HENCKES N. (2012), « Entre maladie et handicap : repenser la critique psychiatrique de la loi du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées », Association ALTER, *European Journal of Disability Research,* Elsevier Masson, p. 248, [en ligne] : http://www.sciencedirect.com.

2. Une avancée morale, juridique et législative majeure au début du XXIe siècle

2.1 Une forte mobilisation associative : vers une implication du pouvoir public

L'année 2001 est marquée par la publication du *Livre blanc des partenaires de la Santé Mentale en France*, portée par l'UNAFAM, la Fédération Nationale des Associations d'usagers et d'ex-usagers de la psychiatrie (FNAP-Psy) et autres associations. Le *Livre blanc* porte une réflexion sur la Santé Mentale en développant huit thèmes principaux :

« 1° La prévention : soins et urgences (urgences psychiatriques et sectorisation)
2° La souffrance psychique des adolescents
3° La précarité : alcoolisme et conduites addictives
4° La petite enfance
5° L'ethnopsychiatrie
6° Tutelles et curatelles
7° Les personnes âgées
8° La couverture maladie universelle (CMU) et la couverture complémentaire »[26]

Il a pour objectif de faire exister le handicap psychique et de proposer des solutions pour les personnes concernées. Le Livre blanc engage un travail de réflexion important mené par les politiques publiques et donne lieu en mars 2002 au Rapport Charzat, du nom du parlementaire en mission, à qui un travail d'analyse et de propositions sur le sujet du handicap psychique a été confiée. L'étude doit permettre de fournir des éléments de compréhension « pour mieux identifier les difficultés des personnes en situation de handicap du fait de troubles psychiques et d'apporter les moyens d'améliorer leur vie et celle de leurs proches. »[27]

Michel Charzat reprend les principaux critères des déficiences psychiques établis dans le guide barème de 1993 et énumère l'ensemble des troubles propres au psychisme (troubles de la volition, de la pensée, de la perception, de la communication et du langage, du comportement, de l'humeur, de la conscience et de la vigilance, de la vie émotionnelle et affective, de conceptualisation, de la mémoire…). Le développement de plusieurs caractéristiques intrinsèques, qui touchent bon nombre de personnes présentant des troubles psychiques, apparaît particulièrement intéressant.
Mais qu'en est-il de l'environnement ? du lieu de vie des personnes ? Comment son impact est-il perçu ?

[26] Collectif UNAFAM et autres associations (2001), *Le Livre blanc des partenaires de Santé Mentale*, Paris, Éditions de Santé, [en ligne] : http://www.unafam.org/IMG/pdf/LivreBlancSanteMentale-2.pdf, 175 p.
[27] CHARZAT M. (2002), « Pour mieux identifier les difficultés des personnes en situation de handicap du fait de troubles psychiques et d'apporter les moyens d'améliorer leur vie et celle de leurs proches », Rapport parlementaire, Ministère de l'emploi et de la solidarité, consulté le 15 novembre 2016 et le 15 juin 2017, [en ligne] : http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/024000350.pdf, 138 p.

Les thèmes[28] évoqués par Charzat donnent une extension très large du handicap psychique :

« 1° Stigmatisation, méconnaissance, crainte
2° Souffrance de la personne
3° Fragilité, vulnérabilité
4° Isolement, rupture du lien social
5° Variabilité, imprévisibilité
6° Durabilité, évolutivité
7° Poids des traitements
8° Souffrance et charge de la famille et de l'entourage »[29]

On peut se demander, en fonction des thèmes évoqués, quels sont ceux qui concernent le public que nous avons rencontré au sein des habitants accompagnés en résidence accueil et en SAVS renforcé ? Y-a-t-il des profils types de personnes ?

2.2 Une rénovation de l'action sociale dans la lignée des parcours de vie

De janvier à mars 2002, plusieurs lois interviennent et révisent la « deuxième »[30] loi du 30 juin 1975, notamment la loi du 2 janvier 2002, rénovant l'action sociale et médico-sociale qui consacre le droit des usagers. Elle permet l'évaluation des besoins de la personne « usager » placée au centre de toute action la concernant. S'adosse à la loi du 2 janvier, celle du 17 janvier 2002[31], portant sur la modernisation sociale, qui appuie sur « la nécessité de l'accompagnement social des parcours de vie individualisés et adaptés au besoin des sujets en situation de handicap. »[32]

Selon la singularité de chaque situation et le type de parcours de vie, on peut s'interroger sur le moment où l'évaluation préconise le besoin d'un habitat accompagné dans la continuité du parcours résidentiel de la personne ?

2.2.1 La notion de parcours de vie : une acception large

Pour le sociologue Dominique Argoud, l'utilisation du vocable de parcours :

> « reflète une tendance de fond dans les sciences humaines et sociales consistant à privilégier des approches biographiques et compréhensives pour mieux appréhender la complexité des comportements humains. »[33]

---

[28] Au cours des chapitres d'analyse de notre recherche, nous aborderons certains de ces thèmes au travers des témoignages recueillis auprès des résidents interrogés et leur entourage.
[29] CHARZAT M. (2002), *op.cit*., p. 33-37.
[30] La loi de 1975 comporte deux volets, la loi de 2002 vient réformer la loi n°75-535 du 30 juin 1975, relative aux institutions sociales et médico-sociales, se rapportant aux institutions publiques et privées.
[31] Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002, rénovant l'action sociale et médico-sociale et loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002, de modernisation sociale. Par elles, le président du Conseil général (CG), aujourd'hui devenu Conseil départemental (CD) depuis mars 2015, a le pouvoir de décider les orientations des schémas départementaux et médico-sociaux, élaborés dans une démarche conjointe du département et des services de l'État, consultées le 15 juin 2017, [en ligne] : https://www.legifrance.gouv.fr.
[32] BOUCHERAT-HUE V. (2014), *op.cit.*, p. 134.
[33] ARGOUD D. (2013), dossier : « Développer une approche par les parcours suppose de refonder l'État social », *Union Sociale*, n° 264, interview de février 2013, [en ligne] sur http://www.ufenm.be/IMG/pdf/5._d._argoud.pdf.

Il explique que le concept s'est développé par étapes, d'abord dans le secteur du logement social avec la notion de parcours résidentiel puis dans le dispositif de soins primaires.
La notion recouvre plusieurs définitions et est utilisée dans de nombreux domaines (logement, santé, emploi, éducation…) par les politiques publiques.

En sociologie, selon Marc Bessin :

> « Le parcours de vie est le produit d'un ensemble de normes et d'institutions, de règles formelles et culturelles, qui entourent l'avancée en âge, grâce notamment à l'âge chronologique comme critère de reclassement et de mise en ordre naturel de la société […] La réversibilité des actes et l'incertitude des statuts engendrent des parcours de vie professionnelle ou familiale qui ne peuvent plus être pensés de façon unilinéaire et irréversible. »[34]

Le psychosociologue Jean-René Loubat explique que :

> « la notion de parcours épouse le point de vue de la personne en intégrant l'aléatoire de la vie, les diverses situations qu'elle engendre, ainsi que les notions d'étapes et d'allers et retours, au détriment d'une vision institutionnalisée et figée : celle de "la place occupée". Elle rend compte d'une quête de développement personnel et de promotion sociale tout au long de sa vie, du point de vue de l'acteur, et d'un enchaînement de situations socio-économiques objectives, du point de vue de la société. Dans tous les cas, le parcours sollicite une capacité d'adaptation et de réactivité. »[35]

Dans l'action sanitaire et médico-sociale, le parcours de vie se définit comme :

> « un cheminement individuel propre à chacun dans les différentes dimensions de sa vie. Ces dimensions concernent les domaines personnel et relationnel, professionnel, social ou encore familial et citoyen. Principalement utilisée dans le domaine de la santé, la notion de parcours désigne "l'ensemble des évènements intervenant dans la vie d'une personne et les différentes "périodes" et transitions qu'elle connaît". Ces dernières affectent son bien-être physique, mental et social, sa capacité à prendre des décisions ou à maîtriser ses conditions de vie, ses interactions avec son entourage, sa participation à la vie sociale. »[36]

Ces définitions soulèvent la pertinence de réfléchir à la qualité des accompagnements sanitaire et social en termes de continuité et de complémentarité, particulièrement pour les personnes en situation de handicap psychique souffrant de troubles chroniques. Le handicap psychique, par son imprévisibilité et la fluctuation des symptômes, impose de penser le parcours des personnes comme un élément dynamique, changeant, pour lequel l'agencement et le réajustement des accompagnements doivent pouvoir se faire à tout moment en fonction de l'évolution des situations.

---

[34] BESSIN M. (2009), « Parcours de vie et temporalités biographiques : quelques éléments de problématique », *Informations sociales* (n° 156), p. 16.
[35] LOUBAT J.-R. (2013), « Parcours et projets de vie : vers une reconfiguration de l'action sociale », *Les Cahiers de l'Actif* (n° 446-447), p. 7-20.
[36] Rapport de la CNSA (2012), « Promouvoir la continuité des parcours de vie : d'une responsabilité collective à un engagement partagé », 02/Prospective, p. 33.

La logique, que nous pouvons qualifier « d'intégrée » appelle à ce que les champs se rapprochent et collaborent entre eux dans l'intérêt des personnes et le respect de leurs attentes et de leurs besoins.

2.2.2 Un décloisonnement des champs, imposé par la logique de « parcours »

Les modifications de l'organisation des services médico-sociaux demandent que des négociations soient possibles entre les différents acteurs.

> « En France, la question du soin dans la prise en compte globale de la personne handicapée se heurte à un clivage important entre le secteur sanitaire et le secteur social et médico-social. »[37]

Suite aux lois de 2002, des décrets et circulaires[38] sont venus préciser les termes de leur application. Parallèlement, dans le champ sanitaire, la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de soins intervient dans un même esprit. L'objectif est de « favoriser la coordination interprofessionnelle des secteurs sanitaires et sociaux. »[39]
Les interventions sanitaires et sociales, auprès des personnes en situation de handicap psychique, nécessitent d'être coordonnées pour limiter les risques de rupture et assurer un suivi cohérent, garantissant une continuité comme enjeu de qualité de vie, de bien-être et donc de santé. La double intervention sanitaire et médico-sociale est, en effet, indispensable à l'accompagnement de ce public en situation de handicap psychique, d'où la nécessité d'un travail qui soit concerté et coordonné. Il s'agit de « travailler en multipartenariat, car les problèmes et les acteurs sont multiples ; ceci permet de dépasser le bilatéral qu'affectionnent les gestionnaires et les visions binaires qui suscitent les cloisonnements. »[40]

La rencontre entre les professionnels de champs différents est aujourd'hui incontournable pour concrétiser l'objectif commun à toute intervention : l'intérêt de la personne accompagnée ou du patient et la mobilisation de savoir-faire et de connaissances spécifiques qui s'avèrent complémentaires. La Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA) évoque la sensibilité particulière à adopter concernant :

> « les personnes en situation de handicap dont le parcours de vie est intimement lié à leur état de santé, à une époque où l'augmentation des maladies chroniques oblige à envisager les soins non plus comme une intervention ponctuelle et purement sanitaire mais comme un élément d'un parcours. »[41]

---

[37] LEPLEGE A. *et al.* (2015), « Le handicap dit psychique. Enjeux conceptuels et enjeux de soins », *Perspectives Psy*, vol. 54, p. 303.
[38] Il s'agit des décrets et circulaire suivants : Décret du 14 novembre 2003 sur l'intervention d'une personne qualifiée ; Décret du 14 novembre 2003 sur le règlement de fonctionnement de l'établissement et du service ; Circulaire du 24 mars 2004 sur le livret d'accueil ; Décret du 25 mars 2004 sur le conseil de la vie sociale, Décret du 26 novembre 2004 sur le contrat de séjour.
[39] BOUCHERAT-HUE V. (2014), *ibid.*, p. 134.
[40] ROCHE F. (2007), « Le rapport du CSTS sur l'articulation du sanitaire et du social », *Vie sociale*, (n° 1), p. 94.
[41] Rapport de la CNSA (2012), *op.cit.*, p. 32.

Dans le champ psychiatrique, la chronicité des maladies mentales, dont la survenue s'avère souvent être un événement de vie imprévu et brutal, nécessite effectivement que les soins soient pensés au long court en termes de qualité de vie et de continuité dans l'accompagnement médico-social. Aussi, comme le signale Denis Piveteau en 2012, « l'accompagnement sanitaire et l'accompagnement social se superposent, et plus encore : se commandent mutuellement. »[42]

L'efficacité de la nouvelle organisation médico-sociale en termes de parcours doit s'appuyer sur une plus grande souplesse et une adaptabilité renforcée des dispositifs pour plusieurs raisons[43]. Nous retiendrons en particulier trois des sept éléments concernant le public en situation de handicap psychique :

• L'augmentation du recours à des services de droit commun ainsi qu'une volonté de désinstitutionnalisation des modes de réponse apportés aux personnes en situation de handicap ;
• La notion d'inclusion est très fortement valorisée ainsi que la prise en compte de plus en plus marquée des attentes et besoins des personnes ;
• Les parcours ne sont plus figés et stables, ils sont marqués par leur singularité et leur instabilité.

Ces changements d'envergure touchent à la pertinence de l'émergence des habitats accompagnés et démontrent les efforts des pouvoirs publics[44] dans l'innovation des réponses apportées, notamment en matière de logement. L'objectif est aussi de renforcer la collaboration entre les champs sanitaire et social, enfermés dans des pratiques et des cultures professionnelles qui peinent à œuvrer ensemble dans l'intérêt des personnes en « situation de handicap ».

2.3 Une volonté politique d'égalité et de droits à la compensation

L'arrivée de la loi du 11 février 2005[45] pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, est une avancée considérable. Pour la première

[42] PIVETEAU D. (2012), « Un nouveau projet pour le secteur médico-social ? », *in Revue hospitalière de France*, (n° 544), consulté le 2 août 2017, [en ligne] : http://fulltext.bdsp.ehesp.fr/FHF/RHF/2012/544/29.pdf.
[43] LOUBAT J.-R. (2013), *op.cit.*
[44] Nous pouvons notamment citer parmi ces efforts: la création de programmes d'actions territoriaux de santé, notamment sur les questions de santé mentale et logement, les Contrats Locaux de Santé (CLS), dispositifs contractuels entre l'État et les collectivités locales, portant sur la promotion/prévention de la santé, les politiques de soin et d'accompagnement médico-sociale, la mise en place des Conseils Locaux de Santé Mentale (CLSM), plateformes locales de concertation et de coordination entre les élus d'un territoire et le service de psychiatrie publique, les dispositifs partenariaux dans le champ de l'habitat (PDALHPD), ainsi que les lois du 5 juillet 2011, relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et loi santé du 26 janvier 2016 sur le partage d'informations.
[45] Loi n° 2005-102 du 11 février 2005, pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées et décret n° 2005-223 du 11 mars 2005, consultés le 15 juin 2017, [en ligne] : http://www.légifrance.gouv.fr.

fois, une tentative de définition est clairement énoncée et tient compte de la diversité des situations de handicap, dont font partie les troubles psychiques.

2.3.1 Une définition du handicap discutable

Dans l'article 2 de la loi, est inscrit :

> « Constitue un handicap, au sens de la présente loi, 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. »[46]

Bien que cela soit fait sans plus de précision, les fonctions « mentales », « psychiques » et « cognitives » sont listées et distinguées les unes des autres. Pour certains auteurs, « il est donc erroné d'affirmer que le "handicap psychique" a été officiellement reconnu avec la loi de 2005. »[47] Le terme de « handicap psychique » précisément n'y apparaît pas, tout comme est déploré le fait que « l'expression "handicap psychique" ne constitue aucunement une rupture par rapport à ce même modèle médical puisque le handicap était nommé d'après sa cause principale : la déficience psychique. »[48]

La rédaction de la loi a été pourtant largement influencée par l'activisme associatif de l'UNAFAM qui se bat depuis de nombreuses années pour une reconnaissance des malades psychiques, dont les troubles invalident gravement leur vie quotidienne. L'historien Pierre André Vidal-Naquet précise un point important sur le critère de la temporalité souvent utilisé pour différencier la maladie du handicap :

> « en effet, le handicap est reconnu, notamment selon la loi de 2005, dès lors que les symptômes repérables s'inscrivent dans la durée. Sont donc écartés du champ du handicap les perturbations occasionnelles. »[49]

Dans le cas des troubles psychiques, certains symptômes entrent donc dans cette définition du fait de leur caractère temporaire. Le facteur chronique est ce qui justifie une reconnaissance administrative du handicap.

2.3.2 Un objectif de continuité des parcours

L'accessibilité, l'ouverture sur l'extérieur, la participation, l'inclusion et la citoyenneté des personnes handicapées, voilà autant de mots qui guident les principes de la loi. L'expression

---

[46] Art. L. 114 de l'article 2 de la loi du 11 février 2005, JORF n°36 du 12 février 2005, page 2353, texte n° 1.
[47] LEPLEGE A. *et al.* (2015), « Le handicap dit psychique. Enjeux conceptuels et enjeux de soins », *Perspectives Psy*, vol. 54, p. 299.
[48] LEPLEGE A. *et al.* (2015), *ibid.*, p. 299.
[49] VIDAL-NAQUET P.A. (2009), « Maladie mentale, handicap psychique : un double statut problématique », *Vie sociale*, (n° 1), p. 15.

« en situation de handicap », à laquelle la société doit s'adapter pour mieux inclure les personnes, est privilégiée. Au-delà de l'intégration sociale[50] jusque là prônée, nous passons dans « l'ère » de l'inclusion sociale[51] où chaque individu doit trouver sa place dans la société. Les décrets qui suivent, en mars 2005, réglementent les différents services en milieu ouvert, notamment les SAVS/SAMSAH qui se multiplient à partir de l'année 2007.

D'autre part, le titre V de la loi de février 2005 fait disparaître la Commission Départementale de l'Éducation Spéciale (CDES) pour les enfants et la Commission Technique d'Orientation et de REclassement Professionnel (COTOREP) pour les adultes, établies par la loi du 30 juin 1975. Dans chaque département, une Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH), constituée en Groupement d'Intérêt Public (GIP), se crée en tant que « guichet unique ».

L'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) précise que :

> « La MDPH doit permettre un accès à des dispositifs d'accompagnement adaptés qui facilitent le projet de vie afin de permettre la continuité du parcours de la personne et des conditions d'insertion dans le milieu de vie et de travail ordinaire. »

L'accent est mis sur sa mission d'accueil en charge de « fluidifier » les parcours en simplifiant les démarches pour l'ensemble des personnes en situation de handicap.

3. Le handicap psychique aux frontières du soin et du social

Depuis les années 1990 et surtout à compter des années 2000, sous la pugnacité des associations de familles et de malades psychiques, la notion de « handicap psychique » a fait son chemin. Elle est aujourd'hui très utilisée depuis la loi du 11 février 2005 dans le langage des différents milieux professionnels « bien qu'il y ait une reconnaissance officielle, il est nécessaire de noter que le terme même de "handicap psychique" ne figure pas dans la loi. »[52]

---

[50] Selon l'anthropologue québécois Marc ADELARD TREMBLAY, « l'*intégration sociale* est définie comme la capacité de l'individu d'assumer des rôles qui lui sont dévolus et de les tenir en se conformant aux normes culturelles et en respectant les attentes des autres. L'individu est capable de s'intégrer socialement dans la mesure où les modèles de rôle, qui lui sont proposés comportent des définitions partagées ; ils deviennent anormaux quand ils s'éloignent des définitions coutumières. »

[51] Selon la *Laidlaw Foundation* (Toronto, Canada) « L'*inclusion sociale* consiste à faire en sorte que tous les enfants et adultes aient les moyens de participer en tant que membres valorisés, respectés et contribuant à leur communauté et à la société... Cinq pierres angulaires ont été identifiées : la reconnaissance valorisée, les opportunités de développement humain, l'implication et l'engagement, la proximité, le bien-être matériel. »

[52] GARDOU C. (dir.) *et al.* (2016), *Handicap psychique : questions vives*, coll. « Connaissances de la diversité », Toulouse, Érès, 400 p.

3.1 Un palier franchi vers une dé-stigmatisation ?

D'un point de vue social, les théories sociologiques dans « *Outsiders* » de Becker ou « *Stigmates* » de Goffman ont mis en évidence le lien existant entre maladie mentale et déviance « puisque le terme "malade mental" fait référence aux concepts de marginalité et d'anormalité. »[53] Il s'agit en fait de la théorie de « *l'étiquetage* »[54] qui se base sur l'idée que la déviance n'est pas uniquement un fait individuel mais dépendrait plutôt du rapport entre l'acte déviant posé par un individu et la réaction de la société face à cet acte.

L'invisibilité et la fluctuation des troubles sont deux des caractéristiques principales du handicap psychique qui rendent particulièrement complexe sa compréhension par l'entourage et l'environnement extérieur. La méconnaissance et la peur entraînent des réactions de rejet, de défense et de protection.

L'angoisse est également un trait commun et caractéristique de plusieurs pathologies psychiques. Elle est parfois massive et peut surgir d'un seul coup, à n'importe quel moment, pour un détail, un événement ou un changement, que la plupart des gens tolère mais que la personne malade psychique ne peut supporter. Il convient pour elle de tenter de contrôler son angoisse comme elle le peut dans son quotidien.

Le handicap psychique est, dans la majeure partie des situations, la conséquence de maladies mentales ou psychiatriques qui entraînent une fluctuation importante des troubles provoqués. La personne atteinte nécessite, soit une médicalisation si la pathologie n'est pas stabilisée, soit au minimum une médication précise et adaptée pour réduire les symptômes invalidants.

Nous parlons principalement ici, dans ce travail de recherche, du handicap psychique durable, dû à des maladies mentales graves chroniques, notamment les psychoses. Même si une reconnaissance de ce public est arrivée avec la loi de 2005, le chemin à parcourir pour lever la stigmatisation dont le « malade mental » a fait l'objet durant des siècles, est encore long. Comme le soulignent les sociologues québécoises Masse et T- Brault :

> « si les réactions qu'il suscite sont négatives, c'est principalement parce qu'il contrevient aux normes généralement admises, entraînant ainsi des sanctions telles l'évitement, le rejet, l'exclusion, l'internement, l'emprisonnement, etc. »[55].

---

[53] C. MASSE J. et T- BRAULT M.-M. (1979), « Maladie mentale et stigmatisation ou Comment on devient un malade mental pour la vie », *Santé mentale au Québec*, (vol. 4), n° 1, Érudit, p. 74.

[54] « Car étiqueter évoque le fait qu'au sein des groupes sociaux voire des sociétés, parmi les multiples différences humaines certaines sont mises en avant plutôt que d'autres. La sociologie de la stigmatisation s'intéresse donc moins aux relations interindividuelles qu'aux conséquences sociales de l'association entre un stéréotype et certaines actions. », dans LOVELL A.-M. *et al.* (2011), « Sur quelques mauvais jeux de mots : classifications psychiatriques et stigmatisation », *L'Information psychiatrique*, vol. 87, p. 177.

[55] C. MASSE J. et T.-BRAULT M.-M. (1979), *op.cit.,* p. 75.

Comment parvenir à s'extraire d'une vision de personne « malade », « hors norme » et d'un diagnostic de schizophrénie par exemple, pour considérer le besoin d'aide de la personne dans sa vie quotidienne et lui offrir, par le biais d'une forme d'habitat accompagné, les stratégies et les clés pour composer avec ses difficultés ?

3.2 Le handicap psychique : un large spectre aux contours indéfinis

Le handicap psychique se retrouve classifié au chapitre V : Troubles mentaux et du comportement (F00-F99) de la Classification statistique Internationale des Maladies (CIM-10)[56]. La version V classification américaine du DSM[57] parue le 12 mai 2013, représente pour Patrick Landman[58], psychiatre, une classification basée sur des faits comportementaux qui négligent la dimension clinique, indispensable dans les diagnostics psychiatriques. Ce sont les observations cliniques qui peuvent modérer les effets produits par le DSM. La classification américaine est aujourd'hui très critiquée car elle enferme de plus en plus de personnes dans une inclusion des troubles mentaux, sous l'influence des lobbies pharmaceutiques.

3.2.1 Les pathologies à l'origine d'un handicap psychique selon l'UNAFAM

Selon le président d'honneur de l'UNAFAM, Jean Canneva :

> « Faire connaître le handicap psychique, c'est le distinguer du handicap mental par trois différences : la personne handicapée psychique n'a pas de déficience intellectuelle à proprement parler, […] elle est très médicalisée avec souvent des effets secondaires, […] son handicap psychique est essentiellement variable. »[59]

Nous percevons dans son discours qu'il est difficile de définir avec précision le handicap psychique même au vu d'aspects communs qui se retrouvent dans plusieurs situations.

L'UNAFAM, par sa connaissance du handicap psychique, propose la définition suivante :

> « Le handicap psychique, secondaire à la maladie psychique, reste de cause inconnue à ce jour. Les capacités intellectuelles sont indemnes et peuvent évoluer de manière satisfaisante. C'est la possibilité de les utiliser qui est déficiente. La symptomatologie est instable, imprévisible. La prise de médicaments est le plus souvent indispensable, associée à des techniques de soins visant à pallier, voire à réadapter, les capacités à penser et à décider. »[60]

---

[56] Classification statistique Internationale des Maladies et des problèmes de santé connexes, « CIM-10 FR à usage PMI », vol. 1, Bulletin Officiel spécial n° 2017/9, consulté le 18 juin, [en ligne] : http://solidarites-sante.gouv.fr.

[57] *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*.

[58] LOGAK Z. (2016), « Un nouveau regard sur les troubles psychiques », table ronde du cycle de conférences Santé mentale : bousculons nos préjugés, 11 mai 2016, avec P. LANDMAN et J.-P. WINTER, consultée le 21 juin 2017, [en ligne] : https://www.franceculture.fr/conferences/un-nouveau-regard-sur-les-troubles-psychiques.

[59] Extrait d'une audition de Jean Canneva devant le Sénat le 5 février 2004, [en ligne] : http://www.senat.fr/rap/l03-210-2/l03-210-28.html.

[60] Définition du handicap psychique proposée par l'association de l'UNAFAM, consultée le 17 juin 2017, [en ligne] : http://www.unafam.org.

Afin d'évoquer un certain nombre de pathologies à l'origine d'un handicap psychique qui touchent les personnes concernées par notre recherche, nous nous appuierons sur la liste établie par l'UNAFAM. Il s'agit notamment :

• Des psychoses décompensées et particulièrement les différents types de schizophrénie (schizophrénie paranoïde, schizophrénie dysthymique ou psychose aigüe schizo-affective…)
• Des troubles dépressifs graves associés à des états maniaques dans les maladies bipolaires, appelées auparavant « psychose maniaco-dépressive ». Classés dans les troubles de l'humeur, ils ne sont invalidants que s'ils ne sont pas traités et sont de type particulièrement violent.
• Des troubles anxieux majeurs dans le cadre de personnalités dysfonctionnelles, comme ce que l'on nomme « états-limites » ou personnalité « borderline ».
• Des troubles névrotiques graves, comme les Troubles Obsessionnels Compulsifs (TOC), les phobies invalidantes, voire les conversions hystériques ainsi que les troubles hypocondriaques, notamment post-traumatiques (violences physiques, psychologiques ou sexuelles durant l'enfance ou l'adolescence, accidents, deuils particulièrement difficiles etc…)
• D'autisme et de syndromes autistiques, également classés dans les troubles psychiques même s'ils sont plus de l'ordre d'une pathologie de type congénitale. Les troubles de la communication, de l'attention et l'extrême sensibilité à toute variation de l'environnement qu'ils provoquent sont invalidants et appellent plusieurs types d'accompagnement en fonction du leur degré.
• D'autres pathologies comme les syndromes frontaux, les conséquences d'un traumatisme crânien ou de lésions cérébrales, les démences liées à une maladie neuro-dégénérative ou à une cause toxique peuvent également rentrer dans le cadre de la catégorie du handicap psychique.

Cette liste n'est pas exhaustive et il est intéressant d'évoquer brièvement l'ambiguïté qui existe sur la notion de « double diagnostic » que l'on retrouve de plus en plus au sein des structures médico-sociales.

3.2.2 L'ambivalence de la notion de double diagnostic : un risque de confusion

Dans le cas des déficients intellectuels, nous rencontrons deux discours concernant, soit des « problèmes de comportements », soit des « problèmes psychiatriques ou psychiques ».
Ce double regard modifie la vision et fait apparaître ce que Johan De Croef, pédagogue et psychanalyste, nomme « la problématique du double diagnostic /de la double pathologie »[61].

[61] La problématique du double diagnostic dont il est question ici concerne l'alliance d'une déficience intellectuelle, couplée à des problèmes de santé mentale. Cette notion entraîne une confusion, pourtant écartée lorsque le déficient

L'étude du rapport Charzat confirme cette notion de double diagnostic et réduit l'écart entre le handicap psychique et le handicap mental :

> « Cependant insister sur le fait qu'il n'est pas de frontière entre "handicap mental" et "handicap psychique" : les troubles graves des fonctions psychiques retentissent sur les capacités intellectuelles et les apprentissages ; et la déficience intellectuelle est assez fréquemment associée à des troubles psychiques, soit en raison de la pathologie d'origine, soit en raison de la souffrance psychique qu'elle entraîne. »[62]

Pourtant, les définitions du « handicap psychique » sont claires sur la préservation des capacités intellectuelles.

> « Avec le changement de paradigme et la dominance du modèle citoyen par lequel le "débile" est devenu une personne ayant un handicap intellectuel, il s'est avéré en même temps que cette même personne avec une limitation intellectuelle a une vulnérabilité accrue en matière de santé mentale. »[63]

L'ambivalence du double diagnostic apparaît dans l'amalgame de la déficience intellectuelle, couplée à un problème de santé mentale. Nous comprenons que la notion ici de santé mentale[64] touche plusieurs populations. Sa mise en lumière sur la sphère publique s'étend à tout type de problématique, comme celle du handicap mental, conséquence d'une déficience intellectuelle.

Notre expérience professionnelle nous permet de confirmer que le public en situation de handicap psychique se différencie de celui présentant une déficience intellectuelle sur plusieurs points. La maladie mentale, sauf dans des cas de psychoses déficitaires, a effectivement la particularité de maintenir les capacités intellectuelles intactes, bien que la pensée soit désorganisée.

3.2.3 Une politique de santé mentale large et indéfinie

Il devient patent que la politique de santé mentale occupe un espace de plus en plus large dans l'organisation du système de soins en France. La loi « Hôpital Patient Santé Territoire », dite loi HPST de juillet 2009[65], grande loi de santé publique, a complexifié le parcours en

---

intellectuel a été distinguée du malade mental. Peut-on vraiment être à la fois en situation de handicap psychique et de handicap mental ? Le handicap psychique, qui est la conséquence d'une maladie mentale, touche à la question de l'organisation de la pensée. Les capacités intellectuelles sont souvent indemnes et peuvent même évoluer de manière satisfaisante. Dans les faits, pour le handicap psychique, c'est uniquement l'utilisation des capacités intellectuelles par la personne qui est déficiente. Elle aura des difficultés à penser, à se concentrer et à prendre des décisions.

[62] CHARZAT M. (2002), *op.cit.*, p .26.

[63] CROEF de J. (2009), « Le double diagnostic : une affaire louche ? », *in* ZRIBI G. et BEULNE T. (dir.), *Les handicaps psychiques : Concepts, approches, pratiques*, Rennes, Presses de l'EHESP, p. 31-32.

[64] L'OMS emprunte la définition du Québec et définit la santé mentale comme un état d'équilibre du psychisme qui résulte « d'interactions entre des facteurs de trois ordres : des facteurs biologiques, relatifs aux caractéristiques génétiques et physiologiques de la personne, des facteurs psychologiques, liés aux aspects cognitifs, affectifs et relationnels, et des facteurs contextuels, qui ont trait aux relations entre la personne et son environnement. Ces facteurs sont en évolution constante et s'intègrent de façon dynamique chez la personne. »

[65] Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009, portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, consultée le 15 juin 2017, [en ligne] : http://www.légifrance.gouv.fr.

psychiatrie en supprimant la référence au secteur. Elle contraint le champ psychiatrique à « rentrer dans le moule » d'une organisation générale, qui nie la spécificité du travail psychiatrique.

La loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016[66], bien que critiquée pour la similitude de sa ligne directrice avec la loi de 2009, a le mérite de rétablir le service public hospitalier. Il est toutefois regrettable que seul l'article 69, sur les 227 articles que comporte la loi, soit consacré à la psychiatrie. La déception des acteurs de la psychiatrie qui espèrent, et se battent pour, la création d'une grande loi, dédiée au champ de la santé mentale et de la psychiatrie, est grande. Le psychiatre Alain Pourrat fait remarquer « qu'il a fallu nombre de combats pour qu'un volet spécifique sur la santé mentale, évoquée en 2013 lors du "Pacte de confiance à l'hôpital", s'incarne au final, au sein de cette loi générale de santé. »[67]

La politique de santé mentale ne concerne donc plus seulement la souffrance psychique au sens restreint du terme, mais l'ensemble des troubles relationnels qui caractérisent le comportement d'un individu. Penser de cette façon n'est pas sans risquer de perdre de vue la reconnaissance d'une frange de la population, concernée par notre étude, qui vient d'être « officiellement » reconnue et souffre de troubles mentaux graves et chroniques. Le mouvement associatif des familles de malades psychiques continue d'œuvrer pour différencier handicap psychique et handicap mental, afin d'éviter l'écueil d'une confusion des modes de traitement.

3.3 Compréhension et accompagnement du handicap psychique

À la suite des définitions proposées, il apparaît que la maladie mentale affecte particulièrement les relations avec les autres et l'environnement, l'intentionnalité, la motivation ou encore la volonté de la personne.

Le sociologue Alain Ehrenberg et l'anthropologue Anne M. Lovell l'évoquent avec pertinence :

> « La difficulté réside dans le fait que la pathologie mentale touche ce qui constitue la dimension proprement humaine du vivant animal : l'intentionnalité (désirs, volontés, croyances, raison et raisons...). La pathologie mentale désigne la désorganisation de cette intentionnalité. »[68]

---

[66] Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, consultée le 15 juin 2017, [en ligne] : http://www.légifrance.gouv.fr.

[67] POURRAT A. (2016) « Loi de santé et psychiatrie. Et maintenant ? », *L'Information psychiatrique*, vol. 92, n° 3, p. 183-186.

[68] EHRENBERG A. et LOVELL A.M. (2001), *La Maladie mentale en mutation*, *Psychiatrie et société*, Éditions Odile Jacob, p. 10.

Dans certains cas par exemple, le logement n'est pas entretenu, des détritus ou vêtements jonchent le sol, ce qui rend difficile l'évaluation des professionnels entre ce qui, d'un côté relève d'une absence de volonté, qui serait intentionnelle et d'un autre côté la présence d'un véritable symptôme, empêchant toute volonté d'action. Un dialogue et un suivi régulier soutiennent l'appréciation des intervenants afin de vérifier la répétition des comportements, signe du symptôme. Les observations et leur analyse permettent d'affiner l'évaluation afin de proposer un accompagnement adapté en fonction du problème repéré.

3.3.1 Intérêt de l'habitat : vers la réhabilitation psychosociale

Comme nous l'avons souligné, l'organisation de la pensée et la mise en œuvre des capacités intellectuelles sont affectées dans le cas du handicap psychique et perturbe la relation aux autres et à l'environnement.

Gérard Zribi[69] prolonge le propos et spécifie que :

> « les maladies mentales peuvent entraîner une déficience et une incapacité générant dans un certain nombre de cas une relation gravement perturbée et à long terme entre une personne et son environnement : c'est cette perturbation de la relation qui caractérise le handicap psychique. »[70]

C'est justement cette caractéristique particulière que nous souhaitons soulever. Elle nécessite des méthodes d'accompagnement particulières, comme celles basées sur les principes de la *réhabilitation psychosociale*[71] qui permettent une restauration des capacités sociales.

Le handicap psychique nous oblige par son fondement même à le considérer comme pluriel car il regroupe un panel de troubles très différents qui ne produisent pas les mêmes effets. Deux individus présentant la même pathologie peuvent présenter des difficultés tout à fait différentes dans leur vie quotidienne et n'auront pas la même demande d'aide.

Sur cette base, Cnaan mesure l'importance du handicap au regard de cinq domaines de la vie courante, qui peuvent être impactés à des degrés divers en fonction de la maladie et des conséquences qu'elle engendre.

---

[69] Educateur, Docteur en psychologie, chargé d'enseignement à l'Ecole nationale de la santé publique (en 1990). Il est aussi président fondateur d'ANDICAT (Association nationale des directeurs et cadres des centres d'aide par le travail) et Directeur Général d'une association gestionnaire d'établissements et de services spécialisés (en 2003).

[70] ZRIBI G. et BEULNE T. (dir.) (2009), *Les handicaps psychiques : Concepts, approches, pratiques*, Rennes, Presses de l'EHESP, p. 14.

[71] En 1988, R. A. CNAAN, professeur à l'Université de Pennsylvanie et responsable de l'unité de recherches sur la politique sociale et la religion, définit la réhabilitation psychosociale comme « un processus qui facilite le retour de l'individu à un niveau optimal de fonctionnement autonome dans la communauté ». Elle met l'accent sur l'intégrité et les forces de l'individu plutôt que sur sa maladie et propose une approche globale incluant la réadaptation au travail, le logement, les loisirs sociaux, l'éducation et l'adaptation personnelle.

Il s'agit :

• de la capacité à prendre soin de soi (soin d'hygiène, soins somatiques)

• d'établir des relations durables avec son entourage (échanges, règlement des conflits)

• de poursuivre une formation et s'inscrire dans une activité (professionnelle ou bénévole)

• de réussir à se maintenir dans un logement (« savoir-habiter », entretien)

• d'organiser sa vie sociale et ses loisirs (activités sportives, lien social)

Au regard de ces domaines, la question du logement et de l'habitat apparaît être un point d'ancrage incontournable dans l'accompagnement du public en situation de handicap psychique.

> « L'hôpital n'est plus considéré comme le seul espace de soin possible, mais comme un lieu de passage […] les questions relatives au logement, à l'accompagnement, à la vie quotidienne dans la ville, seront beaucoup plus présentes. De ce fait, la société et les dispositifs sociaux se trouvent autrement interpellés par la psychiatrie. »[72]

Hors des murs de l'hôpital, l'intervention des professionnels doit pouvoir prendre appui sur un lieu dans le respect de la vie privée de la personne. L'absence d'habitat soulève la question de la rue, qui complexifie la notion même de l'accompagnement.

Le passage d'un modèle médical à un modèle biopsychosocial, avec une prise en compte de l'environnement, a changé le regard porté sur la maladie mentale. La compréhension du handicap psychique réside aussi dans le fait d'accepter son imprévisibilité.

3.3.2 Imprévisibilité et fluctuation des troubles : quelle approche ?

Vidal-Naquet souligne que certains symptômes, comme la lenteur, le repli sur soi, les défauts de jugement ou de décision, sont *à priori* difficilement objectivables en soi. C'est parce qu'ils sont récurrents, observables et de fait, évaluables, qu'ils légitiment d'être compensés.

> « Toutefois, la spécificité de la maladie mentale et/ou du handicap psychique ne réside pas là mais dans le risque de rupture, de basculement, autrement dit de "décompensation" qui est le terme utilisé par la psychiatrie. »[73]

Le risque de rupture réside principalement dans la difficulté pour l'individu, qui développe une maladie mentale, d'en prendre conscience. Il n'est pas rare de rencontrer des personnes qui sont dans le déni de leur maladie et de leurs troubles, parfois même dans un refus de soin. L'efficacité de certains médicaments leur procure l'illusion qu'ils disparaissent et c'est principalement l'arrêt du traitement qui peut malheureusement, provoquer ce que l'on appelle

[72] MARQUES A. (2013), « Des équipes mobiles de psychiatrie-précarité. Une forme d'articulation entre les champs social et psychiatrique », *Le Sociographe*, (n° 42), p. 70.
[73] VIDAL-NAQUET P.A. (2009), *op.cit.*, p. 15.

une « décompensation »[74]. Le chemin est parfois long avant de pouvoir admettre qu'il est indispensable de maintenir l'observance du traitement même quand les symptômes s'estompent, voire parfois disparaissent sur certaines périodes. Le rapport au handicap psychique est complexe pour la personne qui le vit. Autant que possible, elle cherche à mettre la maladie à distance, dans l'espoir d'une guérison. « Dans ces conditions, le handicap qui consacre une déficience durable signe pour ces personnes l'échec d'une thérapeutique. »[75]

L'affiliation à la reconnaissance administrative d'un handicap par la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH) via la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH) ne peut être considérée dans ce cas comme un progrès mais plutôt comme le renoncement à une possible guérison. Le psychiatre Jacques Sarfaty explique sur le handicap psychique et la fluctuation des troubles que :

> « face à cette variabilité et cette intermittence, les réponses institutionnelles se doivent d'être souples, tout en étant constamment pensées et réajustées, ceci aussi bien dans le domaine de l'habitat que celui du travail. »[76]

L'habitat « accompagné » semble représenter un moyen de conjuguer parcours de vie et de soin dans un cadre à la fois souple et adaptable aux besoins des personnes. Sur quelles bases le concept s'est-il construit pour justement s'adapter à la variabilité et l'intermittence du handicap psychique ? En partant d'une logique d'hébergement, nous allons expliciter, au travers d'un éclairage scientifique, le passage symbolique vers les notions de logement et d'habitat.

4. La place de l'habitat au cœur de l'existence des individus

Le logement, l'habitat, le domicile, la maison, le « chez soi » sont autant de mots qui désignent le lieu de vie, où l'on se sent en sécurité. Le domicile représente, pour chaque individu, un lieu chargé en sensations, en émotions, un lieu où l'on vit bonheur, joies, peines ou déceptions, un lieu où l'on aspire à être libre en toute quiétude. Être domicilié quelque part est devenu une norme sociale sans quoi l'individu se retrouve sans domicile fixe, exclu et « hors norme ». Ce public fragile possède pourtant des capacités certaines de vie en société, à condition que leur réintégration soit, à un moment donné, « béquillée » pour permettre de se réapproprier

[74] « La décompensation est la rupture d'un équilibre. Dans certaines maladies, des troubles qui existent potentiellement, peuvent être pendant un certain temps « compensés ». Leurs conséquences néfastes n'apparaissent pas, du fait de défenses qui les équilibrent. Lorsque les défenses tombent, l'équilibre est rompu, le trouble va se manifester, la maladie sera « décompensée ». (Définition de la clinique psychiatrique de Lampre, [en ligne] sur www.cliniquelampre.fr).
[75] VIDAL-NAQUET P.A. (2009), *op.cit.*, p. 22.
[76] SARFATY J. (2009), « Handicaps psychiques ? », *in* ZRIBI G. et BEULNE T. (dir.), *Les handicaps psychiques : Concepts, approches, pratiques*, Rennes, Presses de l'EHESP, p. 42.

des aptitudes et combattre un apragmatisme[77] fréquent.

Les personnes en situation de handicap psychique ont longtemps été prises en charge par l'institution hospitalière ou par leurs familles. Elles sont souvent, et toujours pour certaines, « institutionnalisées » ou « hébergées », faute d'autres solutions adaptées.

Comment passe-t-on d'une prise en charge institutionnelle à un suivi en milieu ordinaire ?

4.1 L'institution, un modèle contestable

Étymologiquement, l'institution représente l'action « d'instituer quelqu'un dans une situation ». Le mot institution découle du verbe latin « *instituo* » qui signifie « instituer ». À partir du verbe s'est formé le nom « institution », découlant de « *institutio* », qui signifie d'abord « arrangement » et prend ensuite le sens de principe, système. Ce mot renvoie donc à l'idée d'organisation à la base d'un système.

Le sociologue américain Erwing Goffman nous donne une lecture approfondie de ce concept. Il a voulu mettre en évidence les processus de socialisation des patients au sein de l'institution, qu'il qualifie de « totale » par le pouvoir qu'elle exerce sur les malades.

> « L'institution totalitaire (*total institution*) comme un lieu de résidence et de travail où un grand nombre d'individus, placés dans la même situation, coupés du monde extérieur pour une période relativement longue, mènent ensemble une vie recluse dont les modalités sont explicitement et minutieusement réglées. »[78]

L'auteur souligne l'ambivalence de ces lieux de soin, structurés par un travail d'organisation millimétrée de l'institution. Il laisse planer le doute de sa véritable fonction auprès des individus « enfermés », qu'il désigne sous le terme de « *reclus* »[79], selon que l'institution permette le soin ou au contraire qu'elle serve à regrouper des personnes « gênantes », que l'on doit écarter du monde social. Goffman précise que l'asile brise la frontière du logement, du travail et des loisirs. Ordinairement, ces différentes modalités de vie sont situées à des endroits différents. Au sein de l'asile, l'objectif est d'annihiler l'extérieur qui devient un obstacle pour un retour à une vie autonome et sociale. Il compare l'asile à la société en expliquant qu'il s'agit :

> « d'une caractéristique fondamentale des sociétés modernes que l'individu dorme, se distraie et travaille en des endroits différents, sous des autorités différentes, sans que cette diversité d'appartenances relève d'un plan d'ensemble. Les institutions totalitaires, au contraire, brisent les frontières qui séparent ordinairement ces trois champs d'activités ; c'est même là une de leurs caractéristiques essentielles »[80]

---

[77] Dans le handicap psychique, l'apragmatisme est un symptôme caractérisé par une inaction à effectuer des tâches alors même que la personne est en mesure de les concevoir. On peut rapprocher l'explication à ce que Ehrenberg et Lovell qualifient de désorganisation de l'intentionnalité.

[78] GOFFMAN E. (1968), *Asiles. Études sur la condition sociale des malades mentaux*, Paris, *Les Éditions de minuit,* p. 41.

[79] La traduction française de « *reclus* » a été choisie dans un souci de mettre l'accent sur l'importance de l'isolement de des individus au sein de l'institution totalitaire.

[80] GOFFMAN E. (1968), *op.cit*., p. 47.

Les pratiques asilaires ont aujourd'hui disparu mais les institutions psychiatriques, sociales et médico-sociales existent toujours, parfois dans les mêmes lieux, empreints d'histoire. Elles se sont adaptées à l'évolution des temps modernes, aux différentes lois pour se conformer aux injonctions du cadre juridique. Depuis la loi du 30 juin 1975 et comme nous l'avons déjà développé, des bouleversements des années 2000, les systèmes se sont assouplis, les usagers « pris en charge » sont devenus des « personnes accompagnées », qui ont des droits. Elles deviennent, dans la mesure où elles en ont les capacités, actrices de leur projet de vie et peuvent donner leur avis, leur sentiment, s'opposer, dire « non ! »

Le caractère d'hébergement en collectif impose aux institutions sanitaires ou médico-sociales de maintenir une entité de système, régie par des règles et des pratiques, auxquelles patients et/ou résidents doivent se conformer. Le sociologue Dominique Argoud compare la notion « d'hébergement » à celle d'un « "camp retranché", espace dans lequel la personne prise en charge n'a d'autre choix que celui de se soumettre aux règles d'une institution physiquement coupée du reste de la cité. »[81]

Les institutions, construites à l'abri des regards, ont néanmoins évolué et ont cessé de se multiplier. Elles se sont spécialisées pour accueillir plus de personnes afin que les hôpitaux ne soient plus un hébergement de longue durée. Ce n'est malheureusement toujours pas le cas aujourd'hui en psychiatrie, où certaines prises en charge durent plusieurs années sans solution de sortie satisfaisante et adaptée. L'objectif s'est gradué d'une possible intégration des individus à l'obligation d'une inclusion dans la société.

Sur cette perspective, nous choisissons d'exclure le vocable « hébergement » de notre étude au bénéfice des termes d'habitat et de logement. Le semi-collectif et la participation qui en découle sont une caractéristique principale de l'environnement, importante et significative des lieux de vie observés. Le mot « logement » sera employé lorsqu'il s'agira d'évoquer le caractère privé et intime du lieu de vie propre à la personne. Le terme d'habitat rendra compte de l'ensemble du dispositif étudié[82], en résidence accueil et en SAVS renforcé, qui comprend à la fois un environnement privé individuel mais aussi des espaces collectifs dédiés à un usage commun des résidents et bénéficiaires[83].

---

[81] ARGOUD D. (2011), « De l'hébergement à l'habitat : une évolution ambiguë », *Gérontologie et société* (n°136), p. 14.

[82] Nous pouvons nous interroger sur la difficulté de parler de ces lieux au statut complexe entre les appellations « d'hébergement », « d'habitat » et de « logement ».

[83] Nous aurions pu faire le choix d'orthographier le mot « résidant » de cette façon pour renforcer l'acte d'habiter « chez soi » des personnes au sein des résidences accueil, cette orthographe représentait auparavant l'habitant d'un lieu. Le mot « résident » a été choisi comme nom du fait de son usage courant, bien qu'il soit souvent connoté à l'idée d'hébergement. Dans le respect des usages de l'UDAF, nous utiliserons les vocables de « résident » pour les habitants des résidences MADEN et de « bénéficiaire », sauf exception, pour évoquer les habitants du SAVS renforcé.

L'articulation des prises en charge sanitaire et sociale doit s'adapter à la personne en respectant ses choix et en lui permettant d'accéder aux différents dispositifs. C'est à partir d'un habitat inclus au sein de la cité que l'action publique doit pouvoir apporter à chaque individu l'aide médicale, sociale, humaine, technique, dont il a besoin pour vivre décemment dans le logement de son choix. Notre étude vise à montrer le processus par lequel nous sommes passé du modèle de l'institution, lieu d'accueil qui héberge des personnes malades pour leur apporter des soins au modèle du logement et de l'habitat au sein du milieu ordinaire de vie sociale.

4.2 L'habitat et le logement, une ouverture du soin vers le milieu ordinaire

Le sociologue Yankel Fijalkow remarque que « Goffman analysait notamment la vie en hôpital psychiatrique, avec une situation résidentielle au vu et au su de tous, et une surveillance de chaque instant. »[84]

Les personnes en situation de handicap psychique, qui ont à composer avec des troubles invalidants dans leur vie quotidienne, sont amenées, lorsqu'elles sont médicalement « stabilisées », à les gérer à l'extérieur de l'hôpital en s'appuyant sur la psychiatrie de secteur en cas de problèmes. L'objectif depuis les années 1960, notamment par le mouvement de sectorisation psychiatrique, a en effet conduit à une prise en charge en milieu ouvert, hors des murs de l'hôpital. Sans la reconnaissance de handicap psychique qu'ils ont aujourd'hui, les sujets atteints de maladies mentales, dont la situation ne justifiait pas un maintien en milieu hospitalier, avaient quitté l'hôpital. « La majeure partie des personnes qui sont suivies en psychiatrie vivent comme tout un chacun dans un habitat banalisé. »[85]

Cependant, pour plusieurs situations, il est constaté que :

> « la demande de création ou de mise à disposition de logements pour les personnes malades psychiques émane d'hôpitaux ou d'associations et vise leurs patients. Elle est le plus souvent traitée sous l'angle d'une "demande d'habitat spécifique" »[86].

L'accompagnement du handicap psychique a connu un déplacement, d'une prise en charge médicale hors les murs vers le social, marqué notamment par la création de SAVS/SAMSAH spécifiques, efficiente courant 2007.

Les habitats « spécifiques » font de plus en plus leur apparition sous l'impulsion d'une réorganisation médico-sociale à visée inclusive qui privilégie les solutions du « droit

---

[84] FIJALKOW Yankel (2013), « Priorité au logement durable », F.MAG/FNARS.fr, extrait de l'interview de janvier 2013, consulté le 10 juillet 2017, [en ligne] sur : http://sociologie.celeonet.fr/documents/FNARS.pdf.

[85] Les Cahiers (2006), « L'accès au logement des personnes en processus de soin », *in* FURET J. (dir.), « Habitants : L'accès et le maintien dans le logement des personnes ayant des difficultés de santé mentale », Union sociale pour l'habitat, (n° 103), coll. « les Collections d'Actualités habitat », p. 41.

[86] Les Cahiers (2006), *op.cit.*, p. 42.

commun »[87]. L'habitat, *a fortiori* le logement individuel, peut conduire à reprendre pied, s'ancrer dans un lieu privé, gage de « sécurité », de liens sociaux notamment lorsqu'il propose le support d'un semi-collectif, ce qui est le cas des résidences-accueil et des SAVS renforcé.

L'appui médical ambulatoire, développé au cours des années 1980, vient soutenir le maintien en milieu ordinaire en permettant à la personne le recours à des soins de qualité, assurés par des hôpitaux de jour ou de nuit, des Centres Médico-Psychologique (CMP)[88], des Centres d'Activité Thérapeutique à Temps Partiel (CATTP)[89].

Dans un premier temps, nous allons développer le concept de l'habitat en prolongeant notre réflexion sur les questions du logement et du domicile.

4.3 L'habitat, de l'appropriation à l'inclusion

Thierry Paquot, philosophe et urbaniste, nous éclaire sur le terme d'habitat qui appartient, en premier lieu, aux champs de la botanique et de la zoologie. Au début du XXème siècle, son acception se généralise au « milieu » dans lequel l'homme évolue. Dans l'entre-deux-guerres, on parle « d'habitat » pour évoquer « les conditions de logement ». « Le verbe "habiter" est emprunté au latin *habitare,* "avoir souvent", […] mais ce verbe veut aussi dire "demeurer" »[90]. L'habitat et le fait d'habiter comportent une connotation de durée et de pérennité. Ils autorisent l'installation et l'investissement de l'habitat par la personne sans avoir à penser au lieu d'accueil suivant. Le public en situation de handicap psychique a besoin de repères et de stabilité dans leur vie quotidienne. L'ancrage dans un lieu à investir est un élément important à prendre en compte et ne peut être assuré si le logement est provisoire. Selon Sabine Vassart, assistante de service social, formée à l'analyse systémique :

> « Prendre en considération l'environnement immédiat suppose de déplacer le cadre traditionnel de l'intervention, de le sortir des limites des officines des institutions pour le transposer dans le milieu de vie des personnes concernées […] Ce mouvement suppose une modification profonde de l'amorce de la relation d'aide. »[91]

Pour elle, les notions « se loger », « avoir un toit » et « habiter » se distinguent les unes des autres. Il y a d'une part la question du logement, de l'abri, « d'avoir un toit », d'autre part il

---

[87] Par définition, le droit commun désigne l'ensemble des règles juridiques applicables à toutes les situations qui ne font pas l'objet de règles spéciales ou particulières.

[88] Le CMP est la structure de soins pivot des secteurs de psychiatrie. Il assure des consultations médico-psychologiques et sociales pour toute personne en souffrance psychique et organise leur orientation éventuelle vers des structures adaptées (CATTP, hôpital de jour, unité d'hospitalisation psychiatrique, foyers...).

[89] Définie par l'arrêté du 14 mars 1986, la mission du CATTP vise « à maintenir ou à favoriser une existence autonome par des actions de soutien et de thérapeutique de groupe ». Il s'articule dans un réseau de structures sectorielles ou intersectorielles tant psychiatriques que sociales.

[90] PAQUOT T. (2005), « Habitat, habitation, habiter. Ce que parler veut dire… », *Informations sociales*, (n°123), p. 50.

[91] VASSART S. (2006), « Habiter », *Pensée Plurielle*, (n° 12), p. 9-10.

existe un rapport relationnel, un rapport d'action qui détermine l'habitant. Le public en situation de handicap psychique a un rapport complexe dans la relation à l'autre, à son environnement et il est difficile pour lui de comprendre son propre ressenti. Sa sensibilité exacerbée, parfois difficilement canalisable, appelle à ce qu'il puisse avoir un lieu à soi où se retirer pour s'apaiser. Comment une personne peut-elle s'approprier un lieu à soi lorsque la relation à son environnement est invalidée ?

4.3.1 L'appropriation comme voie du rétablissement

Perla Serfarty-Garzon, sociologue et psychosociologue, spécifie que l'appropriation de son espace propre est une expression individuelle. « Elle relève de l'affirmation identitaire de l'habitant. En ce sens, l'habitat est le projet d'engager l'espace habité dans la construction de soi. »[92]

Les personnes en situations de handicap psychique sont en difficulté sur ce point. La maladie freine les engagements personnels, limite la prise de décision. Elles connaissent une instabilité de leurs lieux de vie entre hôpital, famille, structures ou autres logements, tant qu'elles ne sont pas stabilisées. Il s'agit pour elles d'apprivoiser leurs troubles psychiques pour pouvoir adapter leur mode de vie aux difficultés qu'elles rencontrent dans le quotidien.

Pour tout individu, le logement privé est un « repaire », un lieu servant de refuge, représentant une protection vis-à-vis de l'extérieur. Se reposer, se retirer, en somme « prendre soin de soi » appelle à ce qu'il y ait un endroit privé et identifié pour le faire. « C'est par la préservation de l'intimité que l'habitat tient un rôle important de régulation, de préservation de soi et de représentation sociale. »[93]

L'habitat représente un ensemble, un « tout » dans lequel le logement est inclus. Dans ce cadre, nous pouvons nous autoriser à penser un équilibre pour la personne en situation de handicap psychique hors les murs, à condition de l'accompagner dans l'appropriation de son espace privé et dans une utilisation permettant l'épanouissement de soi. Comment mettre en place un accompagnement dans une juste proximité qui apporte un soutien sans entraver l'autonomie individuelle de la personne ?

Il s'agit d'investir le logement sans s'y enfermer, le risque de repli sur soi étant l'un des symptômes cliniques fréquents dans le handicap psychique. L'habitat comprend l'environnement autour du logement privé, auquel la personne doit pouvoir s'accommoder

---

[92] SERFATY-GARZON P. (2003), « Le Chez-soi : habitat et intimité », *in* SEGAUD M., BRUN J. et DRIANT J.C. (sous la direction de), *Dictionnaire critique de l'habitation et du logement*, Paris, Éditions Armand Colin, p. 65-69, [en ligne] : http://www.perlaserfaty.net/texte7htm, p. 1-9.

[93] LEROUX N. (2008), « Qu'est-ce qu'habiter ? Les enjeux de l'habiter pour la réinsertion », *VST - Vie sociale et traitements* (n° 97), p. 14.

(bruit, voisins, commerces…). Les propos de l'architecte Nadège Leroux sur la population des sans-abri, dans laquelle un certain nombre présente des troubles psychiatriques, sont transposables au public concerné par notre recherche.

> « Redonner un lieu défini, personnel et appropriable aux personnes sans abri [comme aux personnes en situation de handicap psychique], c'est leur redonner une existence. Habiter un lieu, être résident, avoir son "chez soi" et voisiner sont autant d'éléments qui rendent possible la reconstruction du lien social et la reconstruction de soi. »[94]

L'habitat, le « chez soi », serait alors à considérer comme le lieu du développement d'un rétablissement, un support au sentiment d'existence de l'individu. Il est aujourd'hui au cœur de la réflexion du corps médical et des pouvoirs publics, en lien avec l'action de la psychiatrie ambulatoire, assurée par les CMP. La lutte contre le risque d'exclusion, défendue dans de nombreux plans d'action, progresse et se renforce pour modérer, voire supprimer, une stigmatisation toujours présente.

La voie d'une réadaptation par le biais d'un habitat de droit commun, orientation majeure prise depuis les années 1980, est le concept visé pour préparer l'individu à une vie autonome, dont la dimension inclusive est particulièrement forte pour le public sujet à des maladies mentales. L'habitat peut-il représenter un facteur permettant de réaliser cet objectif ?

4.3.2 L'habitat hors institution, vecteur d'une véritable inclusion sociale ?

La vie, dans les asiles puis dans les hôpitaux psychiatriques, a rendu les malades psychiques invisibles. Leur intégration dans la société ne posait pas question tant qu'ils étaient « cachés » par les murs des institutions. Le psychiatre Jean Maisondieu éclaircit le caractère implicite du processus d'exclusion de la personne malade psychique, qui présente des bizarreries comportementales dérangeantes et qui ne peut souvent pas travailler. En somme, il affirme que « nous n'arrivons pas à le considérer comme un semblable digne d'intérêt. »[95]

Aujourd'hui, le système sanitaire, social et médico-social ne permet plus, depuis une vingtaine d'années, de créer de nouvelles places en institution, du fait des orientations prises par les pouvoirs publics. La population doit changer d'attitude face aux personnes présentant des troubles psychiques, qui ont le droit à une place à part entière au sein de la société moderne.

Le manque de financements de certains dispositifs est également une des raisons majeures de cette politique. L'hospitalisation devient l'exception mais certaines personnes n'ont pas toujours leur place au sein d'institutions médico-sociales comme les foyers de vie ou d'accueil

---

[94] LEROUX N. (2008), *op.cit.*, p. 24.
[95] MAISONDIEU J. (2002), « L'exclusion : un processus mortel », *Études sur la mort* (n° 122), p. 87.

médicalisé (FV/FAM). Ces structures se sont néanmoins un peu plus ouvertes à ce public tout comme les foyers d'hébergement liés à un Établissement Social d'Aide par le Travail (ESAT). Elles ne sont pas encore complètement « compétentes » pour accueillir des personnes relevant d'une maladie mentale si ce n'est lorsque celles-ci sont suffisamment stabilisées. Les professionnels sont parfois réticents par peur ou par méconnaissance.

Aussi, dans bien des cas, la personne se retrouve prise en charge par ses proches, ou seule dans un appartement autonome, parfois sans suivi social et avec un suivi médical ambulatoire ponctuel qui n'agit pas sur le quotidien.

Le physicien Bertrand Escaig[96] explique que les notions d'habitat et de logement ne vont pas de soi pour les personnes en situation de handicap psychique.

> « Seul, la vie sociale est très difficile. La fatigue, le délabrement de la personne, bientôt du logement, quand le mal vient, quand le mal va, sans fin : hygiène personnelle, soins somatiques, soins dentaires négligés ; carence du ménage, du linge, des ordures ; volets qui ne sont plus ouverts, sanitaires bouchés, brisés, ce sont des tableaux hélas constants dès lors que la personne est abandonnée dans la ville. »[97]

Les propos de l'auteur apparaissent pertinents et illustrent des situations que nous avons pu rencontrer au cours de notre expérience de travailleur social en Service d'Accompagnement à la Vie Sociale (SAVS). Il sous-tend l'écart existant entre une prise en charge resserrée en institution et la liberté angoissante d'un logement autonome, où le risque du « laisser-aller » et l'isolement prédominent. La solution « intermédiaire » d'habitats accompagnés incarne-t-elle une des réponses possibles pour résoudre l'absence d'un entre-deux entre institution et logement indépendant ?

5. L'habitat accompagné : une « prise en soin » du handicap psychique ?

À partir de nos observations et de notre cheminement, l'objet de notre recherche s'intéresse particulièrement au rôle des « habitats accompagnés » dans le parcours de vie et le parcours de soin des individus.

Offrir aux personnes la possibilité de vivre dans le droit commun en garantissant une « inclusion » induit le développement de réponses souples et de nouveaux services au statut différent, à partir de l'habitat et du logement.

La résidence accueil, spécifique au handicap psychique, représente une logique d'habitat, que l'on pourrait qualifier de lieux de vie « intermédiaire », situés entre le secteur médico-social

[96] Professeur des Universités et vice-président de l'UNAFAM.
[97] ESCAIG B. (2009), « Le handicap psychique, un handicap caché, un handicap de tous les malentendus », *Revue française des affaires sociales* (n° 1-2), p. 89.

et le secteur des logiques domiciliaires de droit commun. Le SAVS renforcé présente une forme similaire, proposant un accompagnement soutenu en colocation. Il appartient au champ médico-social même s'il tend à se rapprocher des logiques d'habitat du droit commun.

Le secteur social et médico-social est devenu au fil du temps un partenaire incontournable au monde psychiatrique dans l'accompagnement du public en situation de handicap psychique. Mais intervenir hors les murs, signifie intervenir sur quoi et à partir d'où ?

5.1 Un point d'ancrage incontournable au rétablissement des individus

Le mouvement de désinstitutionnalisation a constitué le domicile comme le support de l'intervention sanitaire et médico-sociale. Cependant, l'habitat est-il vraiment appréhendé par le corps médical psychiatrique comme un support de soin ?

Les professionnels du champ sanitaire, ancrés dans une logique sanitaire et institutionnelle, constatent que :

> « la culture sanitaire a basculé d'un masochisme bien tempéré dans un cadre de tradition essentiellement humaniste à une entreprise obnubilée par les quotas, les ratios de rendement et les rapports dans un cadre essentiellement managérial. »[98]

D'un autre côté, la culture associative du médico-social et les lois de 2002 et de 2005 ont maintenu les objectifs fixés depuis la création du secteur, venus pallier un manque pour lequel le secteur sanitaire ne pouvait pas ou plus apporter de réponse satisfaisante. Dans cet esprit, une complémentarité s'est instaurée « dans un rapport de dépendance logique, voire chronologique […] le sanitaire pour les moments aigus des maladies et le médico-social pour les périodes chroniques. »[99]

Le domicile deviendrait le lieu de « traitement » d'une maladie psychique chronique stabilisée avec l'appui du soin ambulatoire et la possibilité, en cas de rechutes, d'un renvoi vers un cadre institutionnel, notamment hospitalier. Le concept d'habitat « accompagné », en résidence accueil et en SAVS renforcé se situe à la frontière entre l'institution, qu'elle soit hospitalière ou médico-sociale et la vie de droit commun lié au modèle du domicile. Il deviendrait le support d'une « prise en soin »[100] des personnes en situation de handicap psychique.

---

[98] VALLEE L. et DELION P. (2007), « La culture professionnelle de l'action médico-sociale précoce. Un essai de cohabitation entre culture sanitaire et culture médico-social associative », *Contraste* (n° 27), p. 153.
[99] VALLEE L. et DELION P. (2007), *ibid*. p. 153 et *op.cit.*, p. 154.
[100] Le choix du terme « prendre soin » dans notre recherche est à relier au terme anglais « *caring* », qui renvoie à une action dirigée vers quelque chose ou quelqu'un dans une attitude de sollicitude et d'attention. Il ne s'agit cependant pas d'écarter la notion de « *care* », qui concerne l'ensemble des « soins qui permettent le bien-être physique, mental et social ». (M.-A. VIGIL RIPOCHE (2012), *in* « Prendre soin, *care* et *caring* »)

En quoi l'habitat « accompagné » représente-t-il un retour à la vie « normale », dans un environnement adapté, offrant la possibilité « d'aller mieux » ?

Comme nous l'avons souligné, nous pouvons mettre en corrélation l'interdépendance du parcours de vie et du parcours de soin. Dans le cas du handicap psychique, ils sont faits de remaniements, parfois d'évolution positive ou de régression surprenante. La fluctuation de l'état psychique, liée aux évènements de vie, à l'environnement, à l'observance d'un traitement, nous oblige à le penser en perpétuel mouvement, dans le respect d'une temporalité propre à chaque situation. Escaig reprend les propos de la sociologue Livia Velpry :

> « Parcours n'est pas trajectoire, la trajectoire évoque une évolution simple, déterminée, prévisible, comme celle du projectile […] Équilibre précaire, le parcours est fait d'une succession non linéaire d'embranchements, de microétapes et de microchutes, de multiples essais de s'évader de la maladie et de réajustements successifs mais jamais définitifs. »[101]

La tendance actuelle s'oriente progressivement sur l'habitat comme point de départ d'une prise en soin de la personne. D'un côté, le maintien en institution s'avère délétère pour l'autonomie de la personne mais d'un autre côté l'acquisition d'un logement indépendant, dénué de tout accompagnement, apparaît prématuré. Le parcours précaire et incertain qu'induit la maladie psychique suppose de pouvoir envisager de l'apprivoiser.

> « Aller mieux suppose de réussir à circonscrire l'expérience sociale du trouble psychique pour en faire un élément parmi d'autres dans l'organisation du quotidien et dans les relations sociales. »[102]

Les personnes résidant dans les habitats accompagnés en ont-elles la capacité ou est-ce plutôt l'habitat accompagné qui encourage et permet ce travail psychique ?

5.2 Questionnement et hypothèses de recherche

Notre recherche nous conduit à réfléchir aux solutions d'habitat accompagné, comme le compromis possible d'un entre-deux, dont l'accompagnement « sur-mesure » doit être ajusté et remanié en fonction des écueils que rencontrent les personnes dans l'expérience de leur maladie. Un grand nombre de personnes en situation de handicap aspire à la « normalité » d'une vie en logement autonome. L'entourage ou les professionnels poursuivent aussi cet objectif et sont en recherche de solutions pour « dévier » d'une trajectoire institutionnalisée.

De nombreuses questions se posent pour comprendre l'impact sur les habitants des deux formes d'habitats accompagnés que nous avons observés.

---

[101] ESCAIG B. (2009), *op.cit.*, p. 91.
[102] VELPRY L. (2014), « Aller mieux avec des troubles psychiques. Un regard sociologique », Santé Mentale, Acte Presse, p. 3.

Sur quels fondements se sont-ils créés pour répondre aux besoins particuliers de ce public ? Peut-on parler de l'habitat ou du logement comme d'un support de soin ? Quelles sont les différences entre la vie en résidence accueil et la vie dans un habitat suivi par un SAVS renforcé ? Quel aspect prend la notion de « chez-soi » pour eux ? Parviennent-ils à investir pleinement leur lieu privé ? Quel est le rôle du semi-collectif qui participe à la gestion de ces habitats ?
Pour répondre à ces questions, il est intéressant et nécessaire d'observer comment les habitants des lieux s'approprient un espace de vie.

En résumé, nous souhaitons questionner le rapport entre l'habitat, de droit commun ou médico-social, lieu de vie hors de toute institution et la notion de prise en soin de la personne en situation de handicap psychique. Nous avons construit notre question de recherche, qui touche le cœur même de l'accompagnement des personnes en situation de handicap psychique sur leur lieu de vie, autour de l'impact du dispositif, suite à une demande du gestionnaire. Il s'agit d'évaluer les effets positifs et/ou négatifs des habitats accompagnés dans le parcours des personnes.

Dans la continuité de notre réflexion, enrichie par nos observations de terrain, nous avons choisi d'orienter notre question de recherche sur la problématique suivante :

Dans quelle mesure l'habitat « accompagné », en résidence accueil et en SAVS renforcé, comme support et enjeu de la prise en soin d'une personne en situation de handicap psychique, produit-il des effets sur le parcours de vie et le parcours de soin permettant de limiter le recours aux hospitalisations psychiatriques ?

Nous avons examiné le fonctionnement global de ces structures. Des échanges avec les habitants des lieux et les professionnels nous ont éclairée sur plusieurs points, soulevant des pistes de réflexion. En lien avec notre problématique de recherche, nous avons déterminé trois hypothèses, auxquelles nous apporterons des éléments de réponse dans notre analyse.

La première touche à l'entourage des personnes en situation de handicap psychique. Nous supposons que l'habitat « accompagné » intervient dans le parcours de vie et de soin d'une personne en situation de handicap psychique lorsqu'il y a déficit, absence, épuisement ou inadaptation de l'entourage et que la vie en logement autonome n'est pas ou plus envisageable.

Dans un second questionnement, nous envisageons ces formes d'habitat accompagné comme un gage de sécurité, qui participe à la prise en soin des personnes. Avoir un logement à

soi dans un habitat semi-collectif, assorti de l'accompagnement d'intervenants sociaux et d'un suivi des services de soin, influencent positivement la vie quotidienne des personnes, limitant le recours aux périodes d'hospitalisation psychiatrique.

Notre troisième et dernière hypothèse interroge l'environnement sécurisé, à la fois contenant et apaisant de l'habitat « accompagné » en résidence accueil ou en SAVS renforcé. Ce mode d'habitat peut s'apparenter à une nouvelle forme « d'institutionnalisation » en milieu ordinaire, qui, par la protection sociale qu'il procure, restreint le champ des possibles « hors du dispositif ».

Afin d'argumenter nos réponses, nous décrirons, dans un premier temps, le contexte de l'étude qui concerne les deux formes d'habitat étudiées, dont l'UDAF du Finistère est gestionnaire, avec d'une part deux résidences accueil et d'autre part un SAVS renforcé.

Dans un troisième chapitre, nous détaillerons nos choix méthodologiques, mêlant le quantitatif, par des données chiffrées précises, et le qualitatif, par des données empiriques, issues du terrain de recherche.

Enfin les deux derniers chapitres seront consacrés exclusivement à l'analyse des résultats.

Chapitre II. Le dispositif observé : deux résidences accueil et trois colocations

Pour expliquer le contexte de la recherche-action, nous partirons d'un point important à souligner sur la complexité de l'accès à l'habitat pour les personnes fragilisées, dont celles en situation de handicap psychique. En passant par l'éclairage de la création du concept de résidence accueil et des modalités nécessaires à leur mise œuvre, nous terminons par la description et le détail du fonctionnement des deux formes d'habitats accompagnés qui nous intéressent dans ce travail.

1. La complexité de l'accès à l'habitat des personnes fragilisées

Les résidences sociales sont créées à la suite de mesures des pouvoirs publics notifiées par le décret du 23 décembre 1994. Celles-ci ont pour objectif de permettre :

> « l'accueil sans limitation de durée de personnes au faible niveau de ressources dans une situation d'isolement ou d'exclusion lourde et dont l'accès à un logement autonome apparaît difficile à court terme, sans relever, toutefois, de structures d'insertion de type CHRS. »[103]

Elles s'inscrivent à l'intersection d'une part, entre les structures d'hébergement et d'autre part, entre les structures d'insertion et le logement locatif social.

Suite à l'expérimentation des résidences sociales, des déclinaisons se dessinent et un programme expérimental dans le cadre d'un appel à projet de création de « pensions de famille » est lancé en 1997. Le nouveau modèle, repris dans la circulaire de décembre 2002[104] relative aux maisons relais, constitue une modalité particulière de résidence sociale. Il a pour objectif principal de stabiliser les personnes relevant de ce dispositif « dans un habitat durable de type communautaire et de petite taille » en développant une offre alternative de logement pour des personnes en situation de grande exclusion.

Les maisons relais ou pensions de famille s'inscrivent dans le droit commun et sont régies par le Code de la construction et de l'habitat[105]. Elles ouvrent droit au bénéfice d'une allocation personnalisée au logement plus avantageuse[106].

---

[103] *Guide* des dispositifs d'hébergement et de logement adapté (2008) : « Répondre aux besoins des personnes sans domicile ou mal logées », Chantier National prioritaire 2008-2012, co-production DGAS/DGALN-DHUP, p. 15.

[104] Circulaire 2002/595 du 10 décembre 2002, texte de référence de la circulaire interministérielle du 20 avril 2017 relative à la mise en œuvre du plan de relance 2017-2021 des pensions de famille et des résidences accueil, consultée le 14 juillet 2017, [en ligne] : http://circulaires.legifrance.gouv.fr/pdf/2017/05/cir_42217.pdf.

[105] *Cf.* Article L.301-1 du Code de la Construction et de l'Habitation.

[106] La dépense logement en résidence sociale est « tout compris », car elles sont conventionnées. La redevance est forfaitaire, incluant un équivalent loyer et un équivalent charges. Les résidents peuvent donc mieux maîtriser leur budget. Pour plus d'informations, se référer à la convention type APL « résidences sociales », annexe n° 2 au III du R 353-159 du C.C.H.)

Leur particularité est d'être dans une logique de logement pérenne, c'est-à-dire un habitat « sans limitation de durée et offrant un cadre semi- collectif valorisant la convivialité et l'intégration dans l'environnement social. »

Une enquête sur les pensions de famille[107] note que selon le FIchier National des Etablissements Sanitaires et Sociaux[108] (FINESS) : 73% des structures sont des pensions de famille « classiques » et 27% sont des résidences accueil. La finalité de ce type de dispositif doit encourager la réadaptation des personnes logées, dans la perspective de leur faire retrouver tous les aspects de la citoyenneté. L'implantation des projets s'inscrit dans une analyse des besoins relevant des Plans Départementaux d'Action pour le Logement des Personnes Défavorisées (PDALPD). La particularité de l'accueil d'un public ciblé est au départ écarté.

1.1 Une déclinaison imprévue : la résidence accueil

L'instruction du 11 mars 2003 a d'abord exclu que des structures soient dédiées à des personnes spécifiques, énonçant clairement que :

> « celles-ci doivent présenter des parcours et des profils suffisamment variés pour dynamiser la vie de l'établissement. Il est donc exclu de retenir des projets sociaux dont l'objet serait d'accueillir telle ou telle catégorie spécifique de population. »[109]

En 2004, une enquête, appuyée et soutenue par l'expertise des réseaux associatifs, conduit le Comité interministériel de lutte contre les exclusions du 12 juin 2006 à autoriser la création de maisons relais spécifiques. La loi de programmation sur la cohésion du 18 janvier 2005 a aussi eu un impact sur l'évolution et la spécialisation de ce nouveau mode d'habitat. En 2006, deux publics se distinguent : un public souffrant de handicap psychique, qui va être accueilli dans une déclinaison des pensions de famille, dénommées « résidence accueil », et un public de personnes vieillissantes dont les modalités d'hébergement sont aussi insuffisantes.

Les deux lois de cohésion sociale mettent ainsi en lumière, en janvier et février 2005, le public en situation de handicap psychique et justifient considérablement la pertinence de l'expérimentation de nouvelles modalités des pensions de famille.

> « Les résidences accueil relèvent du logement social [et non du secteur médico-social], et sont dédiées à la population concernée par le handicap psychique, dans une optique

[107] Rapport de synthèse (2015), « Hébergement et accès au logement : les pensions de famille et résidences accueil : du modèle aux réalités d'aujourd'hui », consulté le 8 mai 2017, [en ligne] : http://www.gouvernement.fr/sites/default/files/contenu/piece-jointe/2017/03/pensions-de-famille-ecran.pdf.

[108] Le FINESS assure l'immatriculation des établissements et entités juridiques porteurs d'une autorisation ou d'un agrément. Les données sont actualisées au quotidien en fonction des modifications effectuées au niveau territorial (ARS, DRJSCS).

[109] Bureau des politiques sociales (IUH 1), « Instruction du 11 mars 2003 relative aux maisons relais », consulté le 23 juin 2017, [en ligne] sur www.bulletin-officiel.developpement-durable.gouv.fr.

> d'autonomie de chaque hébergement. Elles sont composées de studios encadrés par un bail de droit commun mais aussi par un règlement intérieur et un ou deux professionnels appelés "hôtes". »[110]

Il est aujourd'hui obligatoire, dans le quotidien des résidences accueil, d'avoir un personnel qualifié. Le choix du vocable « hôtes »[111] s'est imposé pour nommer les professionnels intervenant dans ces lieux. Leur nombre varie, le plus souvent entre un et trois, en fonction des choix faits par le gestionnaire. L'UDAF a choisi que les hôtes[112] soient au nombre de deux dans chaque résidence accueil.

Dans le même mouvement, le décret du 11 mars 2005 crée les SAVS/SAMSAH qui vont se développer et se spécialiser, notamment dans l'accompagnement des personnes en situation de handicap psychique.

Notre terrain de recherche se situe dans un contexte du secteur médico-social et du droit commun entre un SAVS renforcé, créé en 2007 et deux résidences accueil, créées respectivement en 2012 sur Brest et en 2015 sur Quimper.

1.2 Une volonté d'accompagnement par le biais d'un habitat adapté

L'UDAF s'inscrit dans le réseau de l'Union Nationale des Associations Familiales (UNAF). Depuis la loi du 11 février 2005, un réseau spécifique[113] dédié exclusivement au handicap psychique s'est créé. Les quatre missions de l'UNAF et des UDAF sont inscrites à l'article L211-3 du Code de l'Action Sociale et des Familles (CASF)[114].

Dans le cadre d'une action sociale globale, l'UDAF accomplit différents types de missions auprès des personnes et des familles. Il s'agit :

> « d'assurer leur protection et favoriser leur intégration sociale, leur indépendance et l'amélioration de leurs conditions d'existence et ce dans le strict respect de leurs aspirations et de leur dignité en référence aux droits de l'homme, de la famille, de l'enfant et des personnes âgées. »

Avec l'expérience qu'elle tire de la création d'un SAVS renforcé en 2007, l'UDAF a le souhait de s'investir encore plus dans le champ de l'habitat accompagné. Celui-ci s'inscrit dans

---

[110] WEBER F. *et al.* (2017), TRAPSY Rapport Final : « Entre accompagnement médico-social du handicap psychique et soin psychiatrique : Études de trajectoires de malades mentaux en Île-de-France », IRESP- Axe 3 « Handicap et perte d'autonomie », p. 88, consulté le 8 mai 2017, [en ligne] : http://www.sciences-sociales.ens.fr.

[111] L'hôte représente la personne, qui reçoit quelqu'un dans sa demeure, qui offre l'hospitalité. Il peut aussi à l'inverse prendre le sens de celui qui est reçu, l'invité, le voyageur. Au sens littéraire, il désigne l'habitant d'un lieu. Par sa racine latine *hospítem*, « hôte » s'apparente à hôtel, à hôpital, ainsi qu'à otage.

[112] Dans le cadre de la recherche, nous choisissons d'utiliser le terme « intervenant(e) social(e) », qui nous apparaît plus approprié que celui « d'hôte » au regard des missions des professionnels présents en résidence accueil.

[113] « Handicap psychique, UNAF, URAF, UDAF : un réseau engagé », consulté le 20 novembre 2016 et le 18 juin 2017, [en ligne] : au niveau national http://www.unaf.fr et au niveau du département du Finistère : http://www.udaf29.fr.

[114] *Cf.* article L211-3 du Code de l'Action Sociale et des Familles (CASF) [en ligne] sur www.legifrance.fr.

le cadre du droit commun pour les résidences accueil et impose l'obtention d'un agrément de gestionnaire[115] de résidences sociales.

L'une des principales activités de l'UDAF est au départ de porter le projet d'envergure de résidence accueil en 2008. L'objectif de création de résidences accueil émane de constats de terrain de plus en plus présents, relayés par les professionnels en 2006-2007, notamment les mandataires judiciaires. Les constats touchent particulièrement à un ensemble de difficultés des personnes protégées concernant le logement, le soin, l'impossibilité d'être à domicile tout comme l'impossibilité de rester hospitalisées, ouvrant la voie d'une réponse autour d'un logement intermédiaire pérenne, nécessaire. Dans ce contexte, l'UDAF met en œuvre le projet du SAVS MADEHO « Mode d'Accompagnement à Domicile En lien avec l'HÔpital », qui répond à un premier besoin identifié. Dans le même temps, l'UDAF est sollicitée en 2006-2007 par la Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales (DDASS), aujourd'hui devenue Direction Départementale de la Cohésion Sociale (DDCS) pour être porteur d'un projet de résidences accueil sur le territoire.

L'objectif a été, dès le démarrage en juin 2008, de créer trois résidences accueil de 18 places chacune. L'UDAF obtient en 2009 l'agrément nécessaire pour être gestionnaire de résidence sociale. À la suite de l'autorisation de la DDCS, l'UDAF amorce la mise en œuvre du dispositif.

1.3 Des étapes à franchir dans la mise en œuvre du projet de résidences accueil

Un projet de résidence accueil se construit en fonction de plusieurs points clés : la recevabilité du dossier, l'agrément d'ouverture de résidence sociale et la mise en place d'un partenariat et d'un comité de pilotage[116] (COPIL) du projet.

Dans le cadre d'un projet de résidence accueil, les acteurs sont multiples et le concours du secteur psychiatrique est un élément incontournable, sans quoi ce type de projet ne peut se faire. La création d'un COPIL est une instance indispensable pour l'ensemble du projet. Il impose et permet la réflexion sur de nombreux paramètres en faisant appel, si besoin, à des acteurs spécialisés, qui sont des appuis techniques importants. « On s'est appuyé sur l'ADIL, l'association départementale d'information sur le logement, pour monter nos contrats, pour bien vérifier… »
(C. Berger, directrice du service MJPM)

[115] Pour comprendre l'origine des projets, nous avons interrogé Mme Corinne Berger, directrice du service des Mandataires Judiciaires à la Protection des Majeurs (MJPM) de l'UDAF 29, dans le cadre d'un entretien exploratoire. Le service qu'elle dirige assure, en octobre 2016, l'exercice de 3 890 mesures.

[116] Le comité de pilotage regroupe les acteurs clés dans la conduite de projets d'envergure. Il s'assure du bon déroulement des opérations en fonction des objectifs généraux et entretient une dynamique au sein des différents acteurs impliqués. Cette instance a pour rôle de définir les orientations stratégiques du projet, facilite son déploiement et procède aux arbitrages nécessaires (budget, calendrier…)

Une autre étape déterminante touche à la question du bâti, c'est-à-dire au lieu d'implantation de la résidence, ainsi que le financement pour le fonctionnement. « Sans le budget fonctionnement de la DDCS, on n'ouvre pas les résidences accueil. » (C. Berger, directrice du service MJPM)

Des candidatures d'appels à projet (Fondation de France) et la constitution de dossiers d'aide à la pierre[117] se sont imposées pour le financement du bâti. Des fonds européens ont été également sollicités pour la création des résidences accueil.

Le plan 2007-2011[118] rappelle que :

> « les problématiques rencontrées témoignent du lien étroit entre l'action sociale et le logement, l'aide à la personne et l'aide à la pierre, articulations qu'il faudra nécessairement intégrer dans la construction de la réponse à apporter dans la déclinaison des actions du plan. »

Le choix de Brest pour la création en 2012 de la première résidence s'est imposé par l'opportunité de reprise d'un ancien foyer logement pour personnes âgées. En effet, le cahier des charges des résidences accueil comme des pensions de famille impose l'existence d'espaces individuels (logements privés) et d'espaces collectifs pour permettre aux intervenants de proposer des activités, de partager des temps communs, propices au tissage de liens sociaux.

Pour la deuxième résidence, le choix s'est porté sur le territoire de Quimper « parce qu'au niveau du Conseil Départemental (CD), c'est là que l'enjeu s'était joué et avec l'hôpital Gourmelen à l'époque où le travail s'était fait en amont. » (C. Berger, directrice du service MJPM)

Trouver un bâti et un lieu d'implantation correspondant au projet a été extrêmement complexe. Le bailleur social « HLM Les Foyers »[119], partenaire incontournable pour la résidence de Brest a renouvelé son partenariat pour celle de Quimper. Un foyer de jeunes travailleurs (FJT), libéré au profit d'une réhabilitation neuve a été la solution la plus adéquate. La question de l'accessibilité du bâti, lequel n'était pas aux normes, a nécessité d'importants travaux qui ont été engagés avec notamment l'impératif de créer un ascenseur.

> « Les logements sont peut-être plus autonomes à Quimper, en tout cas paraissent plus autonomes que sur Brest, la vie de la résidence est différente du fait de cette configuration […] la partie individuelle et la partie collective répondent aux cahiers des charges des résidences accueil … » (C. Berger, directrice du service MJPM)

La volonté de l'UDAF est que la modélisation du projet soit la même pour permettre sa reproduction : espaces individuels et espaces collectifs, insérés dans le tissu urbain, à proximité

---

[117] L'aide à la pierre, c'est l'ensemble des aides accordées par l'Etat et qui sont destinées à favoriser l'investissement immobilier sous forme de prêts aidés ou de primes. Les bénéficiaires sont les maîtres d'ouvrages qui s'engagent à construire des logements aidés.

[118] Plan départemental d'action en Finistère pour le logement des personnes défavorisées 2009-2013, *in* « Analyse de la situation du plan », consulté le 8 juin 2017, [en ligne] : http://www.finistere.gouv.fr.

[119] HLM les Foyers regroupent deux entreprises sociales pour l'habitat et appartient au groupe Coopérative Immobilière de Bretagne. Sa mission principale est la construction et la gestion de logements sociaux, allant de l'habitat familial (individuel ou collectif) à des structures collectives à destination de publics spécifiques, comme c'est le cas des résidences accueil. Pour plus d'informations, consulter le site des HLM Les Foyers sur http://www.sahlm-lesfoyers.com.

des transports et de la ville pour une meilleure accessibilité aux différents services et structures de droit commun.

2. MADEN/MADEHO : deux formes d'habitat accompagné

Notre recherche s'est axée sur l'ensemble du dispositif [120]: deux résidences accueil, MADEN sur Brest et MADEN St-Ex sur Quimper et un SAVS renforcé MADEHO. Les locaux du Groupe d'Entraide Mutuelle[121] (GEM) « L'Envol » de Quimper se sont également installés un an plus tôt, en 2015, dans ce même bâtiment. L'implantation sur un même lieu instaure une proximité pour les résidents de MADEN, comme pour les personnes accompagnées par le SAVS MADEHO.

2.1 Les résidences MADEN : Maison d'Accueil D'accompagnement et d'ENtraide mutuelle

Créées à titre expérimental dès 2007, les résidences accueil sont aujourd'hui pérennisées dans le cadre de la loi du 25 mars 2009 de mobilisation pour le logement et la lutte contre les exclusions.

> « Les résidences accueil sont des modalités particulières de pensions de famille. Elles sont dédiées à l'accueil des personnes souffrant d'un handicap psychique, dont l'état est stabilisé. Un partenariat formalisé avec des équipes de soins et d'accompagnement social et médico-social adapté est prévu. »[122]

Elles se situent dans le droit commun, le bail est un contrat d'occupation entre le locataire et un gestionnaire. En 2014, un groupe de chercheurs signale l'ambivalence de leur statut :

> « "les résidences-accueil" ont un statut hybride : à la fois logement individuel, elles sont encadrées par des baux de droit commun, qui garantissent le maintien dans les lieux aux personnes répondant aux obligations prévues par le bail ; à la fois structures sociales, elles disposent d'un règlement intérieur qui prévoit des cas d'exclusion. De fait, les principes d'autonomie et de liberté qui régissent l'occupation d'un logement y sont eux-mêmes ambigus. »[123]

---

[120] En 2017, durant notre travail de recherche, nous avons eu l'opportunité et la chance de participer à la mise en œuvre d'une troisième résidence sur la commune de Plouigneau. Initialement prévue sur la ville de Morlaix, dans l'objectif de favoriser la proximité avec les services de droit commun, aucun bâti ne correspondait au projet. Le partenariat avec la mairie de Plouigneau et un bailleur social a permis de concevoir l'ouverture sur un ancien foyer logement, nouvellement libéré, réhabilité pour deux ans. Un partenariat avec le même bailleur social HLM Les Foyers que les deux autres résidences accueil prévoit un projet de construction neuve d'ici 2019, avec le concours de la commune de Plouigneau. Son ouverture et l'arrivée des premiers résidents n'étant intervenues qu'en mai 2017, nous n'avons pas pu inclure cette résidence dans notre étude. Nous avons néanmoins participé à la mise en œuvre technique et aux rencontres avec les personnes en situation de handicap psychique souhaitant l'intégrer.

[121] Les 300 GEM implantés sur tout le territoire français sont des associations de personnes souffrant de troubles psychiques (ou usagers de la psychiatrie), qui se réunissent et s'entraident pour lutter contre l'isolement et organiser des activités, visant tant au développement personnel qu'à la création de liens avec la communauté environnante.

[122] Rapport d'activité 2015 sur les Pensions de familles, DDCS du Finistère, p. 3.

[123] WEBER F. (dir.) *et al*. (2014), Rapport Final « Parcours de vie, parcours de soins : Évaluer le coût des prises en charge entre services d'accompagnements et secteurs psychiatriques : une étude ethnographique des configurations de prise en charge de personnes accompagnées par des services médico-sociaux dédiés au handicap psychique. », p. 27.

Ces propos illustrent la situation d'un entre-deux complexe, une configuration « hybride », entre fonctionnement institutionnel et modèle domiciliaire. Nous tenterons d'expliciter les contours de l'ambiguïté, inhérente à ces lieux et au public qui y vit.

Dans le cadre de la circulaire du 20 avril 2017, les critères d'entrée en résidence accueil sont réaffirmés. Elles sont destinées aux personnes :

> « fragilisées et handicapées par des troubles psychiques, non obligatoirement reconnus par la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MPDH), liés à une pathologie mentale au long cours, dont l'état est suffisamment stabilisé pour respecter et bénéficier des règles de vie semi-collective.»[124]

L'expression « suffisamment stabilisé pour respecter… » maintient l'ambiguïté et rappelle les obligations, auxquelles doit se soumettre chaque locataire pour maintenir sa place au sein de la résidence.

Dans le projet et les valeurs de l'UDAF :

> « La résidence s'efforce d'être un lieu de resocialisation qui constitue un tremplin pour une vie plus autonome en permettant une citoyenneté plus active, en redonnant un sentiment d'utilité sociale, en proposant un lieu d'enrichissement de sa vie relationnelle et une réelle ouverture sur l'extérieur. »[125]

2.1.1 Un espace architectural propice au lien social

Les résidences MADEN sont modélisées sur des bases identiques. Celle de Brest se situe dans un quartier résidentiel, à moins d'un kilomètre des transports et de nombreuses commodités. Elle dispose d'un parking privé réservé aux résidents et aux visiteurs. Dès l'entrée, nous pénétrons dans un grand hall où le bureau des intervenants sociaux offre une vue directe sur les passages de la résidence. Les parties collectives, en rez-de-chaussée, proposent trois espaces : cuisine, salle à manger et espace salon avec téléviseur. À l'intérieur de la salle à manger est proposé un espace numérique séparé. Le salon, doté d'un canapé et d'un téléviseur, s'ouvre sur un jardin étendu. La cuisine se répartit en trois espaces et permet de cuisiner en groupe. La résidence se déploie sur trois étages avec une répartition identique des appartements. Chaque logement privé, d'une surface comprise entre 33 et 36 mètres carrés, dispose d'une terrasse extérieure spacieuse et couverte.

[124] Circulaire Interministérielle n° DGCS/SD1C/DHUP/DIHAL/2017/157 du 20 avril 2017, *op.cit*.
[125] Éléments issus du « Rapport d'activité 2015 des Résidences Accueil » de l'UDAF, p. 19.

La résidence MADEN St-Ex de Quimper se situe dans un quartier résidentiel, desservi par

les transports, favorisant un accès à des zones commerciales. Placée en face d'un FJT, l'espace extérieur est vaste et offre un parking privatif, réservé aux résidents et visiteurs. Les logements privés, d'une surface comprise entre 33 et 38 mètres carrés se déploient en extérieur ou en intérieur en fonction des différentes entrées possibles. Certains résidents ont un accès direct sur l'extérieur, en étage ou en rez-de-chaussée. Bâtie sur trois niveaux, la création d'un ascenseur assure l'accessibilité à tous. Les espaces collectifs se trouvent dans la partie haute de la structure. Le bureau du binôme d'intervenants sociaux se situe dès l'entrée de la résidence. Sur la gauche, un espace collectif occupe une vaste pièce d'environ 60 mètres carrés, faisant office de salle à manger et dotée d'une cuisine américaine en îlot central. Un coin ordinateur est à disposition dans cet espace. À droite du bureau des hôtes, une autre pièce d'environ 20 mètres carré, équipée d'un grand canapé d'angle, propose un espace numérique plus conséquent.

2.1.2 Capacité d'accueil et moyenne d'âge

Les résidences accueil, gérées par l'UDAF ont un agrément de 18 places. Elles reçoivent un budget de 16 euros par jour et par personne de la DDCS pour le fonctionnement. Lors de notre recherche, les 36 places sont occupées. Nous avons assisté à la sortie d'une femme de 63 ans sur Brest, orientée vers un EHPAD. L'accueil d'un jeune homme de 27 ans s'est fait peu de temps après. Sur la résidence de Quimper, l'arrivée d'un jeune homme de 31 ans courant février 2017 est venue compléter les effectifs.

Depuis l'ouverture en 2012, la résidence de Brest a connu huit départs, dont deux exclusions, deux départs pour s'installer en appartement autonome, deux départs volontaires « encouragés », un décès et un départ vers une structure EHPAD. Sur Quimper depuis 2015, il y a eu deux exclusions prononcées, un départ volontaire « encouragé » et deux décès par suicide.

La **résidence de Brest** compte aujourd'hui **15 hommes et 3 femmes pour une moyenne d'âge de 49,61 ans** (51,37 ans en 2015), les âges allant de 27 à 70 ans. Sur l'ensemble, nous notons que 6 personnes ont un âge inférieur à 50 ans.

La **résidence de Quimper** compte **14 hommes et 4 femmes pour une moyenne d'âge de 44,88 ans** (42,58 ans en 2015), les âges allant de 31 à 57 ans. Sur l'ensemble, nous notons qu'une majorité a un âge inférieur à 50 ans, soit 14 personnes.

Nos constats correspondent aux observations du rapport de synthèse de novembre 2015 sur une enquête auprès de 450 pensions de famille et résidences accueil. Les résultats obtenus démontrent que ces structures logent principalement des personnes seules, désignées « personnes isolées », dont la majorité sont des hommes à hauteur de 70%. Concernant l'âge, le rapport de synthèse remarque que près de la moitié des personnes logées ont plus de 50 ans dans les pensions de famille « classiques », alors que le public est plus jeune en résidence accueil. Nous pouvons nuancer ce propos dans le cadre de notre recherche au regard du public particulièrement vieillissant sur la résidence de Brest.

2.1.3 L'équipe des résidences accueil et leurs missions principales

Pour répondre au cahier des charges, les résidences accueil doivent : « "disposer d'un personnel qualifié" pour, d'une part, mettre en place "systématiquement un accompagnement et un suivi sanitaire et social " grâce à des partenariats et, d'autre part, gérer les situations de crise. »[126]

Un chef de service, de formation initiale Assistant de Service Social (ASS), mandataire judiciaire durant 16 ans au sein d'un service de protection judiciaire au sein de l'UDAF, assure, sous la responsabilité d'une directrice, un rôle de responsable sur l'ensemble du dispositif. Il coordonne et est le garant du travail des binômes d'intervenants affectés sur chaque résidence. L'ensemble de l'équipe est secondé par une assistante, secrétaire comptable, qui assure des tâches administratives et comptables en lien avec les résidences, les partenaires et la direction. L'ensemble des intervenants sociaux titulaires sont des femmes[127], de formation Conseiller en Économie Sociale et Familiale (CESF), Aide-médico psychologique (AMP) ou encore Technicien de l'Intervention Sociale et Familiale (TISF).

Par une présence quotidienne cinq jours et demi sur sept du lundi au samedi midi, elles assurent l'animation et la régulation de la vie de la résidence. Une astreinte téléphonique, assurée par l'UDAF, notamment par le personnel, offre une possibilité d'appel du samedi midi au lundi matin en cas d'urgence.

Les intervenantes sociales ont pour mission de définir conjointement avec les résidents :

« • Les modalités de la vie collective et le respect du règlement intérieur,
• L'organisation avec les résidents des activités communes,
• L'organisation des liens avec le voisinage et l'environnement local de la résidence : équipements publics, services culturels, structures d'animation et de loisirs…
Elles assurent également :
• Le rôle d'interlocuteur auprès des familles, des amis, des services sociaux et des services de santé de proximité, et particulièrement ceux qui sont liés par convention à la résidence accueil,

[126] Circulaire Interministérielle n° DGCS/SD1C/DHUP/DIHAL/2017/157 du 20 avril 2017, *ibid.*, p. 3.
[127] Aussi, nous nous autoriserons à employer régulièrement le terme d'intervenantes sociales.

• Un rôle de vigilance et d'alerte sur les problèmes rencontrés par ou avec les résidents. »[128]

Il est important de préciser que les intervenantes sociales n'ont pas vocation à assurer des accompagnements individualisés. Leur fiche de poste indique cependant que si un besoin est identifié, elles peuvent apporter une aide ponctuelle dans l'attente de la mise en place d'interventions de soutien adaptées.

En lien avec l'organisme gestionnaire, les intervenantes sociales sont également amenées à prendre en charge des tâches de gestions locatives (notamment la gestion d'un forfait mensuel de 30 euros demandé aux résidents pour financer l'ensemble des activités et sorties organisées), l'accueil des nouveaux résidents, la surveillance et le bon entretien des espaces collectifs. Un partenariat étroit avec la Banque alimentaire est instauré pour chaque résidence. Il permet de minorer le coût des deux ateliers cuisine hebdomadaires et de faire participer certains résidents [pour la résidence de Quimper notamment] à une activité sociale, lors du transfert des denrées, procurant un sentiment d'utilité au collectif. Les intervenantes sociales ont la tâche de renseigner un logiciel spécifique « Passerelle » pour gérer les stocks et donner des indicateurs en appui de leur partenaire.

Les partenariats avec les hôpitaux et cliniques psychiatriques, les infirmiers libéraux et de secteurs, les SAVS/SAMSAH, les mandataires judiciaires, les services d'aide à domicile sont des appuis précieux entretenus par les équipes et facilitent la mise en place d'actions auprès des résidents.

2.1.4 La procédure d'admission appliquée à MADEN/MADEN St-Ex

Les résidences accueil MADEN sont liées par une convention de partenariat avec un établissement hospitalier. Les admissions bénéficient de l'expertise psychiatrique sur dossier d'un médecin psychiatre, référent de la résidence, en charge de l'étude des candidatures des personnes souhaitant intégrer un logement. Le médecin émet un avis soit favorable, soit réservé ou défavorable.

Dans le cadre de l'admission, toutes les personnes candidates passent par cinq étapes[129]. Dans un premier temps, le candidat est reçu dans un lieu d'accueil et d'évaluation. La rencontre est le plus souvent assurée par un Centre Communal d'Action Sociale (CCAS) ou au sein d'un Centre Départemental d'Action Sociale (CDAS). Le lieu de rencontre dépend de l'adresse de domiciliation de la personne reçue. L'entretien donne lieu à l'élaboration d'une fiche d'évaluation transmise à la Commission d'Accompagnement Social d'Aide au Logement

[128] Éléments issus du « Rapport d'activité 2015 des Résidences Accueil » de l'UDAF, p. 15.
[129] En référence à la procédure d'admission des résidences accueil MADEN.

(CASAL) concernant le territoire de Brest et au Service Intégré d'Accueil et d'Orientation (SIAO 29) sur le territoire de Quimper. Lors de l'échange, un questionnaire médical est remis à la personne, qui rencontre le médecin de son choix (médecin traitant généraliste ou médecin psychiatre) pour remplir un certificat médical. Celui-ci est envoyé au médecin psychiatre référent de la résidence (hôpital de Bohars pour Brest, hôpital Gourmelen pour Quimper). La première page du certificat médical, précisant l'avis du médecin psychiatre référent, est ensuite transmise au SIAO pour Quimper et au chef de service de la résidence pour Brest.

• Les critères d'expertise du médecin psychiatre référent

Dans les cas où l'avis du médecin psychiatre référent est favorable ou réservé, le dossier de la personne passe en commission territoriale CASAL ou SIAO qui a la possibilité de valider une orientation en résidence accueil. Si l'avis du médecin est défavorable, le dossier n'est pas étudié en commission et la personne ou son référent est informé par une notification de décision.

Selon le psychiatre Pierre Tayeb[130], l'expertise du médecin référent pour une entrée en résidence accueil s'appuie sur une triple vision « bio-psycho-sociale » du diagnostic psychiatrique. Elle tient compte à la fois du contexte en lien avec la pathologie (bio), de la structure de personnalité (psycho) et des éléments contextuels de vie (social) de la personne. Les éléments cliniques, permettant de formuler un avis, sont renseignés par le médecin choisi par la personne et entrent dans le cadre du secret médical partagé.

L'avis défavorable signifie qu'il existe un avis objectif faisant suite à une appréciation formelle de contre-indications[131] à une vie en collectivité non régulée par un professionnel, présent en permanence. Dans le cas d'un avis réservé, le médecin a évalué, au regard des éléments fournis, notamment du contexte de vie, que le projet de résidence et de vie en groupe pourrait mettre la personne en difficulté ou à l'inverse mettre la structure en difficulté. Dans le cas d'un avis favorable, même si certains signes peuvent parfois interroger (changement de commune ou de ville), l'impression globale du médecin, au regard de la pathologie et de ses symptômes, ne signale pas de contre-indication à une vie en groupe et laisse présager, à l'étude du dossier, que la demande de la personne est en adéquation avec un projet de vie en résidence accueil.

[130] Pierre TAYEB est médecin psychiatre depuis 1994 et référent de la résidence de Plouigneau, ouverte en mai 2017. Il travaille dans un service de psychiatrie d'un centre hospitalier. Il est également, depuis 2007, médecin référent au sein d'un SAVS/SAMSAH, spécialisé dans l'accompagnement de personnes en situation de handicap psychique.

[131] Les éléments de contre-indications sont souvent liés à la vie en groupe. Il peut s'agir d'une fragilité importante de la personne ou au contraire d'une personnalité évaluée comme potentiellement dangereuse, par exemple de nature délictueuse.

Après un avis favorable ou réservé, la personne est reçue pour Brest au CCAS, par le chef de service et un travailleur social. À Quimper, la personne est reçue en présence d'une intervenante sociale et du chef de service des résidences de l'UDAF. La résidence et son fonctionnement lui sont présentés. Il s'agit surtout de vérifier la motivation du candidat dans le projet d'intégrer une résidence accueil et de s'impliquer dans les temps collectifs proposés.

À l'issue de l'entretien, le chef de service représentant l'UDAF, en collaboration avec le travailleur social, se prononce sur une possibilité ou non d'admission et en informe la CASAL ou le SIAO ainsi que la personne demandeuse. Si l'avis est favorable et qu'une admission est prononcée, la personne est accueillie, sur un premier temps de rencontre, lors d'un repas collectif en présence d'une intervenante sociale. Cette dernière étape va conforter le candidat dans le choix d'intégrer la résidence. Suite à la confirmation finale de la personne, l'UDAF informe la CASAL et le SIAO.

2.1.5 Les activités et accompagnements proposés

Les résidences[132] ont pour finalité de favoriser la participation sociale de chacun en encourageant le contact avec les autres pour créer du lien social et lutter contre le repli sur soi. Lors de la première rencontre, les personnes demandeuses d'intégrer la résidence sont informées des souhaits fortement encouragés, pour ne pas dire des « obligations », de la vie en semi-collectif. Les engagements concernent la participation à deux temps en collectif au minimum par semaine, une contribution dans l'entretien des espaces collectifs et une présence aux réunions hebdomadaires organisées, pour prévoir un planning et se projeter sur la semaine à venir. Les réunions sont animées par les intervenantes sociales et donnent lieu à une planification des différentes tâches dans un souci d'équité et de partage entre résidents. Par ses actions régulières, instaurées dans le fonctionnement des résidences, nous comprenons ces temps à la fois comme des moments d'échange et des repères mais aussi comme des moyens de rythmer la temporalité en donnant la possibilité aux résidents d'être acteurs de leur vie quotidienne.

Les ateliers « cuisine », l'une des activités régulières des résidences, ont lieu deux fois par semaine avec l'aide des intervenantes sociales. Les jours de repas collectifs sont fixes et il est souhaitable que chaque résident y participe au moins une fois. Le partenariat avec la Banque

[132] Les éléments que nous décrivons ici se retrouvent dans les deux résidences accueil pour lesquelles l'UDAF souhaite un fonctionnement harmonisé et similaire, afin d'offrir à chaque résident le même service et la même qualité de vie, quel que soit le territoire d'implantation.

alimentaire permet, tous les quinze jours, d'approvisionner la résidence en denrées diversifiées. Deux fois par mois, les résidents peuvent bénéficier d'un panier individuel pour leurs repas. Des activités spécifiques peuvent être organisées avec l'appui des intervenantes sociales en fonction des souhaits et propositions des habitants mais aussi en fonction des opportunités qu'offrent le quartier ou le réseau de partenaires (CCAS, MPT, médiathèque, Emmaüs…). Dans la vie quotidienne, les résidents apprécient les sorties collectives au cinéma, à la médiathèque ou en extérieur, au bord de la mer. Une minorité d'entre eux s'organisent et s'impliquent dans des activités[133] de bénévolat (soutien scolaire, associations…) en dehors de MADEN.

À Quimper, les personnes bénéficient d'un atelier d'expression corporelle animé par un intervenant extérieur. À Brest, des ateliers théâtre ont lieu deux fois par mois avec une professionnelle extérieure spécialisée. Le forfait animation sert en partie à financer ce type d'intervention.

Les anniversaires de chaque résident, s'il le souhaite, sont l'occasion d'un temps collectif privilégié dans une ambiance conviviale. D'autres temps festifs (Noël, Épiphanie, Chandeleur, Pâques) sont autant d'opportunités de mobiliser les résidents à un partage en lien avec l'événement.

2.2 Le SAVS MADEHO, Mode d'Accompagnement à Domicile en lien avec L'HOpital

Le SAVS a reçu un avis favorable et une autorisation d'ouverture du Comité Régional d'Organisation Sociale et Médico-Sociale (CROSM) le 8 septembre 2006, ce qui a conduit à une ouverture en janvier 2007[134]. Le projet initial de MADEHO répond au cahier des charges d'un appel à projet du département[135]. L'appel à projet s'inscrit également dans le plan « Psychiatrie et santé mentale 2005-2008 » produit par les pouvoirs publics qui propose :

> « la promotion des appartements associatifs pour personnes handicapées psychiques, par création, dans chaque département, d'au moins un ensemble d'appartements individuels, collectifs ou regroupés, dédiés aux personnes présentant des troubles psychiques. Le plus souvent intégrés dans des ensembles, des résidences, ces appartements seront mis à

[133] Il est important de souligner, qu'au moment de la recherche, aucune des 47 personnes du dispositif n'exerce d'activité professionnelle, que ce soit en milieu ordinaire ou en milieu protégé.

[134] En 2007, le « M » de MADEHO signifie « Mesures », l'équipe a souhaité le modifier par le terme « Mode ». La mesure peut être entendue comme « les moyens mis en œuvre en vue d'un résultat déterminé ». Le mode dans le langage ordinaire désigne « la forme », « la méthode ». Le choix du mot « mode » nous semble effectivement plus pertinent.

[135] Appel à projet émis par le département du Finistère dans le cadre du 3e schéma des personnes âgées-personnes handicapées.

> disposition d'une association gestionnaire, qui passera une convention avec le centre hospitalier de rattachement du secteur psychiatrique d'implantation, au titre des soins à prodiguer. »[136]

Comme nous l'avons déjà mentionné, le SAVS MADEHO entre dans le cadre du décret du 11 mars 2005 sur les SAVS/SAMSAH. Il doit s'attacher, en tant que service médico-social, à respecter les obligations de la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale. Pour garantir les droits des personnes qu'il accompagne, il a pour obligation la mise en place d'outils, appelés « outils loi 2002 » : livret d'accueil, projet de service, règlement de fonctionnement, Document Individuel de Prise en Charge (DIPC), Charte des droits et libertés de la personne accueillie, projet personnalisé, Conseil de Vie Social (CVS) ou encore groupe d'expression. L'Agence Nationale de l'Evaluation et de la qualité des établissements et Services sociaux et médico-sociaux (ANESM) indique que :

> « la participation des usagers et/ou de leurs représentants leur permet de mettre en avant leurs besoins et leurs attentes, et de contribuer à mieux définir les modalités des interventions et des accompagnements proposés. »[137]

2.2.1 Espace architectural, capacité d'accueil et moyenne d'âge

À l'origine, le SAVS MADEHO était implanté en bas d'un des immeubles où habitent les personnes suivies. Il s'est installé depuis le mois d'août 2016 au sein de la résidence MADEN, proche du GEM « l'Envol ». Il a longtemps fonctionné sur le mode de quatre appartements collectifs, occupés chacun par trois personnes. Depuis peu, les logements en colocation sont passés au nombre de trois. Ils se situent assez loin de la résidence MADEN, ce qui implique plus de mobilité des habitants et des professionnels du SAVS. Ils sont implantés en milieu urbain dans un grand ensemble d'immeubles de type HLM, proche des commodités et des transports. Le SAVS a par ailleurs modifié son mode d'accompagnement et intervient également auprès de personnes en appartement individuel sur le territoire de Douarnenez. Celles-ci résident en logement autonome, en ville ou en milieu rural. Elles ne bénéficient pas d'une proximité immédiate avec le SAVS, ce qui oblige l'utilisation des transports en commun. Un service de car est possible mais les horaires sont limités à certaines périodes de la journée.

[136] Projet de service du SAVS MADEHO 2013-2017, document interne à l'UDAF, p. 11.
[137] ANESM (2009), « Élaboration, rédaction et animation du projet d'établissement et de service », Recommandations de bonnes pratiques professionnelles, [en ligne] : http://www.anesm.sante.gouv.fr, p. 22.

Au moment de notre recherche, le SAVS accompagne 11 personnes dont deux habitent un appartement autonome ou maison sur Douarnenez. Sur les 11 personnes, on dénombre 3 femmes, dont 2 en colocation, et 8 hommes, dont 1 vit en logement individuel. La moyenne d'âge est de **48,72 ans**, avec 4 personnes âgées de plus de 50 ans. Sur les 11 personnes, 4 sont accompagnées en colocation depuis l'ouverture du service en 2007. Le mode d'accompagnement en colocation est la pratique la plus ancienne du SAVS. L'accompagnement à partir d'un logement individuel est récent et n'entre pas pleinement dans le cadre de l'habitat accompagné que nous souhaitons étudier. Aussi, nous nous intéresserons plus spécifiquement aux habitants des colocations du SAVS dans notre travail.

2.2.2 Composition de l'équipe de MADEHO et missions principales

Le SAVS bénéficie de la même directrice, du même chef de service et de la même secrétaire comptable que les résidences MADEN, ce qui facilite la transversalité et les échanges entre les services. Les 11 personnes du SAVS sont accompagnées par trois intervenantes sociales. Deux sont de formation AMP, la troisième de formation TISF est en remplacement d'une titulaire AMP. Durant notre présence, la TISF a changé de poste et une Monitrice Éducatrice (ME) lui a succédé.

La mission première du SAVS renforcé est « d'entretenir, renforcer les liens sociaux, familiaux, des usagers en facilitant l'intégration vers la vie sociale, et ce en fonction des souhaits, attentes et besoins des usagers. »[138]

Telle qu'elle est définie, cette mission ne diffère pas de celle des autres SAVS « classiques ». Cependant, les intervenantes sociales du SAVS renforcé, à l'inverse d'un SAVS classique ou des intervenantes des résidences accueil, ont à la fois une mission d'accompagnement en individuel et en collectif.

Au niveau individuel, elles ont pour mission de :

« • garantir avec le chef de service la construction du suivi et l'évaluation du projet personnalisé en collaboration avec l'usager,
• assurer un lien avec les intervenants extérieurs, la famille, les amis,
• impulser les activités adaptées aux capacités, aux désirs et aux besoins de la personne,
• soutenir dans la vie quotidienne au domicile,
• accompagner les déplacements (rendez-vous, courses alimentaires, médecin…) »[139]

Au niveau collectif (au sein des colocations ou en groupe) :

« • accompagner la cohabitation et ainsi exercer, si besoin, un rôle de médiateur pour la régulation des difficultés, des conflits,

[138] Projet de service du SAVS MADEHO 2013-2017, document interne à l'UDAF, p. 15.
[139] Projet de service du SAVS MADEHO, *ibid*, p.15.

• organiser les sorties collectives avec des usagers,
• animer les groupes d'expression des usagers et les réunions d'appartement. »[140]

2.2.3 Une procédure d'admission guidée par les services de soin

L'admission au SAVS se détermine par une demande formulée auprès de la MDPH donnant lieu à une reconnaissance de handicap psychique. Une notification d'orientation SAVS, décidée en CDAPH, est nécessaire pour valider une admission au sein de MADEHO.

Dans le cadre d'un partenariat étroit avec l'Établissement Public de Santé Mentale (EPSM) de Gourmelen, le SAVS garantit le maintien du suivi médico-psychologique assuré auprès des personnes. Dans le cadre du caractère renforcé du service et du suivi important des bénéficiaires, les intervenantes sociales sont guidées dans leur travail et bénéficient de deux heures d'analyse de pratique, tous les quinze jours, animées par une psychologue de l'hôpital.

Un groupe de coordination spécifique existe au sein de l'EPSM et étudie toutes les demandes d'entrée faites au SAVS. Un processus d'admission permet de valider ou pas la faisabilité du projet. L'équipe de MADEHO est invitée à présenter l'accompagnement qu'elle envisage de proposer et participe aux échanges sur la candidature. À l'issue du protocole de l'EPSM, et si le projet SAVS est validé, le chef de service du SAVS propose une rencontre au candidat, en présence d'une intervenante sociale. La rencontre « vise à vérifier si les attentes et les besoins de la personne sont en adéquation avec l'accompagnement proposé. » Elle représente une étape importante de projection concrète pour la personne. Celle-ci bénéficie, comme le service, d'un temps de réflexion de 15 jours pour donner suite ou non au projet d'accompagnement SAVS envisagé. Si une admission en colocation est validée, le candidat est invité à visiter le logement et à rencontrer ses futurs colocataires en présence des intervenantes. L'avis des deux autres bénéficiaires de la colocation est recueilli et pris en compte suite à cette prise de contact.

2.2.4 Un double accompagnement individuel et collectif soutenu

Le SAVS MADEHO dispose de moyens conséquents pour accompagner de manière renforcée les 11 personnes suivies. L'accompagnement individuel touche à différents domaines en fonction des demandes de la personne et des axes définis avec elle, notifiés dans le DIPC.

L'intérêt principal pour les bénéficiaires en colocation est de rompre la solitude en tirant parti d'une présence rassurante, d'une forme de solidarité et d'entraide mutuelle par les pairs.

[140] Projet de service du SAVS MADEHO 2013-2017, document interne à l'UDAF, p. 16.

L'UDAF est l'interface entre le bailleur et les locataires, qui bénéficient d'avantages financiers fort intéressants, puisque les charges locatives sont divisées par trois.

Pour favoriser une dynamique de groupe, les professionnelles proposent, depuis août 2016, des temps collectifs autour d'ateliers cuisine chaque samedi au sein du service. En semaine, elles se rendent chacune quotidiennement dans les appartements pour des temps définis, notamment au sein des colocations où des activités encadrées d'entretien du logement sont programmés. La proximité avec la résidence accueil et le GEM de Quimper favorisent les rencontres et la transversalité de projets collectifs.

Le suivi des deux personnes, arrivées sur le service depuis fin 2015, s'adapte en fonction de leur projet et de leurs besoins d'aide et nécessite un mode d'intervention différent des colocations. Pour ces suivis, « l'enjeu est essentiellement axé sur les accompagnements individuels et les accompagnements vers l'extérieur. »[141] Elles bénéficient néanmoins, si elles le souhaitent, de temps collectifs par le biais des sorties ou des activités en groupe proposées par le service et par une participation au groupe d'expression des usagers, mis en place dans le cadre de la loi de janvier 2002.

Du point de vue individuel, les intervenantes sont vigilantes quant à l'entretien du logement, et dans la mesure du possible, lorsqu'elles y ont accès, à l'espace privé de la chambre des personnes en colocation. Au quotidien, elles sont à l'écoute des demandes, rassurent et soutiennent face aux évènements de vie de chacun. En fonction des objectifs définis dans le projet individualisé, elles proposent des accompagnements particuliers en lien avec l'hygiène corporelle et vestimentaire, l'équilibre alimentaire, l'entretien du linge, l'aide à la gestion budgétaire ou lors de rendez-vous médicaux et administratifs. Un travail important en réseau avec chaque professionnel, intervenant auprès de la personne permet un lien de coordination et une cohérence des suivis.

Au niveau collectif, la spécificité de l'accompagnement des colocations oblige les intervenantes à réguler certaines individualités dans le groupe. C'est d'ailleurs parce que le SAVS MADEHO a cette particularité que nous avons choisi de l'inclure dans notre recherche comme une forme d'habitat accompagné, puisqu'il propose des espaces collectifs partagés au sein d'un logement privé. Nous sommes néanmoins à la frontière du concept de « logement accompagné » mais avec une dimension collective très présente et l'UDAF en tant que gestionnaire.

[141] Projet de service du SAVS MADEHO 2013-2017, document interne à l'UDAF, p. 38.

Dans le cadre de son action et de sa création en lien étroit avec un EPSM, le SAVS MADEHO entretient des partenariats avec une pluralité d'acteurs diversifiés (professionnels du soin des hôpitaux ou cliniques, professionnels des CMP, assistantes sociales de l'hôpital, psychologues, infirmiers libéraux, mandataires judiciaires, services d'aide à domicile…). Des synthèses avec les services de soin sont régulièrement sollicitées par l'équipe du SAVS pour maintenir un lien de coordination cohérent entre les différents acteurs et assurer un accompagnement global de qualité aux personnes bénéficiaires. Dans ce partenariat avec les services de soin, il s'agit de favoriser une « logique d'engagement social visant à prendre en compte les besoins de vie des patients dans la cité, dans la continuité et en articulation avec les outils de soin. »[142]

Les sorties du service sont de nature multiple, soit à l'initiative de l'usager, soit à l'initiative du service ou des deux. Depuis 2012, le SAVS a accompagné un départ vers un appartement autonome et a réorienté une personne suite à une hospitalisation. Trois fins de prise en charge par exclusion ont été décidées et un décès est survenu.

La mise en contexte du dispositif MADEN/MADEHO éclaire la composition des services au statut et au mode de fonctionnement différents mais qui concourent tous à procurer aux personnes un cadre de vie qui se veut à la fois stabilisant et sécurisant.

Ces modes d'habitat, adaptés à des problématiques diverses en lien avec un handicap psychique, proposent des accompagnements de proximité différents. Ils peuvent représenter le point d'ancrage d'une coordination entre parcours de vie et parcours de soin des personnes. La dimension collective, facteur important du dispositif, a vocation à faciliter et à encourager le lien social au sein de l'habitat. Des éléments apparaîtront au cours de l'analyse pour illustrer les réalités habitantes de ces lieux.

Nous avons choisi de mêler plusieurs méthodes afin d'écarter les biais en confrontant données quantitatives et données qualitatives pour répondre à la question que nous nous sommes posée : les habitats accompagnés MADEN/MADEHO assurent-ils une mission de « prise en soin » des personnes limitant le recours aux hospitalisations psychiatriques ?

[142] BLOCH M.-A. et HENAUT L. (2014), *Coordination et parcours : La dynamique du monde sanitaire, social et médico-social*, Paris, Dunod, p. 47.

Chapitre III. De la « mesure » du soin psychiatrique à sa dimension qualitative

Dans le cadre de notre recherche, plusieurs méthodes d'enquête et de recueil de données ont été utilisées. Nous les expliciterons en partant du contour de la question par une recherche bibliographique sur les concepts clés et l'histoire de la maladie psychique. Nous évoquerons notre façon d'observer et d'écouter ce qui se passe sur un terrain de recherche, notre participation dans le quotidien des habitants et des équipes. Nous détaillerons les étapes de l'enquête quantitative en lien avec des partenaires du soin puis l'enquête qualitative réalisée auprès de 9 résidents des MADEN, trois bénéficiaires du SAVS renforcé et trois proches de trois autres résidents.

1.Une recherche bibliographique pour délimiter les contours de l'objet

Depuis le début des années 2000, le handicap psychique donne lieu à de nombreuses recherches et écrits scientifiques, renforcés par l'arrivée de la loi de février 2005. L'enjeu de la question de la prise en charge de la maladie mentale est d'ampleur considérable et par extension les efforts à faire en termes de santé mentale préoccupent les pouvoirs publics. Michel Laforcade le signifie dans un rapport en notant « la multiplication des rapports concernant la psychiatrie et la santé mentale : 15 de 2000 à 2009. »[143] À la lecture, on ne peut que constater la récurrence de constats identiques, dont les recommandations peinent à se concrétiser. La notion d'habitat revêt une importance de plus en plus marquée, notamment sur les solutions d'habitat adaptées pour des publics fragilisés, en situation de handicap ou vieillissant.

Nous avons diversifié nos sources en nous appuyant à la fois sur des rapports ou guides produits par les pouvoirs publics mais aussi sur des ouvrages et articles abondés par des chercheurs de tous horizons (sociologue, anthropologue, historien, architecte, médecin psychiatre, psychologue) et sur l'expertise technique et personnelle de membres d'associations.

Les différentes visions sur nombre de concepts qui touchent la notion de handicap psychique et l'habitat nous ont apporté un éclairage et une meilleure compréhension pour saisir l'interprétation des résultats dont nous souhaitions rendre compte. Des supports vidéo d'extraits de conférences lors de colloques ont également nourri notre réflexion en nous interrogeant sur les constats issus du terrain. Ont été également utilisés les écrits internes, produits par le

[143] LAFORCADE M. (2016), « Rapport relatif à la Santé Mentale », Nouvelle Aquitaine, consulté le 7 mai 2017, [en ligne] : www.solidarites-sante.gouv.fr, p. 29.

dispositif de l'UDAF, qui informent sur le contexte et les missions principales des équipes dans leur travail au quotidien.

2. Une observation participante en fonction du contexte et des acteurs

L'observation est, à notre sens, une méthode essentielle pour la compréhension de ce qui se passe sur un terrain, quel qu'il soit. Elle peut s'effectuer sur différents éléments : lieux, personnes ou groupes. Elle peut se faire à distance sans intervention ou elle peut être participante, à condition que, dans l'action de participation, l'observateur puisse prendre du recul pour avoir une amorce d'analyse de ce qu'on lui donne à voir. Lorsque l'on choisit d'observer un terrain concret, « l'observation d'interactions directes permet de comprendre des actions collectives et des processus sociaux »[144]

Dans le cadre de notre recherche, nous nous sommes adaptée aux changements de lieux et d'acteurs en étant sur un terrain précis. Nous avons été en relation avec trois équipes différentes et 47 résident-e-s [seul deux ou trois que nous n'avons pratiquement jamais croisés et avec lesquels nous n'avons pas eu d'échange]. La prise de contact avec les résidents de chaque équipe a eu lieu au cours des fêtes de fin d'année, correspondant au début de notre période de stage. Ces temps conviviaux et festifs ont favorisé la première approche et les échanges. Ils nous ont permis d'être rapidement identifiée par l'ensemble des résidents et des équipes.

2.1 Une relation instaurée avec les résidents par une présence régulière

Avoir « la possibilité d'aller voir les acteurs en situation et de saisir les pratiques sociales en temps réel »[145], est, de notre point de vue, une démarche fondamentale, au final un acte courant de la vie sociale, pour connaître les personnes et comprendre leur environnement de vie. Cette méthode nous donne des renseignements précieux dont il faut parfois se saisir rapidement pour ne pas perdre l'authenticité d'un moment d'échange, d'une parole.

> « La saisie des pratiques sociales par observation directe passe aussi par l'examen détaillé de scènes de la vie sociale, par la décomposition d'événements singuliers, par le repérage d'enchaînements d'actions amenant les acteurs à utiliser des objets, amenant leur mise en relation avec d'autres acteurs dans des interactions. »[146]

[144] ARBORIO A.-M. (2007) « L'observation directe en sociologie : quelques réflexions méthodologiques à propos de travaux de recherches sur le terrain hospitalier », *Recherche en soins infirmiers*, vol. 90, (n° 3), p. 27.
[145] ARBORIO A.-M. (2007), *op.cit.*, p. 26.
[146] ARBORIO A.-M. (2007), *op.cit.*, p. 31.

Le contact quotidien avec les personnes est favorable à une observation directe et plus précise. Sur les résidences accueil, nous avons régulièrement partagé des repas en groupe, propices à l'échange, et provoqué les rencontres par une présence régulière et bienveillante.

Notre participation à la préparation d'une table ronde, dans le cadre de la Semaine d'Information sur la Santé Mentale (SISM), avec cinq résidents engagés dans la cause, nous a permis d'identifier des besoins. Nous avons aidé et soutenu deux d'entre eux dans des démarches individuelles liées à l'emploi ou au logement. Au SAVS MADEHO, nous avons rencontré les personnes dans leur logement, lors d'un temps d'expression ou d'un repas en groupe. Autant que possible, nous étions présente aux réunions hebdomadaires sur chaque service en présence des résidents.

Dès notre arrivée, nous avons évoqué notre mission de recherche action et abordé les personnes susceptibles d'accepter de confier leur histoire. À de rares exceptions, où nous l'avons évalué comme possible avec l'autorisation des personnes, nous avons exclu la prise de notes devant elles. L'observation, qu'elle soit directe ou participative, à notre sens, ne le permet pas sans couper l'échange, les déstabiliser ou ébranler leur quiétude. D'autant plus, le public en situation de handicap psychique est en difficulté dans l'analyse des situations et peut être sujet à un sentiment de persécution ou de paranoïa.

2.2 Une observation participante sur des temps d'échanges professionnels

Les connaissances du chef de service, que nous avons suivi dans ses déplacements, et des intervenantes sociales ont été une aide majeure pour mieux comprendre des éléments de situation que nous ne pouvions saisir d'emblée. Par des échanges informels ou lors de réunions d'équipe, parfois en inter-équipe, dans le cas des résidences, nous avons recueilli un ensemble d'informations et de pratiques propres aux cadres des différents modes d'accompagnement. Les échanges entre les résidents et les intervenantes, la façon qu'elles ont d'appréhender les interactions, donnent une lecture du rôle qu'elles occupent auprès des résidents dans leur vie quotidienne. Nous avons participé à des temps de synthèse avec les professionnels du soin. Ces rencontres ont été riches d'enseignements sur la façon dont est perçu le travail dans les habitats accompagnés. Lors de ces moments, l'écriture a été possible, la prise de notes est essentielle dans ce type d'instance au regard de la densité des échanges et de l'analyse qui s'y rattache.

3. Une étude quantitative des périodes d'hospitalisations

L'UDAF a émis le souhait d'évaluer l'impact du dispositif pour chaque résident notamment en lien avec leur parcours dans le soin psychiatrique. La demande touche l'idée de l'articulation

entre le soin et l'action sociale, que nous souhaitons étudier. Pour mener à bien l'observation précise des effets produits par l'habitat accompagné, une étude quantitative de données chiffrées en nombre de jours a été effectuée, avec l'aide des partenaires du soin, sur les périodes d'hospitalisation survenues avant et après l'entrée à MADEN et à MADEHO.

3.1 Un document d'accord de recueil de données à construire

Dans le cadre de la méthode quantitative, nous avons créé un document[147] expliquant les grandes lignes de la recherche. La garantie de l'anonymat des données et de la confidentialité du recueil est un élément essentiel, évoqué d'emblée. De même, il a été précisé que l'accord de la personne concernait uniquement les périodes d'hospitalisation survenues et non leurs causes ou leurs circonstances. Il est en effet délicat pour elle de penser que nous pourrions savoir combien de fois elle a été hospitalisée dans le cadre d'une demande de Soins à la Demande d'un Tiers (SDT)[148], c'est-à-dire sans son consentement. Le document a pour objectif de rassurer les résidents et de leur exposer avec précision le but de la demande en lien avec notre travail. Une preuve écrite de l'accord des résidents, datée et signée, nous est apparue indispensable à présenter aux services de soin pour le recueil de données. Afin d'apporter un caractère officiel et cadré au recueil, notre document a été validé et signé par le Directeur général de l'UDAF, soutien de poids auprès des services sollicités.

Sur les conseils des intervenantes sociales, avec leur connaissance des résidents et leur appui, nous avons procédé différemment pour expliquer notre démarche et recueillir les signatures du document. Sur l'ensemble des services, nous avions déjà évoqué le sujet pour amorcer une réflexion chez les résidents, afin qu'ils puissent intégrer notre présence et notre mission.

Nous avons pris le temps de lire et d'expliquer le document en réunion hebdomadaire dans chaque résidence ou dans le cadre du groupe d'expression des usagers pour le SAVS, toujours avec le soutien des équipes. Les personnes ont pu faire part de leurs interrogations et de leurs craintes. La présentation du document avait pour but de les mettre en confiance en facilitant la compréhension et en garantissant l'anonymat des données. Une demande comme celle-ci méritait de valoriser l'aide qu'ils apportent dans la recherche. Grâce à eux, il s'agit de démontrer aux instances, tels que la DDCS, le CD ou l'ARS, par la réalité des chiffres, l'intérêt et le bien fondé de création de résidences comme les MADEN ou de services comme les SAVS.

---

[147] *Cf.* annexe 6.

[148] La loi n°2011-803 du 5 juillet 2011 a réformé la loi psychiatrie de 1990. L'Hospitalisation à la Demande d'un Tiers (HDT) devient Soins à la Demande d'un Tiers (SDT). De même l'Hospitalisation d'Office (HO), anciennement PO, devient Soins à la Demande d'un Représentant de l'État (SDRE).

3.1.1 Une présentation collective à la résidence MADEN Quimper

Sur Quimper, 17 résidents sur 18 ont donné leur accord, 14 ont signé le document lors de notre présentation en réunion hebdomadaire. Deux à trois personnes, absentes ce jour-là, ont été sollicitées individuellement par la suite et ont, à leur tour, accepté sans hésitation, comprenant bien l'objet de notre démarche.

Seule une personne s'est montrée méfiante. Dans un mal-être perceptible à ce moment, elle s'est opposée, avec ce qu'il nous semble être un besoin de se démarquer des autres. Nous n'avons pas insisté et avons respecté son refus, sans y attacher d'importance. Son opposition symptomatique de son état aurait pu donner lieu à un échange différé mais la personne a été hospitalisée, à sa demande, les jours suivants pour plusieurs semaines. Nous avons renoncé à la solliciter à son retour d'hospitalisation pour ne pas la déstabiliser. Les périodes d'hospitalisation antérieures à son arrivée à MADEN n'ont donc pas pu être renseignées.

3.1.2 Un besoin de rencontres individuelles à MADEN Brest

Sur la résidence de Brest, l'évocation du document, en réunion de groupe, n'a pas donné d'accords immédiats. Sur les conseils avisés des intervenantes sociales, nous avons pratiqué du porte à porte pour individualiser l'explication de notre questionnement. Cette démarche nous a offert l'opportunité de visiter le logement privé de presque tous les résidents et d'observer l'appropriation de leur espace. Nous avons eu des moments individuels privilégiés, pour lesquels il est intéressant de noter ce que pouvait renvoyer notre présence. L'approche a dû être mesurée au regard de la méfiance de certaines personnes, particulièrement de deux des femmes. Des explications plus en profondeur de l'objet de la recherche, en valorisant leur aide et en insistant fortement sur la garantie de l'anonymat des données, se sont avérées nécessaires. L'une des femmes n'a pas signé l'accord mais nous a reçu chez elle, préférant nous renseigner, elle-même, sur son parcours et ses périodes d'hospitalisation.

Une autre résidente, dont l'orientation en EHPAD imminente était pour elle une source d'angoisse intense au moment de l'enquête, n'a pas été sollicitée. Avec son accord, sa curatrice a pu nous renseigner sur quelques données.

Un homme, qui a pourtant signé l'accord, a été écarté. La mesure de tutelle dont il fait l'objet ne nous permet pas l'accès à ses données personnelles sans délégation du service de tutelle et rend caduque sa signature. Un échange avec le chef du service des mandataires concernés par la mesure de cet homme nous a précisé que la demande de données ne pouvait être faite que par la personne elle-même. Nous n'avons pas souhaité imposer à ce résident une démarche de ce type. Quelques renseignements nous ont néanmoins été fournis oralement par la tutrice et

par les intervenantes sociales de MADEN, au vu de l'accord du résident mais nous n'avons pas pu solliciter les services de soin.

Une autre personne, la plus âgée de MADEN, n'assiste à aucune réunion ni à aucun temps collectif. Nous n'avons pas eu l'occasion de la rencontrer et notre démarche aurait pu être interprétée comme intrusive. Elle n'a donc pas été sollicitée pour la signature de l'accord. Quelques renseignements suffisants, via les intervenantes sociales, ont été recueillis.

3.1.3 Une double approche collective et individuelle nécessaire à MADEHO

Concernant la démarche auprès des résidents de MADEHO, la présentation, en groupe d'expression, a permis une amorce d'échange. Les intervenantes sociales, par leur présence quotidienne et la proximité de leur accompagnement, ont relayé notre sollicitation. Nous les avons accompagnées, lors de visites à domicile, pour échanger en direct avec les personnes. Une des femmes a refusé de signer l'accord mais nous a renseignée, avec précision, sur ses périodes d'hospitalisation. Pour l'un des colocataires, la signature de l'accord a pris un peu de temps car il avait besoin d'être rassuré. Pour certaines personnes, que nous n'avons pas pu rencontrer, les intervenantes sociales ont présenté le document en expliquant la démarche. La signature de l'une des femmes, arrivée depuis peu au sein du service, n'a pas été sollicitée. Très méfiante vis-à-vis de l'accompagnement du SAVS et des intervenantes, la demande aurait pu rendre complexe le travail de l'équipe.

3.2 Une adaptation des méthodes de recueil en fonction des services de soin

Au cours de la signature de l'accord, certains résidents nous ont indiqué des lieux de soin susceptibles de nous renseigner. Leur aide a été précieuse tout au long du travail de recherche dans la transparence de nos démarches. L'objectif de départ était de recueillir les périodes d'hospitalisation au minimum trois ans avant l'entrée à MADEN ou à MADEHO. Pour les personnes des résidences, plus récentes que les suivis du SAVS, nous sommes remontés à plus de cinq ans avant leur entrée.

Dans le cadre du partenariat existant par des conventions signées, nous avons été reçue par les hôpitaux psychiatriques de Bohars sur Brest et de Gourmelen sur Quimper, qui ont été nos principaux informateurs. Chaque hôpital nous a permis d'avoir un entretien avec les agents administratifs des bureaux des entrées, après un accord de la direction de l'hôpital ou d'un cadre de santé. Nous avons constaté, sans surprise, que sans l'accord signé des personnes, il aurait été impossible d'avoir accès aux données des services de psychiatrie.

Nous avons démarché plusieurs hôpitaux et cliniques par téléphone, car une dizaine de résidents sur l'ensemble des 47 résidents du dispositif, ont été pris en charge, durant leur parcours, par des services de soin hors du département Finistère. Nombre de professionnels se sont méfiés au départ de notre demande. Plusieurs contacts ont été parfois nécessaires, afin d'expliquer en détail le cadre et les raisons du travail de recherche, notamment à des responsables, sollicités par leur personnel. Une officialisation de la demande par mail ou par fax, où nous faisions parvenir l'accord du résident concerné pour recevoir les données, a été presque systématiquement sollicitée. Là encore, l'appui du document écrit est sans conteste l'élément incontournable qui nous a permis une collaboration avec nos interlocuteurs du domaine sanitaire. Nous avons sécurisé les services de soin sur la possibilité d'échanger, si besoin, avec le chef de service des résidences et du SAVS sur l'objectif du travail de recherche, s'ils le souhaitaient. Aucun n'a finalement sollicité ce type d'échange.

Sur l'ensemble de la recherche quantitative, nous avons contacté près de 10 hôpitaux, cliniques ou centres de réadaptation psychosociale au niveau national. Principalement, il s'agissait des villes de Brest, Quimper, Landerneau, Morlaix, Quimperlé pour le département Finistère et des villes de Rennes, Vannes, Nantes, Paris et Lille, hors Finistère. Nous avons constaté des écarts de procédure en fonction des lieux et des personnes à qui nous nous adressions. Parfois, elles nous sont apparues un peu excessives, parfois trop laxistes, comme tel a été le cas d'un hôpital parisien qui nous a renseignée par téléphone sans aucune demande de document officiel. Nous sommes parvenue, sur cinq mois, à récolter l'ensemble des données nécessaires auprès des différents lieux de soin sans aucun refus. Il est à noter que certaines périodes ne sont pas renseignées car les personnes n'ont pas pu nous dire le nom des hôpitaux ou cliniques qui les ont prises en charge. Dans d'autres cas, les hôpitaux n'ont pas pu retrouver l'intégralité des périodes suite à un changement de logiciel ou un archivage papier.

3.3 Une analyse chiffrée imposant des choix

Lorsque l'on fait un recueil de données chiffrées, il est important de s'interroger sur ce que nous voulons en faire dans un premier temps puis sur ce que nous pouvons vraiment en faire une fois les données récoltées. Dans le cadre de la recherche, nous avons décidé de créer trois tableaux en fonction des lieux d'habitat des personnes. Il est à noter que les différents hôpitaux, cliniques ou centres ne disposent pas des mêmes logiciels informatiques pour le traitement des dossiers. Aussi, les informations recueillies n'apparaissent pas sous la même forme. Nous avons dû faire le choix de notifier uniquement dans les tableaux le nombre de jours des périodes

d'hospitalisation à temps plein, en précisant autant que possible si un SAVS ou une prise en charge en hôpital de jour y est associé.

L'ouverture du SAVS MADEHO nous a fait remonter à l'année 2004, délimitant le tableau de données sur une période de 13 ans entre 2004 et juin 2017. Pour les résidents de MADEN Brest, ouverte en 2012, nous sommes remontée, au regard des données recueillies, à l'année 2007, délimitant une période de 10 ans de 2007 à juin 2017. Pour la résidence de Quimper plus récente, nous avons construit un tableau de l'année 2010 à juin 2017.[149]

La recherche sur des données chiffrées est complexe et en fonction de son exploitation, elle nous renseigne sur des éléments de parcours de vie. Dans le cadre de données issues d'un hôpital, elles pointent les tendances du parcours résidentiel, plutôt institutionnel parfois, desquelles ressortent les trajectoires de vie des individus concernés par l'enquête.

> « Ces résultats proviennent de modes d'exploitation variés des dossiers. Si ceux-ci se prêtent particulièrement à un usage statistique, permettant de tester des hypothèses établies sur des cas singuliers ou d'objectiver par le biais de sélection à l'œuvre dans l'enquête ethnographique, ils peuvent être considérés, de façon individuelle, comme des objets d'enquête. Associés aux entretiens et aux observations, ils permettent d'approfondir des cas singuliers. »[150]

Le nombre de 47 résidents concernés par la recherche est insuffisant pour produire des données statistiques. Comme le soulignent Aude Béliard et Emilie Biland, nous allons tenter au cours de l'analyse d'effectuer une mise en relation du quantitatif et du qualitatif, pour mettre en relief dans notre travail l'objet de notre recherche sur l'impact de l'habitat accompagné.

4.Une vision qualitative par le recueil d'un matériau empirique

Au démarrage de la réflexion, nous avons d'abord réalisé des entretiens exploratoires auprès de trois professionnels. Nous tenions également à utiliser la méthode des entretiens auprès des personnes ou de leurs proches afin de dégager, au cours d'une conversation, leur vision de l'habitat accompagné et de ce qu'il leur apporte dans leur vie au quotidien.

4.1 Des entretiens exploratoires pour éclairer les pistes de recherche

Nous avons rencontré une psychiatre spécialisée en addictologie afin d'aborder la question de la psychiatrie sociale. Son expertise nous a orientée vers des lectures spécifiques, comme celle de Jean Maisondieu par exemple, où la rue, la précarité et l'exclusion sont évoquées en lien avec des troubles psychiques causés par des souffrances sociales. Elle nous a amenée à

[149] Les tableaux de données quantitatives sont consultables en annexes 2, 3, 4 et 5 du mémoire.
[150] BELIARD A.et BILAND E. (2008), « Enquêter à partir de dossiers personnels. Une ethnographie des relations entre institutions et individus », *Genèses* (n° 70), p. 117.

nous décaler pour construire une réflexion plus large et faire des liens avec les observations de terrain. Une rencontre avec un psychosociologue, responsable de la formation du Comité Local de Santé Mentale (CLSM), nous a permis, par son expertise, de préciser l'idée de notre objet de recherche en délimitant et en explorant les voies possibles. Enfin, un échange avec la directrice des services de mandataires judiciaires de l'UDAF, évoqué dans la présentation du contexte, nous a éclairé sur les raisons à l'origine du projet en détaillant la naissance des différents services du dispositif étudié.

4.2 Des choix réfléchis dans le corpus des personnes interrogées

En fonction des personnes sollicitées et de leur acceptation d'être interrogées dans le cadre d'un entretien, 15 personnes ont accepté de participer à l'enquête[151]. Dans un souci d'équilibre des points de vue sur les trois lieux enquêtés, l'ensemble du corpus se compose de six personnes en lien avec la résidence MADEN à Brest, de six personnes en lien avec la résidence de Quimper et trois personnes du SAVS MADEHO.

Nous avons rencontré sur Brest quatre résidents âgés de 33 à 58 ans (une femme et trois hommes) et deux parents (une mère et un père) de deux autres résidents hommes, âgés respectivement de 34 et 46 ans. Sur la résidence de Quimper cinq résidents, âgés de 41 à 57 ans (deux femmes et trois hommes) et la mère d'un autre résident homme, âgé de 46 ans, ont été interrogés. Au SAVS MADEHO, le corpus se compose de trois personnes (une femme et deux hommes), âgées de 42 à 63 ans, habitant respectivement chacun au sein d'un des trois appartements en colocation.

La moyenne d'âge des résidents enquêtés sur l'ensemble du dispositif est de **47,66 ans**. Rapportée à la moyenne d'âge général de **47,73 ans** sur l'ensemble des 47 personnes du dispositif, le corpus choisi permet d'être assez représentatif du public accompagné.

Si l'on détaille avec précision le corpus, nous avons rencontré neuf hommes et six femmes. Sur les six femmes, deux sont les mères de deux résidents hommes, le troisième proche interrogé est le père d'un résident homme. Notre étude porte donc en réalité sur la vie et le parcours de quatre femmes et 11 hommes. Les trois parents nous ont relaté le parcours de vie de leur enfant, aujourd'hui adulte, en y mêlant leur propre expérience de parents de personne en situation de handicap psychique. Du point de vue de la question du genre, nous tenions absolument, au vu du peu de femmes présentes au sein du dispositif, que leur parole puisse être représentée sur chaque lieu enquêté.

[151] *Cf.* en annexe 1 le tableau de données sociologiques relatif au corpus choisi.

Nous verrons, dans l'analyse du discours des résidents et des proches, des moments où les pensées se croisent et se rejoignent. Nous tenterons de faire ressortir leur perception de l'habitat, ce qu'ils vivent au quotidien. Nous montrerons leur ressenti du chemin parcouru, voire du recul qu'ils ont aujourd'hui sur leurs parcours, résidentiel, de vie et de soin. Nous nous attacherons à mettre en corrélation leurs paroles avec le recueil des données quantitatives.

4.2.1 Des rencontres dans le cadre d'entretiens semi-directifs

Lorsque la méthode par entretien semi-directif est choisie, il est recommandé d'élaborer un guide d'entretien préparatoire avant les rencontres en question. L'objectif premier est d'échanger le plus simplement possible avec les personnes sur leur vie en préservant un cadre non contraignant et non formel, laissant le champ libre au dialogue. Derrière cela, l'enquêteur doit savoir où il va et ce qu'il recherche. Il doit composer avec la personne qu'il a en face de lui et s'adapter.

> « L'entretien sociologique est une forme d'investigation inhabituelle et c'est dans l'échange avec l'enquêté, que l'enquêteur pourra le mieux en préciser la nature. »[152]

Nous avons construit le guide d'entretien autour de cinq thèmes :

- La trajectoire biographique, qui représente le parcours de vie ;
- Le parcours résidentiel ;
- Le parcours de soin, en lien avec les périodes d'hospitalisation psychiatrique ;
- Le rapport des personnes entre leur lieu de vie et leur parcours de soin ;
- La projection future envisagée, notamment en termes d'habitat.

Plusieurs questions ouvertes et précises, en fonction des thèmes, ont été fixées afin de guider nos interlocuteurs dans leurs réponses. Elles ne doivent pas, pour autant, être posées dans l'ordre ni textuellement. Elles servent surtout à garder le fil de l'objet de recherche et permettent de recadrer le discours d'une personne interrogée qui dérive du champ d'investigation. À ce propos Janine Barbot précise que l'enquêteur « sera confronté à une tension majeure entre laisser l'enquêté explorer à sa guise le thème qui lui est proposé et le recadrer s'il semble par trop s'en écarter. »[153]

Pour certains résidents comme Paulette ou Guillaume, nous avons dû à plusieurs reprises rediriger leur discours sur le thème abordé. Guillaume en particulier, pour qui l'entretien a duré et représentait un moment d'expression très apprécié, les digressions nombreuses ont nécessité un recadrage régulier.

---

[152] BARBOT J. (2012), « 6 - Mener un entretien de face à face », dans *L'enquête sociologique*, Paris, PUF, « Quadrige », p. 115-141.
[153] BARBOT J. (2012), *op.cit.*, p. 115-141.

Nous avons averti dès le départ les personnes que notre travail, pour qu'il soit le plus précis possible, nous amènerait à enregistrer nos échanges lors des entretiens. Nous avons insisté sur le caractère anonyme et confidentiel du discours enregistré en précisant que tout serait modifié, les dates, les lieux, les personnes, et que la parole pouvait être libre. Nous les avons rendues actrices du caractère fictif en leur demandant, pour celles qui le souhaitaient, de choisir un prénom pour le texte final. Toutes se sont prêtées à l'exercice de l'entretien et ont accepté sans difficulté le matériel d'enregistrement, bien qu' imposant[154]. Nous avons mis en avant que nous ne voulions pas perdre l'exactitude des paroles entendues. Les explications de nos démarches et de nos choix sont importantes pour rassurer les personnes sur le cadre de la rencontre, « parce qu'ils en comprennent l'utilité, qu'ils sont pleinement rassurés sur l'anonymat et qu'ils savent qu'ainsi leur "prise de parole" sera parfaitement et intégralement respectée. »[155]

Nous avons reçu deux « refus », du fait de l'indisponibilité des personnes sollicitées. Le premier vient d'une mère, qui a perdu son fils par suicide au sein d'une des résidences, non disponible au moment de l'enquête. Nous avons pensé l'interroger, sur la suggestion de notre tuteur de terrain mais aussi au regard de son implication dans les moments festifs de la résidence malgré la mort tragique de son fils au sein de celle-ci. Nous sommes passée par l'intermédiaire d'une des intervenantes sociales, avec qui il existe une relation de confiance. Il est à considérer que la demande était, dans ce cas, particulièrement délicate. L'autre refus est venu d'une sœur, impliquée auprès de son frère lors de son accueil à MADEN, dont la profession ne lui permettait pas de nous accorder du temps. Elle a néanmoins pris nos coordonnées pour nous rappeler si elle en avait la possibilité. Nous n'avons pas eu de nouvelles par la suite. Nous avons respecté ces « refus » sans insister, ces femmes ont dit quelque chose, c'est qu'elles n'ont pas le temps d'évoquer ce qu'elles ont vécu avec leurs proches. Le manque de temps pour les deux femmes, auquel s'ajoute le sentiment de ne pas être la mieux placée pour répondre à nos questions pour la sœur sollicitée, est une manière de bon ton de décliner notre demande, que nous pouvons interpréter et comprendre comme une forme de pudeur face à l'échange.

4.2.2 Un choix de lieu pensé en fonction des interlocuteurs

Notre recherche sur l'impact de l'habitat nous amène à considérer le lieu de vie privé des personnes comme un indicateur particulièrement fondamental dans nos observations. Janine Barbot exprime cela également lorsqu'elle indique que « L'enquêteur peut, en outre, juger qu'il

[154] Nous avions un double matériel (ordinateur + téléphone) en cas d'arrêt de l'un ou de l'autre lors de l'échange.
[155] CASTAREDE M.-F. (2013), « L'entretien clinique à visée de recherche », *in* CHILAND C., *L'entretien clinique*, PUF, « Quadrige », p. 149.

est intéressant, pour son enquête, d'observer le cadre de vie de l'enquêté. » En effet, nous considérons qu'observer le lieu de vie d'une personne, sans même qu'elle échange avec nous, apporte déjà une lecture de l'habitant du lieu.

Lorsque nous avons reçu l'accord des personnes pour un entretien, nous avons suggéré que le lieu devait être calme et propice à un échange privé. Il est important de souligner que l'entretien est confidentiel et à la convenance des personnes. D'autre part, la tranquillité recherchée pour l'entretien correspond au lieu du domicile privé pour effectuer un enregistrement au calme. Janine Barbot précise à ce propos que :

> « tout en s'attachant à témoigner à l'enquêté une certaine disponibilité et à le rendre actif dans l'organisation de la rencontre ; il manifestera ses préférences dans l'ajustement des dates et des lieux du rendez-vous. C'est là, ce que l'on appelle négocier. »[156]

Nous recevoir au sein de leur domicile a été, pour la plupart des personnes, un plaisir non dissimulé. Fiers de participer à l'enquête et de nous aider dans notre travail, cela leur a donné une importance et un sentiment d'utilité.

Dans le cadre des entretiens avec l'entourage, nous avons adopté une approche différente. Il peut être ressenti comme intrusif qu'une étudiante, dans une démarche de recherche, qui souhaite questionner un parent sur son enfant malade, lui demande en plus de l'accueillir chez lui. Après avoir reçu l'accord des résidents concernés, sans lequel nous n'aurions pas pris contact avec leurs proches, nous les avons joints par téléphone après qu'ils ont eu un échange avec leurs fils respectifs. Les trois parents sollicités se sont montrés réceptifs et ont accepté d'emblée de nous rencontrer.

Le choix du lieu a été réfléchi avant de les solliciter, nous nous sommes appuyée sur l'UNAFAM pour deux d'entre eux. Sur Quimper, nous avons reçu la mère d'Alain sur un temps organisé avec l'aide d'une bénévole, dans un bureau, propice à un échange confidentiel. Sur Brest, la fonction de la mère du résident concerné au sein de l'UNAFAM a facilité la définition du lieu de rencontre, symbolique pour elle de part son engagement associatif. Concernant le père de Martin, nous l'avons reçu dans un appartement, utilisé comme bureau pour le chef de service et lieu de réunion au sein de la résidence MADEN à Brest.

4.2.3 Des difficultés à contourner en lien avec le thème de recherche choisi

La principale difficulté, que nous avons rencontrée d'emblée, concerne la portée de la question de recherche. Les résidents ont, pour certains, un passé douloureux en lien avec leurs

[156] BARBOT J. (2012), *op.cit.*, p. 115-141.

hospitalisations ou leur parcours de soin en général. Cela renvoie à la maladie, à son apparition soudaine, et il n'est pas simple d'évoquer des souvenirs passés, souvent difficiles. Les personnes veulent oublier ces périodes et ne pas y revenir. Nous avons bien compris les refus liés aux vocables de « hôpital », « hospitalisation » ou « soin ». Ils ont été clairs et non négociables. Pour d'autres, il s'agit au contraire de verbaliser et de se sentir libérer en profitant d'une écoute attentive et bienveillante qui fait du bien.

Sur l'ensemble des entretiens, nous n'avons pas eu de difficultés majeures mais notre présence, répartie sur trois services, a été une difficulté pour organiser les rencontres sur les différents lieux, à des moments qui conviennent aux personnes. Les emplois du temps des uns et des autres nécessitent de s'adapter pour trouver avec chaque personne le moment idéal, où elle va pouvoir être pleinement disponible, tout comme l'enquêteur. Janine Barbot précise avec justesse que « c'est parce que le travail de l'enquêteur s'opère sur différentes lignes, que l'attention qu'il doit mobiliser pendant l'entretien est importante et qu'il en ressortira le plus souvent épuisé. »[157]

Nous avons ressenti la fatigue sur les journées où nous avons effectué trois entretiens ou lors de situations d'échange pour lesquelles nous devions régulièrement recadrer le discours, sans pour autant l'annuler, des personnes sortant trop du champ de l'objet de recherche.

La fatigabilité des résidents souvent provoquée par l'impact des traitements est un élément à prendre en compte sur le choix du moment de la journée pour s'entretenir avec eux. Certains connaissent bien leurs limites et les moments où ils ont besoin de se reposer. Pour d'autres, il s'agit de prévoir le temps où ils sont le moins fatigués possible.

La fluctuation des troubles, caractéristique des personnes en situation de handicap psychique, provoque des changements d'humeur sur un temps extrêmement court. Là aussi, il faut être vigilant et déplacer un entretien si nécessaire, lorsque l'on évalue que la personne n'est pas dans de bonnes conditions pour échanger. Pour l'une des résidentes, nous avons été dans l'obligation de reposer un rendez-vous à quatre reprises avant de pouvoir l'interroger.

4.2.4 La négociation du mail de Paulette

Paulette est une femme de 58 ans, dont la pathologie bipolaire provoque des changements d'humeur et de comportement imprévisibles, pouvant surgir à tout instant. Elle a souvent besoin d'être recadrée lorsqu'elle adopte des attitudes inadaptées, voire agressives. La fluctuation des troubles et les pertes de mémoire rendent Paulette indisponible au moment des trois premiers

[157] BARBOT J. (2012), *op.cit.*, p. 115-141.

rendez-vous fixés. Lors de notre quatrième tentative, nous lui rappelons à l'avance notre entretien. Ce même jour, le repas collectif auquel nous participons se passe mal, Paulette se montre agressive et dans la provocation. Son comportement agace les autres, nous sommes assise à côté d'elle et intervenons fermement pour la stopper. Le repas se termine dans le calme et Paulette regagne son logement sans effectuer la tâche qui lui est attribuée sur le collectif ce jour-là. Le contexte d'un voyage prévu prochainement pour rejoindre sa famille et un contact téléphonique la veille avec l'un de ses fils, qu'elle ne connaît pas et avec qui elle a repris contact, génèrent chez elle de l'énervement et expliquent son attitude. Elle est en difficulté pour gérer et canaliser ses émotions. À l'heure prévue, nous nous rendons comme convenu chez elle. Sa préoccupation du jour est de pouvoir envoyer un mail à son fils. L'absence de l'outil internet à son domicile et son impossibilité à écrire nécessitent de l'accompagner dans la démarche. Nous saisissons l'opportunité, lorsqu'elle nous demande si nous savons écrire un mail, d'accepter de l'aider à prendre contact avec son fils. Nous ressentons un grand soulagement et une détente chez Paulette lorsque nous l'assurons de notre aide après l'échange. C'est avec un grand sourire qu'elle nous fait remarquer : « un entretien pour vous, un mail pour moi… ». L'échange a pu se réaliser ce jour-là, Paulette s'est montrée pertinente et à l'écoute, bien que très fatiguée. Elle avait donc réussi une négociation nous autorisant à partager avec elle un moment important et intime de sa vie au travers d'un lien filial retrouvé. [Extrait du journal de terrain du 21 avril 2017]

En conclusion, nous n'avons pas rencontré d'obstacles ou de difficultés majeures, même si nous avons dû réajuster certains objectifs. L'utilisation de différentes méthodes apporte, à notre sens, une richesse et un regard large sur les particularités des habitats accompagnés et de leurs habitants en situation de handicap psychique. La présentation détaillée de nos méthodes et du déroulement de la recherche ouvre la voie à l'analyse de nos résultats. Aussi, nous nous attacherons jusqu'à la fin du travail à répondre à nos hypothèses en détaillant nos résultats, laissant place aux propos recueillis auprès des personnes et des proches interrogés, que nous tâcherons de mettre en relief par l'apport des données quantitatives.

Chapitre IV. L'interdépendance des parcours de vie, de soin et résidentiel

Par l'analyse des échanges et des données chiffrées, nous aborderons dans un premier temps les caractéristiques de la maladie psychique en elle-même et les conséquences pour nos interlocuteurs. Nous évoquerons ensuite leurs parcours de vie, marqués par des ruptures, souvent liées à la perte d'un proche, d'un emploi, d'un équilibre. Nous détaillerons les deux types de parcours résidentiel que nous avons pu déceler, puis nous parlerons du rôle des familles. Enfin, nous dégagerons les trois principaux besoins, auxquels les habitats accompagnés du dispositif semblent répondre pour les personnes rencontrées.

1. La question du diagnostic : entre volonté de savoir et catégorisation

Ne plus souffrir ou du moins soulager la souffrance, c'est aussi pour certains résidents et proches savoir quel nom porte la maladie qui la provoque. Dans le handicap psychique, parce que la pathologie arrive tardivement et de façon inattendue, elle a besoin d'être nommée. C'est aussi parfois l'entourage qui, lui aussi, a besoin de poser un nom sur la maladie pour peut-être mieux l'accepter.

Nous avons pu appréhender, dans nos échanges, la complexité que représente un diagnostic posé dans le cadre des maladies psychiques. Il s'agit de savoir de quoi l'on souffre pour pouvoir trouver les moyens de combattre efficacement la maladie. Le diagnostic et la façon de traiter la maladie mentale ne vont pas de soi. Nous abordons ce point qui laisse apparaître la diversité des types de personnes que nous avons rencontrés.

Trois profils se dessinent : d'abord, ceux dont la pathologie a pu être nommée (cas de schizophrénie ou de bipolarité diagnostiquées) ; ensuite ceux qui sortent du cadre et entrent dans le champ de la santé mentale au sens large (cas de dépression, alcoolo-dépendance) ; enfin ceux qui ne savent pas de quoi ils souffrent mais dont le handicap psychique est avéré et officiellement reconnu par la MDPH.

Comme le dit avec justesse Enzo :

> « En psychiatrie, on peut rien savoir… dans deux mois je peux sombrer à G. [hôpital psychiatrique], je ne sais pas… la psychiatrie c'est très… c'est une science très vaste, donc il ne faut jamais condamner une personne ni voilà… on peut remonter, on peut avoir des petites chutes… » (E8 : Enzo, 42 ans)

Ses paroles laissent penser qu'un diagnostic a le pouvoir d'enfermer une personne dans une catégorie. Cela fait écho aux propos de Patrick Landman[158] qui précise qu'en psychiatrie, on n'indique pas de pronostic, on peut en avoir une idée mais on ne peut jamais être sûr. Se rétablir dépend d'un grand nombre de facteurs et de paramètres.

> « On m'a dit que j'étais atteint d'une schizophrénie voilà… ils ne me l'ont pas dit tout de suite […] mais j'ai plus 20 ans non plus, j'ai 42 ans, j'ai l'expérience, je sais quand ça va pas » (E8 : Enzo, 42 ans)

Enzo connaît sa pathologie, il se dit d'ailleurs aujourd'hui suffisamment expérimenté pour ressentir les moments où il ne va pas bien et réagir en conséquence.

Paulette nomme avec simplicité ce qu'elle associe à une maladie des nerfs. La fluctuation de ses troubles est très importante.

> « Ben, c'est l'énervement… moi je suis malade des nerfs… […] Bah maintenant je le sais mais avant je ne savais pas, aucun médecin m'a dit que j'étais bipolaire (E12 : Paulette, 58 ans)

D'autres résidents connaissent un diagnostic précis, sur lequel ils se sont renseignés.

> « Mon docteur ici me dit que j'ai une paranoïa sensitive […] ça existe ça j'ai vu sur le dictionnaire médical, j'ai regardé […] et c'est terrible […] je vous assure, j'ai vécu l'enfer » (E3 Paul, 54 ans)

Les situations de Dana et Denis nous questionnent sur la psychiatrisation de maladies comme la dépression et l'alcoolo-dépendance qui les concernent, contrairement à celles relevant d'une structure psychotique. Le regard de ces deux résidents sur la notion de prise en soin par ces habitats n'est, pour eux, pas anodin. La pertinence de leurs observations révèle, néanmoins, un désir inconscient de rester dans la norme et de ne pas être catégorisés au même titre que les autres habitants des résidences accueil.

> « Moi, ce n'est pas en fait une maladie… j'ai subi plusieurs traumas, je suis une cassée de la vie en fait, qui m'a donné des perturbations psychiques […] ils m'ont dit que je rentrais pas dans… je leur disais : « je suis bipolaire peut-être ? » je suis pas schizophrène ça c'est sûr je sais… mais dépression chronique mais c'est dû aux traumatismes… » (E4 : Dana, 57 ans)

> « Le handicap psychique globalement, ça m'évoque pas grand chose par rapport à moi… moi mon problème c'est l'alcool et la volonté de m'en sortir par rapport à ça […] je ne vois pas de problème de handicap psychique me concernant moi […] je ne vois pas en quoi le handicap psychique me…m'atteint, comme certaines personnes peuvent être ici. » (E9 : Denis ; 50 ans)

La volonté de savoir est importante pour la personne et pour sa famille. On peut se demander si cette volonté de pouvoir mettre un nom sur la maladie la rend plus acceptable ou plus supportable.

---

[158] LOGAK Z. (2016), « Un nouveau regard sur les troubles psychiques », conférence du 11 mai 2016, *op.cit.*

> « Ben hôpital, hôpital, hôpital…et à chaque fois qu'on voit un psy, chacun donne son avis, ça fait que je suis passé par schizophrénie, je suis passé par bipolaire, par angoissé dépressif, enfin je ne sais pas ce que j'ai encore quoi […] Ben j'aurais préféré savoir exactement ce que j'avais […] mais en général, quand on parle de ça aussi, ils disent que ça sert à rien de mettre une catégorie sur les gens… disant que c'est pas la maladie qui définit la personne… » (E11 : Hugo, 38 ans)

Selon Patrick Landman, le diagnostic psychiatrique ne peut pas être aussi précis qu'un diagnostic médical, parce que l'on ne désigne pas quelque chose de repérable. Actuellement aucun diagnostic psychiatrique ne peut être fait sur des marqueurs biologiques, des examens de sang ou autres techniques même les plus poussées. En effet, « le diagnostic n'est plus seulement un résultat figé à tout jamais, mais une démarche tâtonnante, réactualisée en fonction des anticipations, des effets de surprise liées à l'action thérapeutique. »[159]

Selon ce praticien, les éléments cliniques élargis peuvent permettre aujourd'hui d'établir un diagnostic clinique[160], ce qui conduit à souligner que nous ne sommes donc pas dans un domaine scientifique.

Au regard de notre expérience professionnelle, nous confirmons qu'il est tout à fait juste de dire que le handicap psychique évolue différemment en fonction des individus, de l'efficacité de leur traitement et de son observance, de leur environnement, de leur pugnacité à combattre les troubles invalidants en trouvant des stratégies d'adaptation dans leur vie quotidienne. Il est vrai qu'un diagnostic permet de cerner le type de troubles ou de comportements auxquels on peut s'attendre mais il ne définit en rien une personne et encore moins la progression dans son parcours.

Appréhender le handicap psychique, au-delà du diagnostic, c'est aussi observer et comprendre ce que vivent les personnes au quotidien. L'habitat accompagné vient, à notre sens, répondre à un certain type de profil. Nous avons remarqué que plusieurs personnes présentent des pathologies secondaires à la pathologie psychique, plus ou moins graves. Notre expérience professionnelle nous permet de confirmer la tendance observée au sein du dispositif.

2.Une vie quotidienne entravée par des symptômes invalidants

Nous avons indiqué que, dans le cas du handicap psychique, plusieurs domaines de la vie courante sont à prendre en considération et peuvent être touchés par un ensemble de troubles

[159] MIERMONT J. (2001), « Schizophrénies et thérapies familiales. Perspectives éco-étho-anthropologiques », *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques en réseaux* (n° 26), p. 172.

[160] Hervé Boyer, cadre de santé en psychiatrie, explique dans « Clinique, réflexion éthique et psychiatrie » (2010), que « faire de la clinique », c'est être enclin à se pencher sur l'autre, afin de l'entendre, de le prendre en compte et d'appréhender ses signes, dans un contexte global donné, bien au-delà de la réalité banale du symptôme.

qui invalident la personne dans sa vie quotidienne. En fonction du type de pathologie, de ses effets et du traitement qui permet de la réguler, la personne est en perpétuelle recherche d'équilibre. Nous évoquerons ici trois types de troubles invalidants signalés par plusieurs résidents.

2.1 Les troubles du sommeil

Le trouble du sommeil est l'un des symptômes qui a été le plus cité par nos interlocuteurs. Dans la majorité des cas, les personnes en situation de handicap psychique sont sujettes à une grande fatigabilité. Les causes peuvent être les traitements psychiatriques mais l'impact psychologique n'est pas à négliger. Le sommeil est un processus actif et nécessaire, qui occupe un tiers de notre vie. Le manque ou l'excès de sommeil est l'indicateur d'un déséquilibre psychique. L'environnement de la personne et son lieu de vie conditionnent son bien-être.

Pour Denis, les troubles surviennent la nuit et se répercutent, par une grande fatigabilité, sur la journée.

> « Physiquement, j'ai un problème de sommeil qui est assez délicat, c'est-à-dire que je dors pas beaucoup, je dors très peu la nuit et je suis crevé la journée quoi, je suis fatigué la journée et psychiquement, j'ai pas plus de souci que ça […] » (E9 : Denis, 50 ans)

Son approche est surprenante car il décrit le trouble du sommeil comme un problème physique.

Jerry, quant à lui, explique les perturbations de son sommeil, notamment son insuffisance, comme la principale cause d'une angoisse massive, qui l'oblige à faire appel aux services de soin pour une hospitalisation de courte durée, où il parvient à faire une « cure » de sommeil.

> « C'est des séjours très courts […] parce que je suis très angoissé et j'ai des gros problèmes de sommeil quand j'y vais, c'est que généralement je n'ai pas dormi depuis plusieurs jours d'affilée… et donc je suis déphasé et à la fin ça me crée un gros…stress…grosse angoisse et …j'appelle le 15, parce que ça va pas du tout… » (E10 : Jerry, 33 ans)

Le soin psychiatrique est vu dans ce cas comme la seule réponse permettant de faire une cure de sommeil nécessaire à l'arrêt de l'angoisse et à la récupération.

Guillaume parle de ses troubles du sommeil comme d'un excès. Souvent, il manque certaines prises de traitement le matin.

> « Ça suffit grosso modo mais quelquefois j'oublie quand même, notamment quand je dérape sur mon sommeil… et mon problème numéro un actuellement je pense, c'est le sommeil. » (E6 : Guillaume, 63 ans)

Nous comprenons que le sommeil prend pour Guillaume une fonction de refuge, notamment lors de l'absence de visites des intervenantes du SAVS le week-end. Ce dérèglement est aussi à mettre en lien avec la pathologie dépressive de cet homme, installée depuis plusieurs années.

Pour Mme Corsy, le sommeil, et les pratiques qui s'y rapportent, a été un indicateur de la dégradation de l'état de santé d'Alain.

> « …chacun a ses trucs ouais moi c'est comme ça que quand j'ai vu mon fils se transformer (silence), il était allongé et il dormait habillé avec ses chaussures… " mais il est en train de se clochardiser, c'est quoi ce truc"… » (E13 : Mme Corsy, mère d'Alain, 70 ans)

D'un naturel coquet, soucieux de son apparence, Alain s'est peu à peu laisser-aller, adoptant des comportements apragmatiques, qu'il n'avait pas auparavant. Très sensible aux effets de son traitement, Alain oscille entre des phases de sommeil ou à l'inverse d'excitation, le conduisant à déambuler au sein de la résidence.

2.2. Des pathologies secondaires liées au handicap psychique

En médecine, le terme « *comorbidité* » désigne des maladies ou autres troubles qui s'ajoutent à une pathologie initiale. Nous avons constaté au fil de nos échanges que plusieurs résidents souffrent, soit de maux somatiques, soit ont adopté ou adoptent encore aujourd'hui des comportements liés à des addictions, entraînant une seconde pathologie à la maladie psychique, quand elle n'est pas la cause principale. Ces problématiques peuvent avoir un impact sur leur vie quotidienne au sein de leur domicile (difficultés physiques entraînant une perte d'autonomie, difficultés d'entretien du logement, problèmes avec le voisinage, nuisances dus aux consommations d'alcool ou autres substances psychotropes, fréquentations inadaptées…). Elles sont parfois la cause d'une impossibilité à vivre seul en logement indépendant.

2.2.1 Des comorbidités somatiques

Paul évoque avoir été pris en charge au niveau somatique lors de son arrivée à MADEN.

> « Au début quand je suis arrivé ici, j'ai eu un problème de santé, je m'étais retrouvé avec le dos plié, j'étais complètement penché, j'ai été obligé qu'on me transporte à l'hôpital […] de toute façon en plus des problèmes psychiques, j'ai aussi des problèmes physiques, j'ai de l'arthrose tout ça, j'ai des problèmes aux yeux enfin… [soupir] » (E3 : Paul, 54 ans)

L'activité professionnelle n'a plus été possible pour Paul à compter de ce moment. À 54 ans, il est physiquement diminué par cette accumulation de problèmes physiques et psychiques. Sa capacité d'autonomie s'en trouve réduite et requiert des formes de compensation plus importantes. Son état de santé fragile est notamment lié à une mauvaise prise de médicament,

en excès, et à un important tabagisme. Dès son arrivée à MADEN, un passage infirmier a été mis en place pour l'aider à mieux gérer la prise de traitement et éviter tout risque de surdose.

Valentine avait l'habitude d'aller faire ses courses, ce qui permettait de rompre sa sédentarité et de pratiquer une activité physique.

> « Là depuis que je suis sortie de l'hôpital, j'ai fait un coma […] Détresse respiratoire, je fumais trop, donc ils ont décidé ça pour moi, pour mon bien-être, qu'il y ait une aide ménagère. » (E7 : Valentine, 57 ans)

Grande consommatrice de tabac, diabétique et en surpoids, Valentine présente des pathologies somatiques, risquées pour sa santé, qui ont amené à une hospitalisation suite à cet épisode grave de coma. Les troubles respiratoires nécessitent un soutien plus important dans sa vie quotidienne, dû à une perte d'autonomie. L'habitat accompagné vient favoriser la diminution des déplacements par l'entraide entre colocataires, l'un d'entre eux possédant un véhicule.

2.2.2 Des comorbidités addictives

Les symptômes invalidants sont aussi parfois dus à des conduites addictives massives. Dans certains cas, elles sont souvent l'un des éléments déclencheur du trouble psychique, pour d'autres elles sont un refuge, une façon de fuir la réalité. Les personnes en situation de handicap psychique sont de grandes consommatrices de tabac et autres produits. Le psychiatre Eric Malapert note que « Les psychiatres doivent prendre en compte l'importance et la place de l'addiction qui modifie la trajectoire des soins à donner au patient. »[161]

Dans le cadre de l'étude, plusieurs résidents ont admis avoir connu la dépendance à un ou plusieurs produits, qui ont une incidence, pour certains, très importante dans leur parcours de vie.

Denis identifie sa maladie strictement en lien avec l'alcool. Il poursuit un suivi en addictologie depuis son arrivée à MADEN. Pour lui, l'addiction à l'alcool lui a fait perdre son autonomie, entraînant une perte d'emploi, un divorce et une impossibilité à vivre seul. Au regard de ce qu'il décrit comme « une descente aux enfers », une hospitalisation continue d'un an a stoppé son errance et a justifié la recherche d'un habitat accompagné.

> « […] Avant de venir ici et avant comment dire… d'être soigné, j'ai fait plein de stages entre guillemets, stages c'est-à-dire des cures, des post-cures, ou des sevrages à l'hôpital M. pendant des années et des années… et puis donc ben j'avais un suivi médical là-bas. » (E9 : Denis, 50 ans)

[161] MALAPERT E. (2009), « Comorbidité de l'addiction », *Topique*, vol. 107, (n° 2), p. 9-15.

La première hospitalisation de Jerry est liée à une addiction à l'alcool. Il explique que ce n'est que plus tard que les troubles bipolaires et dépressifs, dont il est atteint, sont identifiés.

> « La première fois c'était en 2006, pour une cure… une cure de désintoxic… désintox… » (E10 : Jerry, 33 ans)

Enzo évoque, chez lui, un terrain psychologique fragile, auquel s'est ajouté, dès son jeune âge, une addiction à l'alcool. Avec l'aide de son médecin, il s'est fixé des objectifs et limite aujourd'hui sa consommation à deux bières en soirée, ce qui semble rester pour lui un besoin.

> « J'avais un petit problème d'alcool mais qui a été vite résolu […] avec mon psychiatre, comme je ne pouvais pas arrêter complètement, j'ai droit à deux bières le soir. » (E8 : Enzo, 42 ans)

Hugo nous parle de ses comportements addictifs où l'on perçoit le plaisir qu'il en retirait. Il est aujourd'hui parvenu à arrêter la cigarette et utilise une cigarette électronique.

> « J'avais tendance à abuser des bonnes choses donc… [sourire] […] Ben tout ce qui est alcool, cannabis donc… Ils se sont dit, si on le laisse seul, il va peut-être remettre ça… j'étais arrivé à des quotas assez impressionnants… » (E11 Hugo, 38 ans)

Son exemple montre que l'arrêt de ces conduites apparaît être bénéfique au maintien d'une bonne autonomie, même s'il se reconnaît toujours une certaine fragilité. Il nous avoue à demi-mot que le cadre de la résidence lui évite un risque de replonger dans des conduites addictives.

Paul, malgré des problèmes somatiques présents, est parvenu à stopper l'alcool, l'héroïne et le cannabis avec l'aide d'une médication adaptée et d'un suivi spécialisé en Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA). Maintenant stabilisé et installé à MADEN depuis deux ans, il revient sur des périodes sombres. Se laissant facilement influencer, il a connu les excès, la fatigue, l'angoisse, ce qui a renforcé sa pathologie psychique paranoïaque.

> « J'étais pas bien et puis je me suis mis à boire de l'alcool, beaucoup d'alcool […] Ils m'ont rajouté deux cachets et donc qui me vont mieux, qui m'aident… qui m'aident à ne pas me jeter sur une bouteille de vin ou… j'ai connu la drogue aussi… » (E3 Paul, 54 ans)

À la lecture de Mathilde Saïet, nous savons que :

> « la toxicomanie, par exemple, peut, dans la psychose, assurer aussi bien un rôle de protection contre la dépersonnalisation qu'apporter sens et légitimité à une décompensation […] Les différentes toxicomanies peuvent jouer un rôle d'écran, dans un montage défensif ayant pour fonction d'abraser les symptômes psychopathologiques, contre la menace d'effondrement psychique. »[162]

[162] SAÏET M. (2016), « Pour une définition clinique de la notion d'addiction : apports et limites d'une conception générique du symptôme addictif », *Mouvements*, (n° 86), p. 57.

L'éclairage sur la question du diagnostic et des symptômes ou pathologies secondaires à la maladie psychique nous apparaît important pour saisir ce que vivent les personnes. Quel que soit le type de pathologie, chaque personne, seule ou avec l'aide de son entourage, a besoin de trouver des aménagements ou stratégies pour contourner les symptômes qui se manifestent dans la vie quotidienne et l'éloignent d'un mode de vie ordinaire.

Pour répondre à notre questionnement, il nous faut maintenant saisir les éléments de départ du parcours de vie qui déterminent le type de parcours résidentiel des personnes rencontrées, âgés de 33 à 63 ans. Il est important d'entendre ce qu'elles ont à nous dire de leur parcours pour comprendre les raisons de leur entrée en résidence accueil ou en SAVS renforcé.

3. Des trajectoires de vie marquées par des situations de « rupture »

Les résidents, bénéficiaires du SAVS et proches que nous avons rencontrés sont parvenus à nous parler sans filtre de leur vécu, de moments très durs emprunts de souffrance que nous ressentons lors des échanges. Nous pouvons faire le lien pour beaucoup d'entre eux entre l'entrée dans la maladie, parfois à retardement, et les évènements de vie de leur parcours.

> « En effet, la survenue de troubles durables et envahissants perturbe et infléchit le parcours de vie de personnes. Ces troubles occasionnent des périodes plus ou moins longues et plus ou moins répétées, de rupture et souvent d'hospitalisation… »[163]

Nous employons le vocable de « rupture » pour signifier les étapes marquantes de leur vie qui nous paraissent en lien avec leur arrivée dans un dispositif d'habitat accompagné. La définition académique définit la « rupture » comme :

> « le fait de se rompre, l'action par laquelle une chose est rompue. Il exprime également la séparation brutale en deux ou plusieurs morceaux d'une chose résistante, sous l'effet d'une force trop intense ou d'un effort trop prolongé. »[164]

Qu'il s'agisse de la perte d'un proche, comme les cas de Dana, Maxime, Alain, Paulette, d'une rupture avec le monde du travail comme Denis ou Prisca, d'un passage à l'acte marquant un tournant, comme dans le cas de Martin, Jerry ou Hugo, d'un changement brutal de cadre de vie comme Enzo, nous avons remarqué dans la grande majorité de notre corpus, une rupture, parfois plusieurs, qui sont intervenues à différents moments dans leur parcours de vie.

[163] VELPRY L. (2014), « Aller mieux avec des troubles psychiques. Un regard sociologique », Santé Mentale, Acte Presse, p. 2.
[164] REY A. (2000), *Dictionnaire historique de la langue française,* Paris, Dictionnaire Le Robert, p. 1990.

Le psychologue Pierre Van Damme précise justement, en s'appuyant sur les travaux de John Bowlby, que :

> « la rupture a une dimension psychique. Cela peut prendre la forme de non-dit, silence, retrait, vide ou passage à l'acte impulsif qui sont autant de manifestations d'une interruption de contact avec l'environnement. »[165]

• La rupture suite à l'épreuve du deuil

Dana fait le récit d'un passé douloureux entre un mariage forcé, une rupture avec sa famille, la séparation difficile avec le père de son unique enfant et son départ, tel un « arrachement » comme elle le décrit, de Pau où elle et sa fille vivaient et avaient construit leurs repères.

> « À 14 ans, on m'a promis à mon cousin […] c'est là que ça a commencé je crois les premières dépressions que j'ai faites […] ils m'ont envoyée en Kabylie pour …m'habiller en traditionnel et me donner cette éducation là pour me marier […] pour eux j'étais devenue folle mais en fait j'étais enragée quoi […] alors et puis je commençais à dépérir, je faisais une dépression, c'est maintenant que je sais que c'est une dépression […] après la séparation avec son père, j'ai plongé dans la dépression et donc j'ai tout perdu aussi… j'ai tout perdu, autant mes parents que… pas perdre mes parents de façon qu'ils sont morts […] ma mère m'a bannie carrément quoi… » (E4 : Dana 57 ans)

Le basculement, dans un contexte de fragilité important, s'identifie chez Dana après le suicide de sa fille. Elle sombre dans une dépression, déjà installée, qui se chronicise et s'accompagne de fortes angoisses. La perte de sa fille contraint Dana à quitter son logement qui lui rappelle trop de souvenirs. Elle tente de mettre fin à ses jours avant d'être prise en charge par le soin.

> « Et bien, c'est le suicide de ma fille […] et puis la dépression chronique [silence] […] J'ai fait une tentative… deux tentatives de suicide, je me suis retrouvée à l'hôpital donc deux fois de suite avec plusieurs semaines d'hospitalisation… » (E4 : Dana 57 ans)

Nous comprenons aussi dans les propos de Paulette qu'elle est hospitalisée à temps plein suite au décès de son compagnon, chez qui elle vivait.

> « Trois mois… avant ça j'étais au foyer An E. [unité de vie psychiatrique], avant ça, j'étais chez Bernard […] Ah mais il est décédé, c'était mon compagnon… » (E12 : Paulette, 58 ans)

La prise en charge par l'institution psychiatrique semble avoir été la seule voie possible de domicile pour paulette suite à la perte de son compagnon qui semblait faire partie de son équilibre.

Maxime, quant à lui, n'a jamais vécu seul au cours de sa vie. À 49 ans, il nous explique qu'il a perdu sa mère avec qui il vivait depuis son enfance. La rupture est particulièrement difficile

[165] VAN DAMME P. (2016), « Rupture et dépression », *Gestalt,* (n° 48-49), p. 68.

pour lui. Belinda Mandelbaum s'appuie sur les propos d'Adorno et Horkheimer pour expliquer la complexité de la dialectique par laquelle « une famille devient simultanément le lieu de protection, un refuge à l'abri du monde…»[166].

> « Depuis le décès de ma mère, j'ai perdu tous mes repères et malgré ma stabilisation à MADEN, y'a beaucoup de lacunes au niveau indépendance pour moi quoi […] ma mère c'était tout pour moi, j'étais en fusion totale, elle m'a trop couvé […] Elle m'a pas montré ce que c'était la vie, la dureté de la vie, la jungle quoi… » (E1 : Maxime, 49 ans)

Nous ressentons le lien inconditionnel que Maxime entretient avec sa mère. Tout au long de notre échange, son discours est construit autour d'elle, la rupture se situant au décès de celle-ci. Cette mère représente pour lui symboliquement son lieu de vie, comme si « le corps maternel identifié comme une ville et finalement, comme l'univers entier » l'empêche de se construire et d'intégrer son logement, qui, sans elle, ne représente rien. Son discours, parfois enfantin, marque un trait de sa personnalité et une grande fragilité psychique, repérée déjà à l'adolescence. Lorsqu'il parle de ses relations aux femmes, il semble qu'elles n'aient pas tenues dans la durée, hormis avec sa mère, ce qui induit une instabilité dans la relation aux autres.

> « Mais je sais pas quand j'étais jeune, bon je prenais du Solvian[167], j'étais entre l'état psychotique et névrotique… et avec toutes les ruptures que j'ai eues, les trois femmes que j'ai aimées m'ont quitté parce que j'étais malade, tout ça, ça m'a fait perdre la confiance, ça augmente l'évolution de la maladie… » (E1 : Maxime, 49 ans)

Maxime évoque ici sa condition d'homme, un homme blessé par des ruptures mais aussi avec une conscience surprenante des conséquences de sa maladie dans ses rapports sociaux. Comme nous l'avons souligné, plusieurs domaines de la vie courante peuvent être impactés, notamment la capacité « d'établir des relations durables ». C'est précisément la limite dont Maxime nous fait part ici.

Mme Corsy relate que son fils allait très bien jusqu'à l'âge de trente ans, il travaillait, c'était un garçon, selon ses termes, « propre sur lui ». Elle remarque l'apparition des premiers troubles du comportement peu de temps avant le décès de son époux, événement qui marque, pour elle, une rupture et l'accélération du malaise de son fils.

> « Oui, après la mort de son père, hummmm […] C'est pas venu tout de suite mais petit à petit […] ben de la violence, de la violence… Il pétait les plombs, il ouvrait la fenêtre, il insultait les gens… » (E13 : Mme Corsy 70 ans, mère d'Alain 46 ans)

---

[166] MANDELBAUM B. (2011), « L'espace familial et sa rupture : entre rêves et souvenirs », *Le Divan familial,* (n° 26), p. 127.

[167] Maxime parle en fait du Solian, médicament appartenant à une famille d'antipsychotiques. Il est notamment utilisé pour traiter les personnes souffrant de schizophrénie, ce qui correspond à la maladie mentale dont il souffre.

M. Rachud parle d'une rupture, qui a peut-être eu lieu dès l'enfance, pour son fils Martin. On peut ressentir chez ce père un sentiment de culpabilité, de ne pas avoir réagi comme il aurait pu le faire.

> « Je ne vous ai pas dit ce que peut être l'origine… sa mère avait fait une tentative de suicide avec lui en 91 […] il avait huit ans. Et à la suite de ça, ben il a pas été pris en charge comme il fallait… il aurait dû être suivi… et donc le psychiatre […] m'avait dit : "on ne va pas psychiatriser tout le monde" et poum terminé le problème est réglé pour Martin […] parce qu'il était traumatisé… bon moi j'ai pas réalisé non plus à quel point ça pouvait être destructeur pour lui… » (M. Rachud, 70 ans, père de Martin, 33 ans)

Hugo illustre également les propos de Van Damme lorsqu'il nous relate son passage à l'acte au début de sa maladie, significatif d'une forme de « rupture psychique ».

> « J'avais la vingtaine à peu près… Ben, c'est quand j'ai fait une TDS en me foutant sous un métro, parce que je travaillais à Poitiers à cette époque-là […] ça me fait un flash noir, je ne me rappelle plus, même pas d'avoir sauté sous un métro ou quoi que ce soit… » (E11 : Hugo, 38 ans)

La mort d'un proche ou la volonté d'en finir sont ici identifiées comme un point de rupture dans le parcours de vie de nos interlocuteurs. Dans d'autres cas, la rupture intervient dans le domaine professionnel par un stress intense et vient révéler une fragilité psychique.

• La rupture avec le monde du travail

L'environnement de travail est aussi soit un marqueur de l'entrée dans la maladie, soit le signal d'un symptôme sous-jacent, par le stress qu'il provoque. Denis est un ancien marin à la retraite. Il fait le lien entre son environnement de travail stressant, le basculement dans la maladie, lié à l'alcool et à son divorce qui se révèle être l'élément de rupture significatif.

> « Comment vous dire beaucoup de [réflexion]… de sollicitations dans le travail, dans le nucléaire parce que je bossais dans le nucléaire. C'était dur, c'était compliqué et on avait beaucoup beaucoup de… moi je ressentais beaucoup de stress par rapport à ce boulot-là […] Quand j'ai divorcé il y a 10 ans… 11 ans, où là j'ai eu besoin d'un suivi, un suivi costaud quoi… pour les deux, l'alcool et le divorce [silence]… » (E9 : Denis, 50 ans)

Prisca explique son emploi de nuit comme la cause de ses problèmes de santé psychique.

> « Ben avant j'étais pas soignée, en fait je suis tombée malade à l'âge de 26 ans en faisant ce boulot de nuit […] je travaillais à N. comme réceptionniste j'avais 10 heures de nuit, enfin 12 heures le week-end et 10 heures en semaine à faire, 52 heures et quand j'ai vu que je perdais tous mes cheveux, j'ai fait une dépression, j'avais plus le sommeil… » (E2 : Prisca, 46 ans)

Guillaume revient sur l'épisode difficile, survenu durant ses études de droit, qui marque le moment de rupture dans son parcours et l'entrée dans la maladie.

> « À l'époque, j'étais à R., j'étais étudiant en droit, c'est le niveau DEUG si vous voulez mais seulement, je suis tombé malade pendant mes études […] à une semaine de l'examen, j'ai

fait ce qu'on appelle un *delirium tremens* […] les pompiers m'ont recueilli, je délirais quoi…et ils m'ont mis chez les fous. » (E6 : Guillaume, 63 ans)

Les ruptures que nous évoquons ici, qu'elles soient en lien avec le décès d'un proche ou une séparation, perte d'emploi conduisent, pour certains résidents, à l'effondrement de ce qui les tenait dans leur vie quotidienne. L'aide nécessaire à l'équilibre psychique est apportée par la famille, par un parent, par un conjoint ou un entourage proche. Lorsque ces solutions de maintien qui soutiennent un équilibre s'amenuisent, s'épuisent, parfois deviennent insuffisantes et ne sont plus envisageables, un relais s'impose. L'habitat accompagné peut-il remplir ce rôle?

4. Une recherche de stabilité dans un lieu de vie intermédiaire

L'habitat accompagné intervient souvent après des périodes de vie en logement autonome, du moins des tentatives. Qu'il s'agisse de la résidence accueil ou d'un SAVS renforcé, c'est-à-dire avec un accompagnement d'une plus grande proximité, ces habitats sont une solution intermédiaire pour répondre à des situations particulières, repérés par les services de soin, la famille ou les intervenants du champ social.

4.1 Deux types de parcours résidentiel antérieur

Pour comprendre leur parcours avant MADEN et MADEHO, notamment les lieux où ils ont habité, les résidents nous ont raconté leur histoire. Nous repérons deux types de profil.

Le premier concerne des personnes qui ont rapidement connu les services de psychiatrie ou médico-sociaux, s'engageant, parfois malgré eux, dans un parcours institutionnel. Dans les deux cas, certaines personnes ont pu néanmoins expérimenter un mode de vie en logement autonome de droit commun ou dans le cadre d'un appartement thérapeutique seul ou en groupe.

Le deuxième profil concerne les personnes qui ont vécu avec un proche ou avec d'autres personnes sur une longue période. Certains résidents ont par la suite été pris en charge par des services de soin ou des centres de réadaptation.

4.1.2 Un parcours institutionnel : « l'institution domicile »

Nous évoquons ici les situations qui correspondent au premier profil observé. Arrivé en janvier 2016 dans une colocation au sein du SAVS renforcé, c'est avec émotion qu'Enzo revient sur l'ensemble de son parcours. L'arrivée de la maladie et de ses manifestations l'ont conduit à entrer dans une « carrière institutionnelle de malade ».

> « En fait, j'ai commencé mes études, mes parents m'ont pris un appartement, j'ai fait un DEUG AES et après mon DEUG AES, bah je suis tombé malade en fait […] et après il s'est suivi des hospitalisations […] Et donc voilà, je suis arrivé en psychiatrie et trois ans après, on m'a proposé un appartement thérapeutique […] et donc là ça a été… et puis après j'ai recommencé à avoir des problèmes d'alcool donc j'ai été ré-hospitalisé et puis après c'était ré-hospitalisation, retour chez soi, ré-hospitalisation en centre de jour après ça été voilà… en fait pour résumer j'ai perdu mon logement et je me suis retrouvé en hôpital psychiatrique à plein temps quoi… » (E8 : Enzo, 42 ans)

Il revient sur le mouvement de va-et-vient qu'il a connu entre une tentative de réinsertion par le biais d'un appartement thérapeutique et l'hôpital. Il précise que l'appartement, un studio dans la ville, ne lui plaisait pas, il ne s'y sentait pas bien. Aussi, l'ancrage insuffisant dans le logement thérapeutique ne lui a pas permis d'éviter le retour en psychiatrie. Cela peut vouloir dire qu'être dans un logement que l'on ne s'approprie pas freine la possibilité de sortir du schéma institutionnel psychiatrique. Les chiffres concernant les périodes d'hospitalisation d'Enzo confirment cette « carrière institutionnelle » de 12 années à temps complet depuis l'année 2004, où l'hôpital devient domicile. [Tableau 3 : R 44]

Guillaume est, quant à lui, arrivé au SAVS en 2007 et a, lui aussi, connu un parcours résidentiel, organisé dans les domaines sanitaire et médico-social.

> « J'étais au foyer de KO [foyer d'hébergement en lien avec l'ESAT] […] j'étais bien. Quand j'étais au filet [atelier très spécifique proposé en ESAT], j'étais dans deux appartements, un rue P. avec deux autres personnes […] et j'ai eu un appartement où j'étais avec un gars […] J'ai jamais eu un appartement tout seul, je suis incapable de vivre seul […] d'une part, je ne suis pas assez autonome, d'autre part […] je me fais du mauvais sang quand je suis tout seul. J'ai besoin de voir les gens, de contacter les gens, de voir du monde quoi… » (E6 : Guillaume, 63 ans)

Au regard des chiffres de périodes d'hospitalisation, nous constatons que l'orientation vers le SAVS lui a permis de s'extraire du modèle institutionnel hospitalier. Les trois années précédant son arrivée en SAVS démontrent en effet une prise en charge hospitalière très importante. [Tableau 3 : R 42]

Les situations d'Enzo, Guillaume et Valentine laissent entrevoir le caractère renforcé du SAVS, en ce sens qu'il vient pallier l'hospitalisation de personnes pour qui d'autres solutions n'ont pas été envisagées. Le besoin d'un accompagnement rapproché, de proximité, justifie le passage du « mode de prise en charge le plus totalisant et éventuellement contraignant qu'est l'hospitalisation » à un modèle plus souple comme celui des habitats accompagnés.

4.1.2 Des lieux de vie : entre la famille et l'institution

Théo explique avoir vécu, d'une certaine façon, en logement autonome. Il est arrivé à MADEN en octobre 2015.

> « C'est entre les deux, parce que j'étais chez ma mère mais j'avais un appartement, qui se juxtaposait à la maison de ma mère, seulement il ne m'appartenait pas, je n'étais pas locataire et ma mère considérait que c'était chez elle quoi… Mais c'était une sorte… une sorte de maisonnette, une maisonnette studette […] ben voilà en fait moi j'ai fait l'hôpital, j'ai…j'ai…j'ai connu les logements avec ma mère, principalement avec ma mère… » (E5 : Théo, 41 ans)

Dans son discours, nous comprenons que Théo ne s'est pas senti vraiment chez lui. Cependant, il ne nous explique pas les raisons de son impossibilité à quitter le domicile maternel. À ce moment-là, il vivait sur Paimpol, il a également vécu un an avec sa grande sœur. Nous comprenons que son parcours résidentiel se situe à la fois auprès de ses proches puis de l'institution hospitalière. Au regard de l'analyse quantitative, nous observons que Théo comptabilise d'importantes périodes d'hospitalisations, 267 jours en 2013, 365 jours en 2014 et 204 jours en 2015 [Tableau 2 : R 33] avant son arrivée à MADEN. Ces périodes correspondent à une prise en charge dans un centre de réadaptation, où il s'est senti bien et a pu se stabiliser.

Jerry évoque la précipitation dans la maladie, visiblement déterminante pour la suite de son parcours résidentiel, marquant son passage du domicile parental à l'institution pour revenir vers un logement de droit commun, avec le soutien d'un SAVS.

> « Ben suite à une dépression en fait… j'ai fait une TS, deux TS même… donc j'étais chez mes parents et je me suis fait hospitaliser […] Je suis resté six mois à peu près à l'hôpital, à M., à l'hôpital psychiatrique, en HP quoi… et après je suis parti deux ans à R.A.S. [centre de réadaptation psychosociale dépendant de l'hôpital], et c'est de là que… de là après R.A.S., que [réflexion]… qu'on m'a trouvé un logement sur M. et puis voilà quoi… c'était une sortie progressive en fait de R.A.S. avec une aide SAVS, qui a pris le relais. » (E11 : Jerry, 33 ans)

C'est avec timidité que Prisca tente d'exprimer son parcours résidentiel.

> « En logement seul, du mal à gérer le quotidien quoi… j'étais déboussolée… je faisais un peu n'importe quoi [silence] j'avais peur… » (E2 : Prisca, 46 ans)

Nous comprenons que la vie en logement autonome, du fait de mises en danger, n'a pu se poursuivre pour elle. Prisca avait pris l'habitude de se réfugier au domicile de son père.

> « Je ne pouvais plus retourner chez mon père et donc on m'a mise ici, j'étais hospitalisé à G. [hôpital psychiatrique] » (E2 : Prisca, 46 ans)

Influençable, ne supportant pas la solitude, elle accepte tout type de personne chez elle et s'expose à des situations d'envahissement, voire d'abus. La méfiance de son entourage vis-à-vis de ses relations, avec les hommes particulièrement, nous amène à penser qu'elle s'est mise

en danger plus d'une fois, lors de sa vie en logement autonome. Au cours de notre enquête, nous constatons que Prisca fréquente un homme au comportement parfois violent, renvoyé de la résidence pour des problèmes importants d'addiction à l'alcool et un refus de soin manifeste. Les relations familiales qu'elle nous décrit illustrent ce qu'explique B. Escaig :

> « Une personne en situation de handicap psychique est presque toujours une personne *entourée*. Tout problème la concernant, concerne l'entourage et l'entourage influe considérablement sur son devenir. »[168]

Prise dans une forme d'injonction familiale « ne plus revenir… », nous avons le sentiment, par l'expression qu'elle emploie, que Prisca a subi une orientation qu'elle n'a pas choisie et dont elle se contente, faute d'autre solution. Elle nous raconte ses achats compulsifs, qu'elle met elle-même en lien avec un manque de communication avec sa famille.

> « J'ai tendance à avoir des achats compulsifs, par exemple j'ai une lampe, j'ai voulu acheter une deuxième quoi alors que j'en ai pas besoin… mais je pense que c'est lié aussi à un manque de communication au sein de ma famille […] oui, ben déjà j'ai pas droit d'avoir tel ou tel copain donc c'est eux qui choisissent [rictus]. » (E2 : Prisca)

Son discours interroge la question du libre choix et de la décision pour autrui. Elle nous apparaît comme dépossédée de sa capacité de décision, bien qu'elle juge, devant nous, le comportement de sa famille comme « exagéré ». Le risque d'une perte d'autonomie est lié à la peur de décevoir son entourage, sur qui repose toutes les prises de décision. Ses attitudes parfois contradictoires, où elle se positionne comme « aidante », voire comme une « psy » selon ses dires, semblent correspondre à un besoin de combler un vide intérieur et une carence affective qu'elle combat par la recherche de lien avec des personnes en difficulté.

Yann a 46 ans et est venu s'installer à l'âge de 41 ans à la résidence MADEN en 2012. Sa mère explique les difficultés rencontrées par son fils dans son parcours résidentiel lié à sa maladie et aux manifestations invalidantes, empêchant une vie autonome.

> « Il était complètement refermé voilà… il faisait pas le ménage enfin…c'était vraiment très difficile donc suite à une hospitalisation je pense, il n'est pas retourné chez lui après. Il est venu chez nous et on a fait d'autres tentatives mais bon ça s'est, à chaque fois, terminé par un échec quoi… » (Mme Hany, mère de Yann, 46 ans)

Sa candidature à la résidence a été provoquée par ses parents, qui ne voulaient plus être le seul lien social de leur fils. Ils avaient conscience qu'il lui fallait fréquenter d'autres personnes et prendre sa vie en main, pour sortir d'une forme de repli caractéristique du trouble psychique qu'il présente.

---

[168] ESCAIG B. (2009), *op.cit.*, p. 90.

Valentine relate ses expériences en logement autonome avant son arrivée au SAVS MADEHO en 2007. Nous saisissons qu'une rupture est arrivée tardivement, après l'âge de 35 ans, alors qu'elle vivait chez sa mère.

> « Ben j'avais une psychose […] je fréquentais plus ma mère, j'avais mon propre emploi du temps dans la maison, et je descendais pas manger en même temps qu'eux et tout ça […] j'ai rompu quoi à l'intérieur de la maison quoi…et elle a appelé le médecin… » (E7 : Valentine, 57 ans)

Valentine explique qu'elle a ensuite occupé un appartement autonome pendant 9 ans et qu'elle se rendait en hôpital de jour. Elle reste vague sur ses difficultés dans le quotidien. Son attitude ne nous étonne pas, nous savions qu'en l'interrogeant, les sujets de la maladie et de l'hôpital devaient être abordés avec parcimonie.

> « J'étais pas tout à fait dans mon appartement, j'étais…la nuit, je passais à G. [hôpital psychiatrique] quoi en 2003 […], c'est-à-dire que mon logement, l'assistante sociale l'a visité et l'a trouvé insalubre. » (E7 : Valentine, 57 ans)

Elle a ensuite passé à nouveau un temps à l'hôpital puis elle a bénéficié d'un accompagnement en appartement thérapeutique avec plusieurs personnes pendant deux ans avant son entrée au SAVS MADEHO en 2007. [Tableau 3 : R 40].

> « Pour toutes les personnes qui y résident, l'accès à un appartement thérapeutique représente une ressource matérielle non négligeable, tout en constituant un engagement vis-à-vis du monde psychiatrique […] cette coopération peut-être minimale mais repose sur le partage de deux objectifs, celui de contrôler la maladie et de gérer la vie quotidienne… »[169]

Pour Valentine, le logement dans le soin est d'abord vu comme une solution matérielle, justifié par l'occupation précédente d'un logement insalubre, dégradé par l'humidité et la moisissure.

Nous voyons ici que les familles sont un lieu d'accueil qui pallie le manque de solutions habitantes de leur proche. Nous comprenons que même quand elles sont « juste à côté », elles occupent une place essentielle qui maintient autant que possible une forme d'équilibre, parfois précaire.

Quel rôle jouent-elles dans le parcours de vie de leur proche atteint de troubles psychiques ? Quel lien entretiennent-elles avec les professionnels du soin ?

[169] VELPRY L. (2009), « Vivre avec un handicap psychique : les appartements thérapeutiques », *Revue française des affaires sociales*, p. 176.

4.2 La place des familles face au monde du soin psychiatrique

Lors des témoignages que nous avons recueillis auprès des proches, tous trois déclarent avoir rencontré, à un moment donné, des désaccords avec l'un des praticiens. Ils sont d'ordre différent mais indiquent des pratiques aujourd'hui dépassées pour certaines.

Mme Corsy vivait « l'enfer » au quotidien depuis cinq ans avec son fils, dont les comportements n'étaient plus maîtrisables, hors de ses capacités.

> « …donc il prenait la voiture mais la dernière fois qu'il l'a prise, il avait pris 17 fois la voiture dans la journée pour vous dire un peu le gars comment il était hé ben, j'en arrivais à me dire, il vaudrait mieux qu'il ne revienne pas… tellement j'étais mal, tellement c'était dur… » (Mme Corsy, mère d'Alain, 46 ans)

Ne sachant plus comment aider son fils et stopper l'escalade des troubles, accentués par une non-observance des traitements, elle s'en est remise au corps médical. L'échange avec elle est vif et particulièrement révélateur des tensions encore présentes. Elle nous relate un moment difficile, où elle vient de « placer » son fils Alain à l'hôpital dans le cadre de Soins à la Demande d'un Tiers (SDT)[170], parce qu'elle n'en peut plus.

> « On m'a pas dit, parce que moi j'aime bien… j'aime bien savoir, j'aime bien comprendre, j'aime bien qu'on m'explique, et ça on m'a jamais expliqué […] Là, mon fils… "c'est pas vous, c'est votre fils", parce que là j'ai été hyper mal reçue avec […] et donc la première fois que je l'amène à G. [hôpital psychiatrique], vous vous rendez compte ! amener son fils à G., le lendemain je vais voir et puis je demande : "Je veux parler au docteur LN…" mais attendez, il voulait même pas que je m'assoie ! "Non, non, moi j'ai pas à vous parler, je suis le médecin de votre fils…" » (Mme Corsy, mère d'Alain, 46 ans)

Cet exemple illustre ce que la sociologue Delphine Moreau précise sur le soin contraint :

> « l'HDT reste assumée par les parents qui s'en sentent responsables et parfois coupables. Ayant eu à prendre une telle responsabilité, ils comprennent mal de n'être pas informés de la suite de la prise en charge, de n'être pas même parfois consultés sur les troubles dont ils auraient pu être témoins […] »[171]

M. Rachud a été sollicité par son fils pour faire le point lors d'une rencontre avec son médecin psychiatre. Soucieux du suivi de celui-ci, il se rend au rendez-vous et nous raconte.

> « On prévoit le rendez-vous avec la psychiatre et puis je me retrouve avec la psychiatre et lui…et puis je sens dans la conversation […] enfin j'ai l'impression de me faire piéger…il avait convenu avec la psychiatre qu'il allait venir habiter chez moi et puis que c'était moi qui endosserait les problèmes et tout ça…il pouvait pas rester à l'hôpital […] Après, quand elle a vu que je refusais que Martin vienne chez moi, je l'ai même envoyée balader la psychiatre, j'ai pas pris de gants. » (M. Rachud, père de Martin, 34 ans)

---

[170] Comme nous l'avons déjà soulignée, l'HDT est remplacée par le terme de SDT depuis la réforme de la loi psychiatrie de 1990 du 5 juillet 2011.

[171] MOREAU D. (2007), « Faire interner un proche ? Le travail sur l'autonomie en contexte de troubles psychiques », 1er prix du mémoire, *CNAF, Dossiers d'études*, 2007, vol. 94, p. 59.

Il est à noter que M. Rachud, conseillé par sa fille, a proposé d'orienter son fils dans un centre spécialisé, ce que la psychiatre a refusé au départ. Néanmoins, ce jour-là, elle lui signale que Martin va pouvoir travailler tout en refusant d'établir un certificat attestant de son aptitude, malgré la demande de M. Rachud. Elle acceptera finalement, devant la position affirmée de ce père, de signer le dossier d'orientation vers le centre suggéré par celui-ci. Nous pouvons penser, dans ce cas, que l'institution veut « sortir » le jeune homme de ses effectifs mais n'a pas envisagé la sortie la plus adaptée à ses besoins. Le père est sollicité dans le cadre d'arrangements sous-jacents non verbalisés, qu'il rejette. L'échec de la négociation avec la famille montre ici que « la mettre de côté, c'est risquer d'accroître les possibles sentiments d'inquiétude et de méfiance. »[172]

Mme Hany qualifie de « rigide » l'organisation psychiatrique, en secteurs, imposée aux personnes malades. Dans la situation de son fils, ce fonctionnement sectorisé les a contraints à envisager une autre structure de soin pour enrayer une période de troubles et de repli sur soi préoccupante, nécessitant un séjour à l'hôpital.

> « Je sais pas si y a eu vraiment un élément déclencheur mais je pense que c'est la prise en charge… il a été… parce qu'il avait été hospitalisé à B. et ça c'était très très mal passé… très mal passé avec la psychiatre, avec lui et la psychiatre et avec nous et la psychiatre, vraiment mal passé. Donc quand il a fallu le ré-hospitaliser une fois, on s'est dit on va pas retenter, puisque comme c'est sectorisé […] donc il est suivi par PAD [clinique psychiatrique privée] maintenant et le mieux vient de là... » (Mme Hany, mère de Yann, 46 ans)

Il ne faut pas perdre de vue que la famille est un acteur riche d'enseignements pour l'accompagnement de la personne, qu'elle soit en institution hospitalière ou dans le cadre d'un dispositif comme celui que nous observons. Nous devons être à l'écoute de leurs ressentis et de leurs connaissances de la personne, car les familles détiennent parfois les clés d'une voie d'accompagnement à suivre.

Marion Mauvillain, psychologue clinicienne et thérapeute familiale, souligne l'importance de cette place en spécifiant que :

> « Longtemps, la famille a été mise de côté sous prétexte de préserver l'espace individuel de soin du patient. Le problème de ce type de positionnement est qu'il reste centré sur le projet de soin. »[173]

Comme le dit implicitement M. Rachud sur l'entretien qu'il a vécu comme « piégeant », la famille peut être à la fois mise à distance, voire ne pas être consultée comme elle peut être,

[172] MAUVILLAIN M. (2013), « Projet de soin, projet de sortie, projet de vie. Quelle place pour la famille ? », *Le Journal des psychologues*, (n° 313), p. 28.
[173] MAUVILLAIN M. (2013), *ibid.*, p. 28.

d'une certaine manière aussi, instrumentalisée dans le soin psychiatrique.

Au cours des échanges, un grand nombre de personnes ont mis en lien l'échec de la vie en logement autonome du fait d'une solitude pesante et insupportable. Nous comprenons que c'est aussi l'une des raisons qui explique le refuge et la recherche de contact à travers la famille ou l'institution. L'habitat accompagné atténue-t-il ce sentiment ?

4.3 La vie en logement autonome entravée par un sentiment de solitude

Le sentiment de solitude est un point commun récurrent que beaucoup de nos interlocuteurs ont évoqués au fil des rencontres.

> « Le terme de solitude renvoie soit à un fait soit à un sentiment, c'est-à-dire à une solitude réelle ou une solitude ressentie […] L'attitude vis-à-vis de la solitude est différente d'un individu à l'autre. Certaines personnes la fuient, d'autres la recherchent. »[174]

Ils expriment avec clarté, que la solitude qu'ils ont vécue, représente l'une des principales souffrances de leur parcours, justifiant leur arrivée dans le dispositif observé.

> « Je suis incapable d'assumer une solitude par rapport à ma pathologie psychique, qui fait que… en étant seul et ben voilà les angoisses augmentent, la maladie progresse et voilà… » (E1 : Maxime, 49 ans)

Maxime évoque ce que Hélène Peynet, infirmière et cadre de santé, définit comme une solitude pathologique, c'est-à-dire liée à une phobie. Selon Donald Winnicott, psychanalyste anglais, la capacité à être seul est un signe important de la maturité du développement affectif, et c'est à partir de cette capacité à être seul que peut s'élaborer la solitude réelle. Comme nous l'avons vu, cet homme a été surprotégé par sa mère et nous pouvons analyser que la peur intense de la solitude est liée, chez lui, à une immaturité affective.

Guillaume, Théo et Prisca font un lien avec la solitude comme l'une des raisons principales de leur nécessité de vivre en habitat accompagné.

> « Ben je suis devenu dépressif, parce que c'est la solitude qui m'a brisée je pense. Je n'allais pas vers les autres, j'étais plutôt timide à ce moment-là… » (E6 : Guillaume, 63 ans)

> « En fait, moi si je suis content d'être ici, c'est surtout parce que je souffre énormément, j'ai souffert énormément de solitude, pendant plus de 13 ans, je me suis retrouvé plus ou moins tout seul… » (E5 : Théo, 41 ans)

> « Je souffrais de solitude donc le fait de pouvoir parler aux hôtes [hésitation]… aux hôtesses de maison, ça m'apporte beaucoup et aux autres résidents également… ouais c'est surtout par rapport à de la solitude. » (E2 : Prisca, 46 ans)

---

[174] PEYNET H. (2012), « Solitude », *in* FORMARIER M. *et al.*, *Les concepts en sciences infirmières*, Toulouse, Association de recherche en soins infirmiers (ARSI), coll. « Hors collection », 2e éd., p. 279.

Nous remarquons, qu'à chaque fois, la solitude est associée à une véritable souffrance, « comme ennemie mortelle, solitude qui détruit », dans le sens évoqué par Françoise Dolto. Guillaume n'est plus ici, dans le dispositif, le jeune garçon timide qu'il était. Prisca et Théo s'expriment au passé, signe que la souffrance, due à la solitude, est aujourd'hui atténuée.

Les troubles secondaires liés à la pathologie psychique, le parcours de vie antérieur, les « ruptures » par l'arrivée de la maladie, l'instabilité du parcours résidentiel, l'épuisement ou l'incapacité de la famille sont autant d'éléments qui conduisent à s'interroger sur les réponses qu'un environnement adapté peut apporter à ces individus fragilisés. Il s'agit maintenant de voir ce que procure l'habitat accompagné. À quels besoins vient-il répondre ?

5. L'habitat accompagné : une réponse à des besoins identifiés

Sur l'ensemble des personnes que nous avons rencontrées, trois types de raisons, en lien avec un besoin d'entrer dans un habitat accompagné, ressortent des échanges. Dans un premier temps, il s'agit d'un besoin matériel dû à une précarité voire à l'insalubrité d'un logement et de moyens financiers restreints. Les autres raisons concernent l'absence d'un domicile ou l'impossibilité de vivre seul dans un logement en lien avec la recherche d'une vie en collectivité. Comme le souligne le sociologue Cyrille Megdiche « Le besoin […] renvoie à deux aspects, dont l'un est relatif aux régulations biologiques et l'autre se rapporte aux besoins sociaux. »[175]

Sur les trois types de besoins identifiés chez nos interlocuteurs, les deux aspects du besoin se retrouvent et sont liés dans bon nombre de cas. Dans l'ensemble, plus de la moitié d'entre eux ont été orientés vers le dispositif par les services de soins, notamment pour le SAVS, du fait d'un partenariat étroit avec le soin. Dans les autres cas, ce sont les familles, des travailleurs sociaux ou des mandataires judiciaires qui sont à l'origine de la demande d'entrée en résidence.

5.1 Un besoin matériel

L'habitat accompagné en résidence ou en SAVS renforcé permet de bénéficier d'un logement décent[176] pour lequel le gestionnaire est un intermédiaire avec le bailleur. La particularité de l'habitat accompagné est qu'il procure un logement individuel qui respecte à la

[175] MEGDICHE C. (2002), « Essai sur la notion de besoin », *Sociétés*, (n° 75), p. 86.
[176] Décret n°2002-120 du 30 janvier 2002 relatif aux caractéristiques du logement décent pris pour l'application de l'article 187 de la loi n° 2000-1208 du 13 décembre 2000 relative à la solidarité et au renouvellement urbains, consulté le 11 juillet 2017, https://www.legifrance.gouv.fr.

fois des critères de superficie et d'accessibilité mais aussi des critères financiers, définis dans le cadre des résidences sociales. Certains résidents ont mis en avant leur besoin, à un moment donné, de quitter un logement inadapté ou insalubre. La loi du 13 avril 1850[177] fait apparaître la notion d'insalubrité et signifie que « les logements réputés insalubres se trouvent dans des conditions de nature à porter atteinte à la vie ou à la santé de leurs habitants. »

Dans le discours de Jean Maisondieu, nous comprenons que :

> « le bien-être est à la fois une situation et une sensation : " comme situation matérielle qui permet de satisfaire les besoins de l'existence " (Rey *et al*., 2001), il rattache directement la santé des individus à leurs moyens de vivre, quels que soient par ailleurs leur condition physique et leur statut social. »[178]

Dana explique cet aspect lorsqu'elle raconte avec émotion la période où elle s'est retrouvée seule, dans « un taudis » avec un voisinage absent, après le suicide de sa fille.

> « Et bien, c'est surtout d'avoir un logement salubre… propre et accompagné [réflexion]… ça m'a apporté, que je sois dans un logement, où je peux m'occuper de moi…physiquement, c'est-à-dire pouvoir prendre une bonne douche, au niveau sanitaire. » (E4 : Dana, 57 ans)

Comme le souligne le 21e rapport de la Fondation Abbé Pierre :

> « l'habitat indigne a bien des conséquences sur le plan social et psychique : dégradation de l'image de soi, liée à la dévalorisation du patrimoine et à la remise en cause du sentiment de sécurité dans le logement… »[179]

Dana, fragilisée par l'épreuve du deuil, a vu ses conditions de vie se dégrader. Ses difficultés se sont accentuées d'autant plus que la description de son habitat relève du « mal-logement ». Elle nous explique qu'elle avait besoin d'un logement décent, inclus dans un environnement favorisant les liens sociaux, pour se reconstruire après la perte de son enfant. Nous pouvons penser que le maintien dans un logement autonome sans lien social représentait à ce moment-là pour elle un risque élevé de décrochage.

---

[177] Pour un éclairage sur la loi de 1850, nous renvoyons le lecteur à l'article : BOURILLON F. (2000), « La loi du 13 avril 1850 ou lorsque la Seconde République invente le logement insalubre », *Revue d'histoire du XIXe siècle*, p. 117-134. http://rh19.revues.org/212.

[178] MAISONDIEU J. (2004), « Citoyenneté et santé mentale », *in* JOUBERT M., *Santé mentale, ville et violences*, Érès, coll. « Questions vives sur la banlieue », p. 156.

[179] Rapport Fondation Abbé Pierre (2016), « 1ère partie zoom: le logement est une question de santé publique », consulté le 22 juillet 2017, [en ligne] http://www.fondation-abbe-pierre.fr/21e-rapport-etat-mal-logement-2016., p. 51.

Valentine, elle aussi, a connu l'insalubrité dans un logement situé au dessus d'une rivière et met en avant l'avantage matériel de son logement actuel.

> « Euh…de plus de confort, par exemple l'eau chaude, j'avais pas l'eau chaude dans mon logement, la douche tout ça et puis de ne plus être seule, j'étais seule […] c'est-à-dire que mon logement, l'assistante sociale la visitait et elle l'a trouvé insalubre […] les locaux, les murs étaient moisis » (E7 : Valentine, 57 ans)

Valentine est cependant ambivalente lorsqu'elle évoque sa prise en charge en hôpital de jour et ne nous dit pas tout de suite qu'elle dormait souvent à l'hôpital et très peu dans son logement. Nous comprenons que l'orientation vers le SAVS MADEHO répond à un ensemble de besoins entre logement décent, impossibilité à vivre en logement autonome du fait d'une pathologie grave et souhait d'une collectivité après la vie en appartement thérapeutique collectif.

Guillaume met en avant un avantage financier de l'habitat en colocation mais nous entendons bien que ce besoin n'est pas la principale raison de sa venue à MADEHO.

> « Ben pour plusieurs raisons, la première, la plus importante, c'est parce que pour pouvoir payer le loyer, la raison matérielle… Pour pouvoir payer le loyer, qui est avantageux pour nous puisqu'il est divisé par trois […] » (E6 : Guillaume, 63 ans)

Il n'a jamais vécu seul et a connu de nombreux lieux de vie, depuis l'entrée dans la maladie, en lien avec son travail en ESAT. Il se dit incapable de vivre sans les autres et va même plus loin lorsqu'il évoque ses besoins vis-à-vis des intervenantes sociales du SAVS.

> « J'ai appris plein de choses mais je crois que j'ai besoin d'un petit cordon ombilical quand même […] j'ai peut-être tendance à me laisser aller […] on est raccroché…oui… enfin je voulais dire que j'ai besoin d'être conseillé, d'être suivi de temps en temps, et d'être ramené comme ça… sur la bonne voie quoi… » (E6 : Guillaume, 63 ans)

Le psychanalyste Erich Fromm parle du besoin de l'homme « d'être enraciné quelque part ».

> « Le psychotique est arrêté dans sa venue au monde dès le début, puisque ce à quoi il aspire c'est de retourner dans le sein […] la personne réceptive qui vit une vie de dépendance, attendant toujours quelqu'un pour la nourrir , est arrêtée dans le processus de la naissance… »[180]

Les propos de Guillaume nous amènent à penser qu'après 10 ans de suivi il est aujourd'hui devenu « dépendant » de son accompagnement par le SAVS, indispensable à son équilibre psychique. Un arrêt progressif du SAVS lui a déjà été proposé, comme à Valentine, mais tous deux ont refusé, estimant la poursuite du suivi par le SAVS nécessaire. Nos observations nous laissent penser que le rapport au SAVS est très ancré sans pour autant laisser présager une marge de progression possible.

[180] FROMM E. (2005), « Les besoins psychiques de l'homme et la société », *Le Coq-héron*, (n° 182), p. 85.

5.2 Une sortie du circuit psychiatrique

Sur l'ensemble de nos rencontres, 11 personnes sont concernées par le besoin de quitter l'hôpital psychiatrique ou tout au moins de rompre et d'éviter le mouvement de va-et-vient fréquent, devenu trop régulier, entre leur logement et l'hôpital. Plusieurs personnes, particulièrement celles suivies au sein du SAVS renforcé, ont connu de longues périodes d'hospitalisation psychiatrique.

> « Une prise en charge hospitalière sur une longue durée n'est pas imposée par une indication thérapeutique mais davantage symptomatique du cloisonnement entre les secteurs sanitaires et médico-sociaux ou de l'absence et du manque de réponses sociales ou médicosociales adaptées. »[181]

De ces constats, nous pensons que les modes d'habitat en résidences accueil et en SAVS renforcé incarnent ces solutions manquantes, à la fois souples et encadrées, qui permettent de répondre à un réel besoin.

Paulette n'avait pas de domicile et était hospitalisée depuis de longs mois avant son entrée en résidence accueil. Aussi son besoin premier devenait la possibilité de retrouver un toit.

> « D'un domicile… d'un domicile, parce que j'étais à l'hôpital en attendant et un jour le médecin m'a dit : "mais ici, ce n'est pas un hôtel, vous allez aller à MADEN…elle a dit, parce que elle a vu par une pub"… » (E12 : Paulette, 58 ans)

Dans le cas de Paulette, la résidence vient pallier un manque d'habitat adapté, qui ne permettait pas de sortir du circuit psychiatrique. Au regard de ses troubles et des évènements de vie qu'elle nous relate, nous pouvons considérer MADEN comme la seule possibilité d'habitat, adapté à sa pathologie pour concéder une sortie de l'hôpital tout en maintenant un parcours dans le soin, dans lequel elle est et doit rester ancrée.

Selon le sociologue Michel Grossetti, toute situation sociale a une part d'imprévisibilité.

> « Il n'y a pas d'un côté des situations totalement prévisibles et de l'autre côté des situations totalement imprévisibles […] dans de très nombreuses situations de la vie sociale, les acteurs s'accordent ainsi sur l'organisation d'un moment particulier de décision dont l'issue est conçue au départ comme imprévisible […] la prévision collective de ces situations au niveau individuel se traduit par l'existence de procédures destinées à gérer la situation…»[182]

---

[181] COLDEFY M. et NESTRIGUE C. (2014), « L'hospitalisation au long cours en psychiatrie : analyse et déterminants de la variabilité territoriale », *Questions d'économie de la Santé*, IRDES, (n°202), [en ligne] : http://www.irdes.fr, p. 2.

[182] GROSSETTI M. (2006), « l'imprévisibilité dans les parcours sociaux », *Cahiers internationaux de Sociologie*, PUF, (n° 120), p.16-17.

Concernant Paulette, le maintien à MADEN n'était pas garanti. Elle explique avoir été à la limite de l'expulsion car elle ne respectait pas le règlement, envahissait les autres personnes dans leur logement et avait mis le feu dans l'appartement d'une voisine avec une friteuse.

Des « négociations » du soin avec l'UDAF ont permis des aménagements, par la mise en place de temps de prise en charge par le soin plus importants, répartis dans la semaine, autorisant le maintien de Paulette au sein de la résidence qu'elle ne conçoit pas un instant de quitter. « Oui, je me vois rester ici, j'aurais trop peur à l'extérieur … » (E12 : Paulette, 58 ans)

Jerry a ressenti un besoin de changement de lieu de vie et de ville. Il connaissait, avant son entrée à MADEN, des problèmes relationnels et se faisait envahir au sein de son logement. Il fait part également d'un autre besoin : « Ben les hospitalisations à répétition… » (E10 : Jerry, 33 ans)

Il sous-entend que MADEN peut être un habitat qui permet de limiter le recours aux hospitalisations. Il apprécie de pouvoir disposer de son logement privé tout en ayant la possibilité d'échanger avec les autres résidents et les intervenantes sociales.

De la même façon, comme nous l'avons souligné, le parcours résidentiel d'Enzo, de Valentine et de Guillaume est empreint d'une vie domiciliaire à l'hôpital et donc d'un parcours de vie « institutionnalisé ». L'orientation vers le SAVS MADEHO a permis de « rompre » avec le circuit psychiatrique, tout au moins du point de vue de la domiciliation et du lieu de vie. Le lien avec le soin reste indispensable et correspond au projet du SAVS renforcé. La vie en colocation est aussi un des éléments principaux de l'engagement des personnes dans l'habitat de MADEHO.

5.3 La nécessité d'une vie en collectivité

La vie auprès des autres est un besoin récurrent que nous avons perçu dans nos échanges pour bon nombre de résidents.

> « L'homme doit être en relation avec d'autres. Si l'homme est sans lien à l'autre, il est fou […] être en relation d'une façon ou de l'autre, fait la différence entre santé et absence de santé. Mais pour être bien portant, il doit absolument être en relation d'une manière ou d'une autre. »[183]

L'auteur induit ici que la relation aux autres est un moyen d'être en bonne santé, psychique en particulier, et de la préserver. Le contact et l'échange favoriseraient la prise en soin de tous

[183] FROMM E. (2005), *ibid.,* p. 85.

les individus. Le lien aux autres serait-il donc vu comme un moyen de « prendre soin » d'une personne en situation de handicap psychique ?

> « … je ne peux pas vivre dans la solitude, c'est impossible… complètement impossible. Je deviendrai… je pourrais retomber malade… » (E5 : Théo, 41 ans)

Théo parle clairement du risque de « retomber malade » s'il ne vit pas dans un collectif. Il voit le danger de l'isolement comme néfaste à sa santé. Effectivement, cet homme actif, très souvent en mouvement, fait partie des quelques personnes qui fréquentent quotidiennement et plusieurs fois par jour les espaces collectifs de la résidence, en recherche constante de liens. Nous verrons qu'il n'aime être dans son appartement que lorsque ses amis résidents sont avec lui.

Le dispositif MADEN/MADEHO se base sur le support d'une vie en semi-collectivité pour justement créer du lien social et participer au bien-être des résidents. C'est aussi la motivation à vivre dans un habitat proposant des temps collectifs qui est vérifiée lors de la candidature dans le dispositif. Il s'agit de s'assurer d'une capacité de vie en groupe.

> « Mon besoin, c'était de ne pas me retrouver tout seul déjà… je trouve qu'on est une bonne équipe ici…je trouve quand même, on s'entend assez bien tous ensemble… » (E3 Paul : 54 ans)

Nous comprenons que pour Paul, le collectif est un élément important à son équilibre. Qu'il s'agisse de ses lieux de vie, où il était très souvent en colocation, ou de son travail, il est en recherche d'une vie autour de la collectivité.

Jerry a connu l'insécurité d'être seul et envahi au sein de son domicile.

> « J'avais besoin de changer de ville, changer d'air, changer de logement […] j'ai trouvé le concept intéressant, très intéressant et puis ça m'a paru bien pour moi […] y a la semi-collectivité en fait, le fait d'avoir son propre appartement, le fait d'avoir tout le temps du monde autour de soi enfin quand on souhaite quoi… » (E10 : Jerry, 33 ans)

Il évoque la possibilité d'être facilement en relation avec les autres à MADEN, à condition de le souhaiter. Ses propos laissent à penser qu'il perçoit le concept de l'habitat accompagné sur deux plans, d'une part comme une sécurité et un moyen de se protéger d'une mauvaise gestion de ses relations sociales et d'autre part de lier et d'entretenir des liens sociaux. À MADEN, il n'y a pas d'obligation majeure vis-à-vis du semi-collectif, même si, dès l'entrée, il est demandé à chaque personne de s'engager à investir deux temps de groupe par semaine.

Le handicap psychique, de part son caractère imprévisible, rend tout autant incertain l'évolution de la personne dans son parcours de vie et dans son parcours de soin.

Nous noterons que selon le conseil de la CNSA :

> « l'expression "parcours de vie" est préférable aux termes "parcours de soins" […] ou " parcours de santé" […] : c'est en effet l'ensemble des dimensions de la situation des personnes (y compris la participation sociale, la citoyenneté, l'insertion scolaire et professionnelle...) qui doivent être prises en compte par les acteurs du soin et de l'accompagnement. »[184]

Nous pensons qu'inévitablement les parcours de vie, de soin et résidentiel sont tous interdépendants et nécessitent d'être coordonnés pour permettre à la personne de se stabiliser dans sa vie, *à fortiori* dans son lieu de vie.

L'ensemble des facteurs évoqués qui éclairent les raisons d'une entrée dans le dispositif MADEN ou MADEHO sont ici mis en évidence. Nous percevons que le choix d'un habitat accompagné intervient à une étape du parcours de la personne lorsque plusieurs autres possibilités ont été envisagées, voire même expérimentées, sans succès. (Refus ou épuisement de l'entourage pour héberger son proche malade, échec de la vie en logement autonome par une multiplication des aller-retours vers l'hôpital, par l'incurie du logement…)

Nous avons montré que les habitats accompagnés proposés par le dispositif MADEN/MADEHO ont la particularité d'être durables dans le temps, sans échéance imposée. Cette durabilité a pour but de produire un changement sur la santé des résidents en limitant les ruptures, l'aggravation des pathologies secondaires, notamment des addictions ou autres problématiques pouvant survenir.

Comme le souligne Michel Grossetti lorsqu'il évoque la typologie des parcours établie par Coninck et Godard :

> « le temps lui-même, en tant que durée ou chronologie, produit le changement […] la durée d'une situation donnée (emploi ou logement par exemple) influe sur la possibilité de changement… »[185]

Cette notion de temporalité conduit à nous interroger sur la possibilité de rétablissement que l'habitat accompagné permet, son objectif étant de réhabiliter la personne à une vie sociale en milieu ordinaire tout en lui proposant une forme d'encadrement. Dans cette perspective, nous allons tenter de voir, dans un dernier chapitre, de quelle manière l'habitat accompagné fait « soin » pour les personnes en situation de handicap psychique et produit des effets sur leur santé psychique, entraînant une limitation du recours aux hospitalisations psychiatriques.

[184] Rapport de la CNSA (2012), *op.cit.*, p. 34.
[185] GROSSETTI M. (2006), *op.cit.*, p. 14.

Chapitre V. L'habitat « accompagné », enjeu et support d'une « prise en soin »

Au cours de ce chapitre, nous allons démontrer en quoi l'habitat accompagné en résidence accueil et en SAVS renforcé est un moyen de « prise en soin » des personnes en situation de handicap psychique. Nous déclinerons d'abord ce qui fait « facteurs de soin » au sein de ces habitats. Il s'agira dans un second temps de mettre en lumière la façon dont l'habitat sous cette forme fait office de soin pour les personnes qui y habitent et comment elles s'approprient le lieu. Nous détaillerons l'apport du groupe et de la vie en collectivité et enfin nous terminerons par un focus sur les effets produits en lien avec le recours au soin dans le cadre d'hospitalisations psychiatriques.

1. Les facteurs de « soin » de l'habitat accompagné

Vivre dans un habitat accompagné, seul ou en colocation, dans un environnement que la personne juge « bon » pour elle, pour son équilibre, doit être un choix.

> « On sait que l'expression et l'évolution des psychoses est en effet très dépendante de ce qui se passe autour de la personne. Sous l'influence de facteurs environnementaux positifs […] une certaine participation peut alors reprendre, quelques activités peuvent réussir, brisant la série d'échecs. »[186]

En laissant place à la parole des habitants des lieux, nous allons voir dans quelle mesure l'habitat accompagné a la possibilité de créer un environnement positif, pourvoyeur de lien social et de reprise de confiance en soi par l'activité, le partage et la convivialité.

1.1 Un environnement protecteur : de la sécurité à la stabilité

Concernant l'environnement, apporté par les deux formes d'habitat accompagné, que nous étudions, nous avons entendu et retenu, chez nos interlocuteurs résidents ou proches parents, trois mots clés : sécurité, sérénité et stabilité, pouvant caractériser les sentiments concourant au bien-être des résidents.

La résidence MADEN représente une sécurité qui a permis à Denis de recevoir, à nouveau, sa fille mineure chez lui. Avant MADEN, des visites en lieu neutre, sous le regard d'un éducateur, avaient été ordonnées.

> « La sécurité… parce que là je vois mes enfants en sécurité ici… on a signé un protocole d'accord comme quoi vu mon état, qui s'est considérablement arrangé, ils acceptaient que je puisse recevoir ma fille chez moi… » (E9 : Denis, 50 ans)

[186] ESCAIG B. (2009), *op.cit.*, p. 92-93.

L'habitat accompagné représente une sécurité, au regard des situations de Jerry, Paul ou Martin qui ont connu des envahissements et leur permet d'être protégé contre des intrusions, qu'ils ne sont pas en capacité de gérer. L'habitat accompagné est donc considéré comme un dedans qui protège du dehors et qui procure une sérénité psychique.

> « Être en ville et avoir un appart', c'est pas pareil… puisqu'ici on est quand même dans une structure, une structure protégée… quand même… Ouais, je me sens protégé […] Ici j'arrive à me trouver serein… la sérénité en fait c'est ça que je cherche… » (E3 : Paul, 54 ans)

Effectivement, il n'est pas rare que les personnes en situation de handicap psychique soient repérées comme vulnérables.

> « J'avais trop de soucis avec des squatters là-bas [en logement social autonome] quoi... » (E10 : Jerry, 33 ans)

M. Rachud évoque une amitié plus que nocive qui a fait chuter son fils et l'a conduit à une hospitalisation.

> « Non mais ce qui l'a foutu à plat, c'est qu'il avait pris un colocataire qu'il avait connu en clinique, il a eu pitié de lui et ce mec là, c'était un pourri quoi…il avait piqué le carnet d'ordonnance du médecin et il faisait des ordonnances au nom de Martin […] Martin a perdu des papiers, des chéquiers, il a été à découvert et tout ça… il lui a fait toute sorte de conneries ce mec… » (E15 : Mr Rachud, père de Martin, 33 ans)

Lorsqu'il évoque aujourd'hui la situation de son fils à MADEN, nous ressentons un profond soulagement chez ce père.

> « Ah moi, ça m'a sécurisé…je trouve qu'il est pas mal […] il est beaucoup plus stable […] moi je ne vois rien de mieux pour lui… »

Le logement autonome, qui diffère de l'habitat accompagné, comporte un risque accru qui « lorsque parfois on ouvre sa porte à celui ou celle qu'on croyait copain, on se fait entraîner, abuser, dépouiller jusqu'au moindre objet dans l'appartement. »[187]

Maxime caractérise l'habitat accompagné comme une « structure sécurisante » qui protège. Pour lui, sa pathologie nécessite une protection.

> « Oui, parce que d'après ce que j'ai entendu, de certaines rumeurs [provenant du FJT, situé en face de la résidence], on nous appellerait "la maison des fous" (rires) oui Sophie […] ça fait mal, on a l'impression d'être parqué, comme si la société nous parquait […] on n'est pas plus intelligent ni moins intelligent sauf qu'on a une pathologie et on a besoin d'une structure sécurisante […] j'ai des difficultés malgré ma stabilisation ici. » (E1 : Maxime, 49 ans)

[187] ESCAIG B. (2009), *op.cit.*, p. 89.

Ses paroles illustrent ici le stigmate, faisant référence à « l'étiquetage », dont sont encore victimes aujourd'hui les personnes malades psychique. D'autant plus que Maxime est un homme très angoissé et très sensible qui peut avoir peur par moments d'être confronté à autrui. Chaque déplacement, pour aller faire ses courses ou s'acheter un paquet de cigarette, est une véritable épreuve. Nous avons dû l'accompagner jusqu'à son appartement un jour, car il était terrifié par l'idée de croiser des jeunes du FJT, alors même qu'à d'autres moments, il parvient à ne pas tenir compte de leur présence. Pourtant, il précise que :

> « dans un appartement, tout seul sans personne, à marcher en rond […] j'aurai jamais tenu […] j'aurais été souvent hospitalisé je pense. » (E1 : Maxime, 49 ans)

La tranquillité d'esprit pour Hugo est à mettre en lien avec la proximité du soin. Dans le cas d'un recours à l'hospitalisation, qu'il sait possible, cela le rassure.

> « Ben moi ça m'apporte une certaine tranquillité d'esprit d'être là déjà, parce que bon même au pire je sais que si j'ai besoin d'aller à l'hosto, y'a la Cavale à côté ou l'hôpital des Armées donc voilà quoi… » (E11 : Hugo, 38 ans)

Nous pouvons constater qu'entre 2013, où Hugo était hospitalisé à temps plein (365 jours) et aujourd'hui en 2017, après une arrivée à MADEN en mars 2014, les périodes d'hospitalisation ont nettement diminué et sont, au fil du temps, de moins en moins fréquentes. [Tableau 1 : R3]

1.2 L'appui des aides humaines pluri-professionnelles

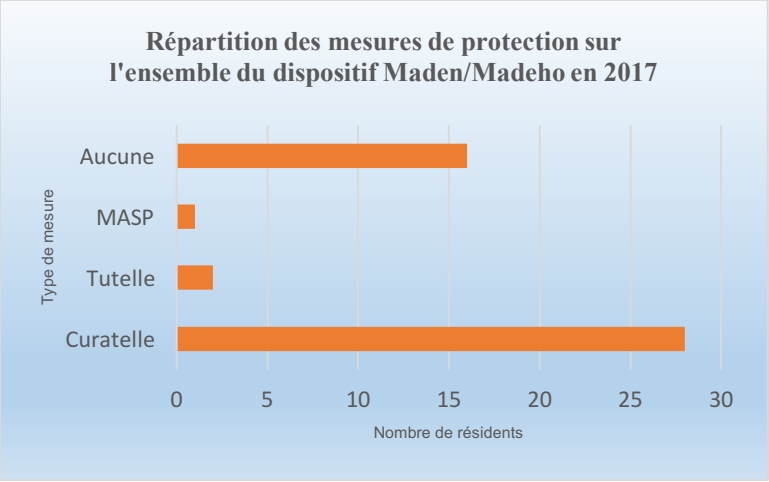
Sur l'ensemble de notre corpus, chaque résident bénéficie au minimum d'un accompagnement ou d'une aide en fonction de ses besoins et de ses souhaits. Chaque situation n'appelle pas les mêmes besoins et l'étayage nécessaire doit être fait sur mesure.

Pour la majorité d'entre eux, hormis l'aide ponctuelle et la présence quotidienne procurées par les intervenantes sociales du dispositif, les aides humaines extérieures concernent principalement :

- un suivi par un psychiatre ou à défaut par un médecin généraliste,
- des passages d'IDE libéraux pour délivrer un ou plusieurs traitements,
- des visites d'IDE de secteur psychiatrique pour échanger avec la personne,
- des accompagnements par des aides à domicile pour des tâches précises (entretien du logement, entretien du linge, courses, préparation des repas),
- un accompagnement individuel par un travailleur social d'un SAVS classique pour certains résidents des MADEN,
- une mesure de protection judiciaire, exercée par un curateur ou un tuteur.

1.2.1 L'intervention du droit, gage d'une protection

Sur les 47 résidents du dispositif MADEN/MADEHO, 30 personnes sont accompagnées dans le cadre d'une mesure de protection judiciaire[188], 28 curatelles renforcées et deux tutelles. Une personne bénéficie d'une Mesure d'Accompagnement Social Personnalisé[189] (MASP) et 16 n'ont pas de mesure. Dans le cadre de notre corpus, nous avons rencontré 10 personnes sous curatelle, 4 sans protection et une bénéficiant d'une MASP.



Source : S. Thébault (2017), données recueillies sur le dispositif observé

Selon le philosophe Frédéric Worms[190], le handicap psychique a aussi été marqué par un déplacement, non plus vers le social ou la protection sociale mais un déplacement « du soin vers le droit », avec une protection juridique et politique. Les rendre plus autonomes, notamment dans leur capacité à décider, semble être une volonté de la société. Pourtant, c'est une difficulté majeure de ces maladies. Il n'est pas rare que l'entourage privé ou professionnel soit amené à prendre des décisions, dans une visée de protection pour leurs proches, pour leur bien.

[188] À ce titre, la loi du 5 mars 2007 sur les majeurs protégés a réaffirmé le principe de la capacité de la personne, l'incapacité devant rester l'exception. Il est exclu de parler de suppression de droits mais plutôt d'une incapacité à les exercer pleinement sans le biais d'une aide extérieure. Étymologiquement, les mesures pour les majeurs protégés sont exercées par un tuteur, qui défend et représente, ou par un curateur, qui prend soin et assiste. Le choix de la mesure se fait sur décision judiciaire par un juge des tutelles, qui par les éléments probants en sa possession, argumente et légitime son jugement, en fonction de la gravité des troubles et du degré d'altération des facultés de la personne.

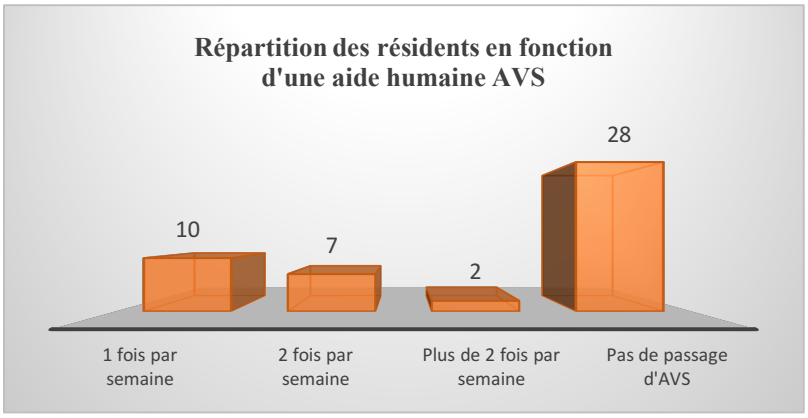
[189] Les MASP sont destinées à aider des personnes majeures dont les facultés ne sont pas altérées mais qui sont en grande difficulté sociale et perçoivent des prestations sociales. La MASP est mise en œuvre par les services sociaux du département. À la différence d'une mesure d'accompagnement judiciaire, la mesure d'accompagnement social fait l'objet d'un contrat d'accompagnement social personnalisé.

[190] WORMS F. (2013), « Handicap psychique et décision pour autrui », « Le handicap psychique, de nouveaux droits ? », Colloque *Santé mentale, société, cognition,* conférence du 10 janvier 2013, CIRPHLES, École normale supérieure, consulté le 15 novembre 2016 et le 22 juin 2017, [en ligne] : http://www.savoirs.ens.fr.

Aussi, il est fréquent que, dans le domaine du droit, les personnes en situation de handicap psychique se retrouvent, parfois malgré elles, sous mesure de protection judiciaire. Qu'il s'agisse d'une tutelle ou d'une curatelle, ces dernières ont un caractère ambivalent. Elles peuvent entraver l'autonomie ou à l'inverse représenter une sorte de « garde-fou », ouvrant le champ des possibles, notamment dans le droit commun.

1.2.2 L'intervention des services d'aide à domicile

Plusieurs profils se distinguent en fonction des accompagnements au long cours. Sur les 15 résidents interrogés, 9 bénéficient d'une aide professionnelle ou familiale pour l'entretien du logement ou de leur linge. Une personne souhaiterait une aide mais n'en fait pas la démarche. Deux autres semblent inquiètes d'une éventuelle intrusion dans leur intimité. Une personne a stoppé pour raison financière et une autre a retrouvé une bonne autonomie.



Source : S. Thébault (2017), données recueillies sur le dispositif observé

Nous avons constaté sur le terrain que certains habitants nécessiteraient de l'aide dans leur vie quotidienne mais refusent l'intervention d'aides à domicile ou d'un SAVS/SAMSAH, souvent par peur d'une intrusion dans leur intimité.

> « Dans toute relation, le respect, parce qu'il garantit à l'autre un espace d'existence personnelle où il puisse exercer sa liberté, est la condition de sa présence. Seul, il ouvre une porte sur l'intimité et la réciprocité de l'échange. »[191]

Effectivement, il est indispensable que la personne accepte d'être aidée à partir de son logement, sans quoi l'intervention est impossible et n'aura pas de sens.

[191] BOUCAND M.-H. (dir.) (1998), *Intimité, secret professionnel et handicap*, Lyon, Chronique Sociale, coll. « Comprendre les personnes », p. 13.

> « Le domicile est l'endroit où on est le maître de maison, où la personne maîtrise son espace. Ce qui veut dire éventuellement que la personne peut refuser d'ouvrir la porte. Le domicile est un espace à soi, un espace dans lequel on peut diriger un peu les choses. »[192]

Le travail des Services d'Accompagnement et d'Aide à Domicile (SAAD) nécessite du tact et de la patience pour pouvoir créer une relation dans la durée et maintenir l'intervention dans le domicile. La personne a le droit de faire ses propres choix, hors de toute pression.

Yann, malgré ses problèmes physiques, n'a pas suffisamment de moyens financiers pour l'intervention d'une aide à domicile, qu'il accepterait pourtant.

> « …il avait une aide à domicile pour le ménage, il n'a plus maintenant, parce que pour des raisons financières hein… Il a été mis en invalidité donc son budget s'est trouvé amputé bien sûr… donc voilà il a supprimé… voilà encore, voilà ça nous convient pas mais comment faire autrement… » (E14 : Mme Hany, mère de Yann, 46 ans)

Sa mère, Mme Hany, pallie ce manque car elle reconnait son besoin d'aide. Elle se rend une fois par semaine chez lui pour l'accompagner dans l'entretien de son logement.

Mme Corsy, quant à elle, veut assurer l'entretien du linge de son fils Alain. Alors qu'une aide à domicile et un SAVS classique interviennent également auprès de lui, nous comprenons que la tâche lui tient à cœur pour maintenir l'apparence qu'elle qualifie de « coquette » que son fils a toujours eu avant l'arrivée de sa maladie.

Concernant les interventions des aides à domicile, seuls 19 résidents sur 47 personnes en bénéficient. Cela ne signifie pas pour autant que tous les besoins sont assurés.

> « L'intervention auprès des personnes en situation de handicap psychique implique également des "négociations" fréquentes […] des remises en question régulières des procédures. »[193]

Cet aspect ne concerne cependant pas uniquement les aides à domicile mais tous les intervenants (curateurs, travailleurs sociaux, infirmiers…) susceptibles d'intervenir au domicile des résidents et bénéficiaires du SAVS.

1.2.3 L'intervention des professionnels du soin

Dans les situations où les personnes refusent les interventions des acteurs sociaux, les personnels du soin, notamment les infirmiers libéraux ou de secteur ont la possibilité d'intervenir. Parfois, les intervenantes sociales du dispositif, lorsqu'elles peuvent pénétrer dans

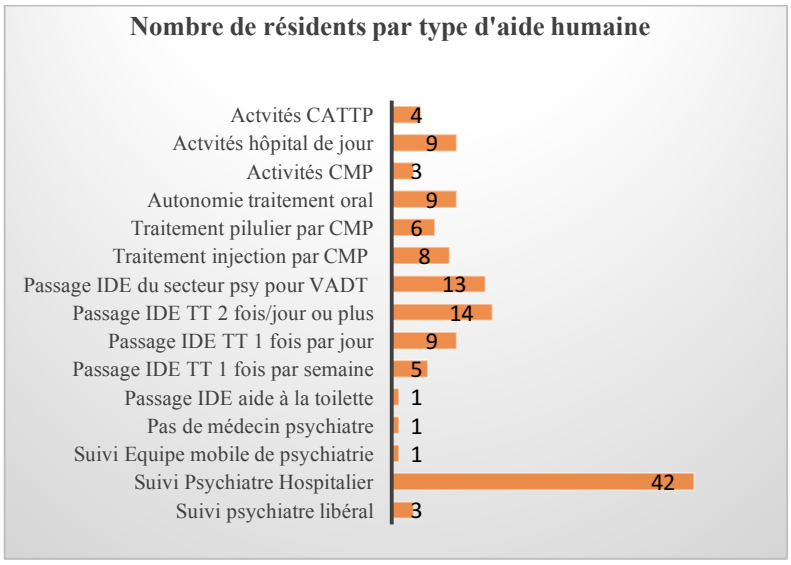
---

[192] GARDIEN E. (2017), « L'accompagnement à domicile : mission impossible ? », *interview* de B. ENNUYER, *Vie sociale* (n° 17), p. 72.
[193] PEINTRE C. *et al.* (2017), « L'accompagnement à domicile des personnes en situation de handicap psychique », *Vie Sociale* (n° 17), p. 225.

le domicile privé, deviennent avec eux et avec l'entourage s'il est présent, le seul regard sur l'état du logement et de son habitant. Dans le cas du handicap psychique, il est courant et utile :

> « d'articuler principes éthiques et actions stratégiques […] dans une perspective de protection sans pour autant aller à l'encontre des libertés individuelles ni s'immiscer abusivement dans l'espace privé et intime des personnes. »[194]

L'étayage par le soin est, quant à lui, très présent dans le quotidien des résidents des MADEN et de MADEHO. Il prend plusieurs formes en fonction du projet et des souhaits de la personne. Parfois, plusieurs types d'activité sont proposées simultanément et réparties de façon équilibrée. L'organisation de la semaine garantit un cadre, une ligne directrice à tenir, qui vient soutenir la vie quotidienne et le maintien dans le soin.



Source : S. Thébault (2017), données recueillies sur le dispositif observé

Les trois graphiques (mesure de protection, intervention AVS et étayage par le soin) nous permettent de voir que les aides humaines sont nombreuses et fréquentes. Certains résidents comptent près de quatre à cinq aides différentes. Les prises en charge s'évaluent et se réajustent en fonction des souhaits et de l'état psychique de la personne. Nous remarquons des tendances liées au parcours antérieur et une forme « d'expérience » dans la maîtrise de la pathologie.

1.2.4 Des accompagnements ajustés en fonction du parcours antérieur

Deux profils principaux se distinguent en fonction du nombre et de la nature des aides mobilisées dans la vie quotidienne.

[194] VIDAL-NAQUET P.-A. (2013), « Le *care* à domicile : tact et tactiques », *Recherche en soins infirmiers* (n°114), p. 9.

• Des accompagnements plus soutenus suite à un parcours institutionnel

Nous constatons que les personnes qui ont eu un parcours institutionnel sur le long terme sont accompagnées de façon importante en plus de l'intervention des intervenantes sociales de MADEN ou de MADEHO.

C'est le cas d'Enzo et de Guillaume dont l'étayage mis en place, à la fois sanitaire et social, contribue fortement à une prise en soin à partir du logement à MADEHO, nécessaire à leur équilibre au quotidien.

> « J'étais sous tutelle… tutelle…, quand on perd ses droits civiques… et maintenant je suis en curatelle renforcée, c'est un peu moins strict, bon j'ai une carte bancaire, j'ai voilà 110 € par semaine, je me débrouille, ça va… je m'en sors pour manger tout ça…Il y a le SAVS, j'ai le CATTP, je fais mon pilulier à la semaine avec un infirmier et en même temps je peux parler… j'ai un psychiatre, le docteur B., que je vois une fois par mois. Donc j'ai les infirmiers du CATTP, si ça va pas, je peux sortir avec une infirmière et parler avec eux… » (E8 : Enzo, 42 ans)

Guillaume verbalise clairement que l'ensemble de ses activités sociales avec le SAVS et avec le soin en hôpital de jour participent au maintien de son équilibre. L'absence de cette planification hebdomadaire aurait, d'après lui, des conséquences négatives sur sa santé.

> « Ben je me sens très bien ici, parce que d'une part j'ai des activités, je ne m'ennuie pas, je vais à INT. [Hôpital de jour], au club GEM et au CMP […] J'ai des activités quoi […] c'est même nécessaire à mon équilibre psychique je pense… si je n'avais pas ces activités-là, je ne serais pas bien » (E6 : Guillaume, 63 ans)

Paulette se rend deux jours par semaine dans un CATTP et tous les week-end à la journée en hôpital de jour. Des passages infirmiers quotidiens ont été mis en place du fait d'une mauvaise gestion des médicaments.

> « Pour le traitement non, ils nous donnent dans une petite boîte le traitement du soir et de la nuit […] Ben non, parce que j'ai fait une tentative de suicide il n'y a pas si longtemps, j'ai accumulé, accumulé des cachets […] MADEN, c'est bien quand on est un peu autonome quand même… » (E12 : Paulette, 58 ans)

Tout ce dispositif de soin ambulatoire est indispensable dans la situation de Paulette pour organiser son temps libre avec des lieux relais occupationnels dans l'objectif de la maintenir dans son logement au sein de MADEN, qui complète sa prise en soin globale.

• Des accompagnements assouplis par une autonomie et un lien social retrouvés

L'autre profil observé concerne des personnes, qui ont certes connu l'institution au travers de prises en charge en centres de réadaptation ou hospitalières mais pour qui l'habitat accompagné a permis de retrouver plus d'autonomie, plus de lien social. Les progrès de la personne entraînent l'assouplissement, voire même l'arrêt de certains accompagnements.

> « Le SAVS s'est arrêté aussi du fait que vous soyez à MADEN ? […] Oui voilà, et que ma référente, Natacha, elle venait ici, à la fin c'était des visites de courtoisie quoi … » (E10 : Jerry, 33 ans)

Dans le cas de Jerry, l'arrêt du SAVS, qui l'accompagnait depuis près de sept ans, est significatif d'un mieux-être au sein de son logement, suite à son installation à MADEN.

Pour Théo, le suivi infirmier a évalué une possibilité de prendre le traitement en autonomie en supprimant les passages quotidiens.

> « Les passages infirmiers, c'était juste pour vérifier que j'avais pris mes médicaments […] au début il me faisait mon pilulier, et puis maintenant c'est moi qui fais tout seul… » (E5 : Théo, 41 ans)

Théo nous a donné l'information lors de notre rencontre. Nous avons constaté qu'elle n'a pas été relayée aux intervenantes sociales de la résidence par l'infirmier référent lorsque nous les informons de cette transition vers l'autonomie dans la prise du traitement.

Bloch et Hénaut soulignent la question d'une nécessaire évolution des postures professionnelles et du soin partagé.

> « Pour l'accompagnement et les soins des personnes en situation chronique, le travail en solitaire n'est pas de mise. Chaque professionnel est appelé à se coordonner aux autres. »[195]

Le risque de non-observance peut avoir des conséquences sur la vie de la résidence et ce type d'information nécessite, dans le cadre d'un semi-collectif, d'être transmise.

Les habitats accompagnés, proposés par les résidences accueil et le SAVS renforcé, procurent à la personne un lieu à soi, un lieu privé, un logement personnel où il est permis d'habiter sans échéance de départ. Seul le SAVS pose la question de la vie privée car le lieu personnel des personnes dans les colocations est le lieu intime de la chambre.

2. La dimension symbolique du logement personnel

L'aspect du logement au sein du dispositif que nous étudions est fondamental et permet de porter un regard sur les pratiques habitantes et les modes d'appropriation par les résidents du projet d'habitat. S'approprier un lieu personnel lorsque l'on présente des troubles psychiques ne va pas de soi. Les ruptures décrites précédemment, les aller-retours d'un logement vers l'hôpital et inversement, l'angoisse et le sentiment de solitude sont des facteurs qui freinent l'ancrage et l'investissement d'un domicile.

[195] BLOCH M.-A. et HENAUT L. (2014), *op.cit.*, p. 274.

Nous distinguons ici deux types de profil par rapport à l'appropriation du logement personnel au sein du dispositif. D'un côté, il y a les habitants qui ont investi leur logement, se sentent bien chez eux et y passent du temps. De l'autre, il y a les personnes qui, même avec une bonne appropriation du logement, passent moins de temps et utilisent plus l'environnement extérieur proposé par l'habitat accompagné, notamment les parties collectives. Un seul résident présente une appropriation difficile visible et un investissement relatif de son logement, qu'il compense par une forte présence sur l'ensemble du collectif.

2.1 Un sentiment d'ancrage dans un lieu à soi

Notre expérience de travailleur social nous permet de dire que lorsque nous pénétrons dans le domicile d'une personne, le lieu nous donne instantanément « une photographie » et des indices sur l'habitant.

> « Il est chargé de codes, qui à la façon d'un langage, communiquent des informations sur celui qui l'habite : une sorte de biographie sociale et individuelle de ses occupants. »[196]

Le logement est révélateur d'un état d'esprit, d'une souffrance ou d'un mieux-être. Sur l'ensemble de nos échanges, les résidents nous ont fait part de leur sentiment vis-à-vis de leur logement privé. La majorité d'entre eux identifient clairement les frontières entre logement privé et habitat accompagné.

• L'appropriation de la chambre comme lieu privé au SAVS

Dans le cas du SAVS renforcé, à la différence majeure des résidences, le lieu privé n'est pas le logement lui-même mais la chambre de la personne, seul lieu privatif de l'habitat. « La cohabitation peut être une source d'obligations, mais aussi de solidarité : elle s'organise autour des défenses collectives, de l'aide et du soutien […] implique le partage des espaces de vie… »[197]

La colocation du SAVS est en cela une « cohabitation » et un élément décisif, qui freine certains candidats pour ce mode d'habitat[198]. Les colocataires sont consultés dans le choix des « nouveaux » arrivants.

> « Je suis souvent dans ma chambre à écouter de la musique ou à lire un petit peu ou…voilà et puis ma chambre est très bien rangée […] tous les jours c'est ma chambre je nettoie… » (E8 : Enzo, 42 ans)

[196] FISHER G.-N. (1997), *Psychosociologie de l'environnement social*, Paris, Dunod, *in* VASSART S. (2006), *op.cit.,* p.14.
[197] LEROUX N. (2008), *op.cit*., p. 17.
[198] Nous soulignons que le SAVS MADEHO a fermé l'un de ses quatre appartements en colocation par manque de candidats et a privilégié un mode d'accompagnement en individuel, comme un SAVS classique, pour 3 places sur 12.

Pour Enzo, nous comprenons que la chambre est le lieu le plus investi car elle représente le seul espace à soi où il peut se retirer hors de la présence de ses deux colocataires. Nous ressentons qu'il y attache de l'importance et en prend soin par un entretien quotidien. Lorsqu'il parle à plusieurs reprises de liberté, son discours révèle l'emprise du « domicile hôpital » qu'il a connu durant de nombreuses années.

> « Je pense que c'est très bien, on a notre chambre, notre cuisine, notre salle à manger, les toilettes, la douche, on a l'essentiel… évidemment, c'est pas non plus le quatre étoiles [rires] mais personnellement ça me convient, ça me suffit… » (E6 : Guillaume, 63 ans)

Guillaume a toujours vécu en colocation ou en collectivité. L'habitude du partage fait partie de son mode de vie et est ancrée dans ses pratiques habitantes. Sa façon de s'exprimer par l'utilisation du pronom « notre », incluant ses colocataires, en est une illustration.

• L'appropriation d'un logement individuel en résidence accueil

En résidence accueil, l'appropriation du lieu privé est toute autre car il englobe plusieurs espaces différents (espace nuit, espace de vie, espace cuisine) non partagés.

« Les appartements sont loués non meublés, il est demandé aux personnes de faire preuve d'autonomie pour les investir. »[199] Paulette nous parle avec engouement et précision de certains éléments de son intérieur. L'aide de son AVS, chaque semaine, suffit à ce qu'il soit bien rangé et propre. L'ensemble marque l'identité de Paulette, son histoire, ses goûts.

> « Parce que je me sens complètement chez moi et j'ai la table de ma mère en marqueterie, c'est une chose que j'ai sauvée des eaux… j'ai le bar, que j'ai acheté 50 €, j'ai plein de papiers derrière, j'ai mes belles plantes vertes […] Ici, je me sens chez moi parce que, je peux recevoir Marcel, je peux recevoir les jumeaux, je… toute ma famille… » (E12 : Paulette, 58 ans)

Lorsque Paulette nous dit « parce que je me sens complètement chez moi », nous saisissons bien son sentiment au regard de son parcours de vie et des débuts plutôt chaotiques qu'elle a connus au sein de la résidence. Elle s'est appropriée ce lieu, s'y est installée et y a mis sa touche personnelle, révélant sa personnalité atypique. Ce qu'elle nous dit fait écho aux propos de Sabine Vassart « chez nous, à la maison, nous sommes père ou mère, mari ou femme… »[200]. Paulette exprime cette condition de femme et de mère lorsqu'elle indique sa capacité à recevoir chez elle son compagnon et ses enfants au sein d'un domicile propre, qui est le sien.

[199] WEBER F. (dir.) (2014), Rapport Final « Parcours de vie, parcours de soins… », *op.cit.*, p. 28.
[200] VASSART S. (2006), *op.cit.,* p. 16.

Paul, après plusieurs habitats divers dans des villes différentes, semble avoir trouvé un endroit où il peut poser ses valises et selon son expression « faire le point sur sa vie ». Lorsque nous lui demandons ce que lui apporte son logement à MADEN, sa réponse est sans équivoque :

> « D'être enfin chez moi, de me sentir chez moi pour une fois, parce que où j'étais avant, je me sentais pas vraiment chez moi ouais […] Ah, qu'est-ce qui a de plus ici… c'est que l'appart' me plaît bien déjà, je trouve que je l'ai bien arrangé […] Je me sens bien ici et puis comme c'est arrangé bien tout ça et puis bon y'a tous les copains dehors et tout… » (E3 : Paul, 54 ans)

Théo est un jeune homme qui soigne son apparence et son image à l'extérieur. L'influence et l'accompagnement de sa mère, sur l'entretien et l'aménagement de son logement, lui ont permis de l'investir et de s'y sentir bien.

> « Ce qui me plaît beaucoup ici, c'est que déjà j'ai mon appartement, je gère mon appartement, je lave, je nettoie… quand il y a un problème, quand il manque une ampoule, je la change…je prends ma douche… ça me fait du bien d'avoir un appartement pour moi tout seul… » (E5 : Théo, 41 ans)

Le sentiment que nous transmet Théo indique qu'il semble trouver dans son appartement le moyen d'affirmer son identité propre comme le souligne Perla Serfaty-Garzon.

> « L'habitat est une création délibérée par l'habitant d'appropriation de son espace propre. Cette appropriation est ainsi une expression individuelle. Elle relève de l'affirmation identitaire de l'habitant […] la part du sujet se révèle dans les gestes quotidiens qui traduisent le soin que l'habitant prend de l'espace habité. »[201]

Les intervenantes sociales nous ont fait part de cette présence maternelle ponctuelle, Théo l'évoque peu et tient à nous montrer l'image d'un homme autonome, qui se débrouille seul. Il l'est sur plusieurs points et assume seul plusieurs tâches quotidiennes. Il reçoit souvent ses voisins chez lui, son appartement symbolisant un « repaire » entre amis, où l'on se retrouve pour partager du temps. « Habiter, c'est également se situer et exister aux yeux des autres. »[202] Il précise sur ce point ce qui nuance l'investissement de son lieu privé.

> « Je préfère nettement plus vivre dehors que vivre dans un appartement… je reste ici [il évoque l'intérieur de son logement personnel] beaucoup seulement quand les gens sont là… s'il n'y a personne, je n'aime… je regarde pas la télé, je mets pas de musique… » (E5 : Théo, 41 ans)

Il laisse entrevoir que la présence des autres chez lui est un moyen pour lui d'occuper plus facilement son espace propre. Nous pensons que cela lui procure une forme de consistance

[201] SERFATY-GARZON P. (2003), *op.cit.*, p. 4.
[202] LEROUX N. (2008), *op.cit.*, p. 16.

soulageant sa peur de la solitude. Lorsqu'il est seul, nous avons constaté qu'il pouvait avoir tendance comme Alain à déambuler au sein de la résidence, à la recherche du contact des autres.

Dans la situation de Théo, « Le chez-soi peut donc également être relié à son environnement proche et dépasser le cadre de son logement. »[203]

Lors de notre échange avec lui, pour lequel il a lui-même anticipé la demande souhaitant vivement participé au travail, nous découvrons un appartement entretenu, investi et bien décoré.

Son appartement est en effet investi par plusieurs résidents. Maxime y trouve refuge pour ne pas être seul. Il fait partie des personnes dont l'appropriation d'un espace à soi peine à se concrétiser.

2.2 Un investissement relatif du lieu privé

Peu de résidents sont en difficulté dans l'appropriation de leur logement même si le lieu de vie privé n'est pas pour autant réellement investi. Nous avons pu constater l'absence de personnalisation du logement chez certains résidents qui se contentent d'habiter le lieu tel qu'il est. C'est le cas de Maxime qui ne parvient pas à investir son lieu privé. Nous avons choisi de détailler son histoire car elle reflète une tendance majeure en lien avec ce que nous avons évoqué en termes d'aides humaines. Dans des situations où les personnes sont atteintes d'une pathologie de type psychotique, l'absence d'aides professionnelles et familiales, comme c'est le cas pour lui, il n'est pas rare de constater une impossibilité d'investir un logement, de l'entretenir et donc de l'habiter en s'y sentant bien.

Comment parvenir à amorcer un processus d'appropriation d'un lieu lorsque la maladie ou le parcours antérieur empêche cette démarche ?

2.2.1 Un parcours résidentiel antérieur freinant l'appropriation

Maxime a hésité à autoriser notre rencontre chez lui : « Ah non Sophie, j'ai honte… » mais il a finalement accepté, lorsque nous l'avons rassuré sur nos intentions. Dans son cas, le logement n'est pas investi, ni aménagé après deux années à la résidence. Pourtant, « aménager permet de s'aménager, dans le sens de se construire, mais aussi de se ménager et de se transformer. » [204]

L'intérieur du logement de Maxime est quasi nu, comme s'il venait de s'y installer. Le mobilier est disposé ici ou là de façon désordonnée et incohérente, sans fonctionnalité établie. Des vêtements éparpillés jonchent le sol et l'entretien global s'avère aléatoire.

[203] GARDIEN E. (2017), *op.cit.*, p. 73.
[204] VASSART S. (2006), *op.cit.*, p. 15.

Maxime livre son ressenti avec une grande lucidité :

> « J'ai du mal à m'investir dans mon logement… effectivement j'ai du mal, parce que c'est mon espace vital et comme j'ai jamais vécu seul, j'ai vécu presque plus de 40 ans avec ma mère, j'ai du mal à m'investir dans mon logement […] c'est vrai que c'est pas facile pour moi, parce que j'suis pas habitué à ne pas avoir la présence de ma mère avec moi et je néglige un peu mon… mon… enfin mon propre intérieur, mon propre chez-moi … J'ai beaucoup de mal à faire mon ménage parce que […] avant c'était ma mère qui faisait tout, je ne faisais rien du tout ni de machine à laver, c'est que ici que j'ai commencé à faire des machines à laver […] faut que j'aménage mon lit, que je nettoie là [me désigne différents endroits], la salle de bain enfin bon voilà je suis débordé, c'est plus fort que moi… » (E1 : Maxime, 49 ans)

Il fait état d'une réelle détresse par rapport à ce qu'il faudrait qu'il fasse au sein de son logement mais il n'y arrive pas. Rappelons-le, Maxime souffre d'une schizophrénie dysthymique[205] et a connu un parcours résidentiel uniquement au sein du domicile maternel, seule référence de la vie sociale.

> « Hors lien social, le schizophrène erre dans un monde qui l'habite plus qu'il n'y habite. Son rapport à autrui comme à lui-même s'en trouve profondément troublé. »[206]

La pathologie engendre chez lui une forme « d'inertie », de laquelle il lui est très difficile de sortir, se répercutant dans sa capacité à s'approprier son logement. Perdu suite à la rupture au décès de sa mère, il peine à vivre seul dans un logement individuel. Toute intervention extérieure régulière [aide à domicile par exemple] est anticipée comme une contrainte intrusive et repoussée à plus tard, même s'il estime en avoir besoin. Paradoxalement, ce qu'il ne fait pas chez lui [par exemple sortir les poubelles], il parvient à le faire chez d'autres résidents ou au sein du collectif. Nous observons qu'il est clairement « porté » par le semi-collectif, qui le raccroche à la possibilité d'habiter, dans le sens où il parvient à s'inscrire dans un habitat qui ne lui est pas uniquement dédié.

2.2.2 L'intention de Maxime « d'être bien chez lui »

Dans la situation de Maxime, nous sommes dans une temporalité toute autre ce qui évoque ici la question du rythme de l'accompagnement « accompagner, c'est d'abord respecter le rythme de l'autre sans lui imposer le sien. »[207]

---

[205] Au regard de plusieurs définitions de la schizophrénie dysthymique, nous pouvons préciser qu'elle est aussi appelée trouble schizo-affectif ou psychose aiguë schizo-affective. La personne peut avoir des tendances suicidaires ou à l'inverse des phases de manie, comme dans le trouble bipolaire. Elle peut aussi être victime de délires ou de paranoïa. Les changements d'humeur sont fréquents.

[206] CONFALONIERIE P. (2001), « Habiter, pour le schizophrène », *in* FURTOS J. (dir.) (2001), *Habiter*, ORSPERE, bulletin national santé mentale et précarité, n°7, Rhizome, p. 9.

[207] CHATEL T. (2010), « Ethique du "prendre soin" : sollicitude, *care*, accompagnement », *in* HIRSCH E. (dir.) (2011), *Traité de bioéthique*, t.1, Paris, Erès, p. 84-94 [en ligne] : https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00707121, p. 5.

Maxime accepte ma proposition d'accompagnement, liée à son logement, suite à notre rencontre[208]. Nous convenons ensemble de deux temps ; un temps pour faire du ménage et désencombrer son logement, un autre temps pour se rendre dans un magasin et effectuer des achats. Financièrement, il est autonome [AAH et héritage familial] et dispose des fonds nécessaires pour assumer l'ensemble des achats. Je fais avec lui l'évaluation et tiens compte de ce qu'il souhaite changer. Maxime n'a pas de draps à lui et a gardé ceux de sa mère. Il n'a pas non plus d'équipement adapté pour faire le ménage ni de cintre et d'armoire pour ranger ses vêtements. Il n'a pas de tapis de bain ni de linge de toilette. L'aménagement est sommaire, Maxime dispose du strict minimum.

Nous fixons ensemble des rendez-vous sur mes jours de présence. Pour l'entretien du logement, il parvient sans difficulté, avec mon soutien, à faire le tri et à jeter un certain nombre de choses. Il accepte également que je l'accompagne pour faire les lessives nécessaires. Ce temps est néanmoins éprouvant pour lui et il en ressort épuisé. Je choisis de ne pas aller jusqu'au bout ce jour-là et l'encourage à continuer, seul, le rangement et le ménage à son rythme en empruntant si besoin l'équipement de la résidence. N'étant pas habitué aux accompagnements en individuel, mon approche le bouscule et le pousse dans ses retranchements même s'il n'en revient pas et se dit satisfait du travail accompli. Il s'engage à poursuivre et se dit motivé. Je l'aide aussi à lister les achats à prévoir, avec un autre résident qui apporte ses conseils et lui propose de l'accompagner, ce que j'encourage. Je laisse passer du temps pour observer si Maxime parvient à poursuivre le travail. Les intervenantes sociales veillent et l'encouragent également à se fixer des objectifs mais, sans surprise, cela ne fonctionne pas. Tout reste en l'état après mon intervention.

En parallèle, les intervenantes sociales travaillent avec lui une reprise de contact avec le CMP pour qu'il puisse se réinscrire dans le soin, il fait part d'un besoin à ce niveau. Il démarre tout juste à cette même période un suivi psychologique au CMP.

Toutes ces démarches lui demandent de l'énergie et il lutte contre lui-même pour se saisir des aides proposées. Mon accompagnement permet d'échanger avec lui sur plusieurs sujets.

Pour les achats, il m'explique qu'il est très angoissé et ne peut se rendre dans les grandes surfaces comme Leclerc. Il suggère Gifi, enseigne plus petite tout à fait adaptée au type d'achats prévus, ce qui le rassure. Il décline le premier rendez-vous au vu de son départ dans une autre ville, où il passe plusieurs jours, pour rencontrer une femme. Nous convenons d'un autre horaire, un lundi après-midi. Le jour prévu, je lui rappelle dès le matin l'accompagnement de

[208] Nous utilisons volontairement le pronom « je » pour relater l'accompagnement que nous avons effectué auprès de Maxime.

l'après-midi pour qu'il se prépare psychologiquement. Il est plutôt serein ce jour-là et en attente. Nous nous rendons au magasin à une heure où l'affluence est moindre [il est important de tenir compte du symptôme d'agoraphobie de Maxime, qui supporte difficilement la foule et les espaces trop grands pour lui permettre de ne pas être « en échec » dans la démarche]. Il est détendu et parvient à faire des choix même s'il est en attente de mon avis et de mes conseils. De son propre chef, il achète une plante pour décorer son salon. Lorsque nous rentrons, je lui propose de l'aider à organiser ses achats car si Maxime n'est pas accompagné, il risque d'être perdu et angoissé, ne sachant comment gérer le rangement de ses nouvelles choses. Nous parvenons ensemble à installer tous les éléments. Nous avons aussi recréé son espace nuit. Je lui fais des suggestions tout en lui disant qu'il devra trouver par lui même ce qui lui convient le mieux pour aménager son intérieur.

Suite à ces accompagnements, Maxime reste en grande difficulté pour effectuer les tâches au sein de son logement. Les intervenantes sociales parviennent, avec son accord, à la mise en place de passages infirmiers pour la délivrance de son traitement, pour lequel il montre des difficultés d'organisation. [Extraits du journal de terrain du 3 avril 2017 et du 24 avril 2017]

Deux mois plus tard, alors qu'il n'a pas été hospitalisé depuis l'année 2011(Tableau 2 : R28), Maxime conduit le chef de service du dispositif à effectuer une demande d'hospitalisation de type SDT. Il présente en effet des comportements inadaptés et agressifs, révélant une période de désorganisation délirante inquiétante. Suite au positionnement du chef de service, il acceptera de se faire hospitaliser de plein gré, reconnaissant son besoin de soin dans le moment.

2.2.3 Un sentiment opposé entre le dedans et le dehors

Dana fait part d'une forte ambivalence sur ce que l'habitat accompagné lui renvoie. Tout au long de son discours, son ressenti est opposé. Il s'avère très positif par rapport à son lieu privé et négatif lorsqu'elle évoque l'ensemble de l'habitat. Nous évoquons son exemple car il concerne les quelques personnes du dispositif, notamment des résidences, comme Denis et Hubert qui ne se considèrent pas en situation de handicap psychique. Pour eux, ils présentent des difficultés liées à la santé mentale mais ils se distinguent de leurs co-habitants. La tendance que nous souhaitons ici mettre en avant concerne les critères d'entrée en résidence accueil dont l'objectif est de maintenir une certaine diversité du public pour ne pas catégoriser la population.

De fait l'écart entre les individus aux pathologies différentes peut parfois être difficile à vivre. Denis et Hubert s'y accommodent assez bien et sont moteurs dans le collectif. Dana, quant à elle, a plus de difficulté.

> « Moi, quand je suis à l'intérieur comme ça et que je ferme, du bruit etc. j'ai une très belle vue, j'ai le ciel, c'est vraiment… je me dis… je me dis… ben, c'est là que je remercie l'UDAF et la fondation l'Abbé Pierre etc. mais après quand je suis confrontée à la résidence elle-même, au fonctionnement ben là je me dis : "ben voilà, il va falloir projeter quelque chose quoi" […] ici c'est un refuge en fait pour moi… fonctionnellement je veux dire… mais après le reste, extérieur en fait, ce qui vient de l'extérieur pas vraiment…» (E4 : Dana, 57 ans)

Les propos de Dana sont en lien avec ceux de Thierry Paquot :

> « Mon habitat est extensible au gré de mes humeurs, de mes relations de voisinage, de ma géographie affective, tout comme il peut se rétrécir, si moi-même je me replie sur moi, ne veux rencontrer personne, m'enferme dans mon appartement comme une huître dans sa coquille. »[209]

Nous comprenons que pour Dana, vivre en résidence accueil est parfois une épreuve. Souvent en proie à des émotions douloureuses qui la submergent et amplifient ses angoisses, elle risque de se replier sur elle-même dans son logement personnel, telle une « cellule » qui protège.

> « Les thérapeutes, quand ils me posent la question de comment ça va à MADEN, je leur dis que ça va, je leur raconte ce qui se passe quand j'entends crier la nuit et puis les angoisses que je ressens aussi quand je les vois passer…on m'a dit que j'avais trop d'empathie et on m'apprend à me préserver […] on me donne certaines possibilités de soin pour que je puisse avoir la force d'habiter là quoi… » (E4 : Dana, 57 ans)

L'appropriation du « dedans », c'est-à-dire l'intérieur du logement, figure d'abri et de refuge dans lequel on se sent à l'aise et pleinement soi-même, est donc optimale pour Dana, puisque le logement est bien investi et personnalisé. Nous sommes interpellée par son ressenti du « dehors », c'est-à-dire du concept même de l'habitat accompagné, avec l'apport d'un semi-collectif, qui va à l'encontre d'une prise en soin pour cette femme.

Nous allons justement voir maintenant que la mise en évidence des fonctions du semi-collectif, constitué en groupe, explique d'une part les limites inhérentes qui peuvent faire obstacle au bien-être des personnes induisant une régulation nécessaire et de l'autre l'apport indéniable de la vie collective de ces formes d'habitat pour la prise en soin des personnes dans un objectif de « rétablissement »[210].

---

[209] PAQUOT T. (2005), *op.cit.*, p. 53.

[210] Selon Tim GREACEN, docteur en psychologie et Emmanuelle JOUET, docteur en sciences de l'éducation, spécialiste de la formation des usagers en santé mentale, « le rétablissement est un processus personnel et unique de changement de ses attitudes, valeurs, sentiments, objectifs, compétences et/ou rôles […] même s'il reste d'éventuelles contraintes liées à la maladie. »

L'habitat accompagné, parce qu'il propose une vie dans le cadre d'un semi-collectif offre « un contexte où l'individu peut être acteur de sa propre vie, de ses soins et où il lui est possible de s'engager dans un travail ou des activités significatives dans la collectivité. »[211]

3. Une vie en semi-collectivité : enjeux et limites de la prise en soin

Lorsque nous invoquons la notion de semi-collectif, implicitement nous parlons de la notion de groupe, même si tout regroupement de personnes ne constitue pas nécessairement un groupe.

Dans les situations que nous avons observées, la condition *sine qua non* de l'entrée en résidence ou en SAVS renforcé, dans le cadre de la colocation, est en lien direct avec la capacité et une volonté de vivre avec d'autres personnes, qui plus est, en situation de handicap psychique. Nous devons préciser que la notion de groupe diffère entre les deux modes d'habitat et n'engage pas les mêmes dynamiques entre les résidents. D'un côté, les colocations du SAVS MADEHO sont construites sur la base d'un groupe restreint[212] de trois personnes, de l'autre les résidences, dont l'agrément est de 18 places, forment des groupes étendus en nombre, dits primaires[213].

Vivre en groupe dans le cadre des projets de résidence accueil ou en SAVS renforcé comporte des enjeux. L'appellation du semi-collectif des habitats accompagnés rappelle le modèle intermédiaire, entre logement individuel et immeuble collectif. Le dispositif étudié engage le lien aux autres, le contact et l'entraide.

Paul et le père de Martin assimilent la vie en résidence accueil à la vie d'une communauté[214].

> « Je me sens pas seul, je me sens comme dans une communauté ici… comme dans une communauté, on va dire ça… » (E3 : Paul, 54 ans)

> « Ben c'est bien qu'il y ait des gens de tous les âges et puis ils se donnent un coup de main […] ça c'est bien, c'est une petite communauté. » (E15 : M. Rachud, père de Martin, 33 ans)

---

[211] GREACEN T. et JOUET E. (2012), « Introduction. Rétablissement, inclusion sociale et *empowerment* en santé mentale », *in* JOUET E. *et al.*, *Pour des usagers de la psychiatrie acteurs de leur propre vie*, Érès, « Actualités de la psychiatrie », p. 9.

[212] Le groupe restreint entre dans la même catégorie que le groupe primaire, en parlant de groupe restreint, on met l'accent sur une dimension numérique du groupe qui permet à chaque membre de percevoir chaque membre, de réagir à lui, et d'être perçu par lui, sans préjuger de la qualité affective de leurs relations. L'effectif est tel qu'il permet à ceux-ci des communications explicites et des perceptions réciproques, dans la poursuite de buts communs.

[213] Le groupe primaire est caractérisé par les liens personnels intimes, chaleureux, chargés d'émotion, entre tous les membres ; la solidarité et l'obtention des avantages mutuels y est spontanées, non calculées.

[214] Selon le sociologue Christian Laval, « ce qui fait "communauté", selon le sens classique du terme, ne relève pas d'une activité choisie mais d'une assignation involontaire à un ensemble structuré et hiérarchisé de sujets parfois reliés les uns aux autres par des liens de parenté, partageant des croyances et des mœurs identiques, communiant dans des souvenirs et des traditions communes. Comme le montrait Émile Durkheim dans sa thèse, c'est la *similitude* des individus, c'est-à-dire leur identité commune, qui constitue la force même de ce genre d'ensemble humain. »

Le sentiment communautaire nous apparaît effectivement concordant au regard de la spécificité de ces habitats, qui, rappelons-le, sont une déclinaison spécifique des pensions de famille dédiées à un public particulier.

3.1 Une régulation différente en résidence et en SAVS renforcé

Tout groupe, qu'il soit communautaire ou qu'il prenne d'autres formes, appelle une nécessaire régulation dans ses interactions. Si le groupe ne remplit pas lui-même la fonction, des tiers sont utiles pour l'assurer. Cette régulation est une des missions principales des intervenantes sociales, qui peuvent, avec l'appui du règlement intérieur, et si besoin, de l'intervention du chef de service, désamorcer les tensions et les conflits.

3.1.1 La place symbolique des intervenantes comme lien du collectif

Les intervenantes sociales ont aussi une fonction de contenance et de lien pour l'ensemble des membres du groupe. Leur absence peut être vécue comme une source d'angoisse, voire de vide intense. Il semble qu'elle soit plus ressentie dans les résidences accueil, la colocation garantissant une présence au sein même du logement personnel pour les habitants.

> « Des fois le week-end, je ne suis pas là, je vais des fois chez mon père… parce que comme c'est fermé là en haut, enfin comme y a personne [elle évoque l'absence des intervenantes sociales], des fois je bouge un peu quoi… » (E2 : Prisca, 46 ans)

Pourtant, durant les week-ends, le collectif est accessible pour que les résidents puissent organiser entre eux des repas ou des temps communs. Pour Prisca, cela l'amène à sortir hors de la résidence et à trouver d'autres formes d'occupation.

> « Ah oui oui les maîtresses de maison, ça aide… moi je suis malheureuse quand c'est le samedi et le dimanche, parce qu'il faut que j'aille à l'hôpital… bon j'aime bien mais je m'ennuie à l'hôpital… » (E12 : Paulette, 58 ans)

Paulette est la seule à se rendre en hôpital de jour durant les week-ends. Elle fait un rapprochement direct entre la non-présence des hôtes et une forme « d'obligation » pour elle de quitter la résidence durant leur absence.

Dana, comme nous l'avons déjà précisé, peine à prendre du recul par rapport aux comportements qu'elle observe chez les autres résidents.

> « Quand il y avait les maîtresses de maison le week-end [présence quotidienne pendant les 6 premiers mois après l'ouverture de chaque résidence] mais qu'on nous avait dit que ça allait s'arrêter… et bien j'ai senti un désarroi horrible… maintenant passer le dimanche ici coupée, isolée…, vraiment c'est horrible quoi (…) (E4 : Dana, 57 ans)

Ses propos laissent transparaître une recherche de « normalité » par le contact avec les intervenantes sociales, auxquelles elle semble s'identifier. Souvent en mouvement, cherchant à s'extraire de ce qu'elle nomme « un ghetto de malades psychiques », Dana entretient une vie sociale à l'extérieur de la résidence, qui lui permet de s'évader et de souffler hors du cadre de l'habitat accompagné durant les week-ends.

3.1.2 Des formes de conjugalité et de rivalité au sein du SAVS

Au SAVS renforcé en particulier, les intervenantes sont vigilantes sur l'entente entre les membres des colocations. Le nombre impair de trois colocataires complexifie la dynamique, créant des affinités plus fortes, qui produisent des effets parfois inconscients de rejet de la troisième personne. Le sociologue américain Charles Horton Cooley définit l'homme comme un animal groupal et « il ne faut pas croire que l'unité du groupe soit faite seulement d'harmonie et d'amour. Cette unité implique toujours des différenciations et généralement des rivalités. »[215]

Nous avons constaté qu'au sein des deux colocations où il y a présence d'une femme et de deux hommes, des affinités, sous forme de conjugalité entre les femmes et l'un des hommes, complexifient les relations entre les hommes, allant jusqu'à des situations de rivalité, voire de mise à l'écart et de rejet.

Enzo habite avec Noé et Pamela, la colocation se passe assez bien mais il rencontre des difficultés relationnelles avec Noé.

> « Ouais, la colocation se passe bien, j'ai un problème avec Noé mais c'est pas grave… c'est pas grave, c'est du passé, je lui en veux pas du tout. (E8 : Enzo, 42 ans)

Nous sentons que le sujet n'est pas abordable. Enzo a récemment été en conflit et a perdu son sang-froid, assénant une gifle à son colocataire. Il s'entend cependant bien avec Pamela. Noé présente des comportements problématiques, notamment d'addiction, dans la colocation. Il est difficile de les réguler, d'autant qu'ils peuvent nuire aux autres habitants qui adoptent des comportements similaires, comme Pamela. Elle aussi peut se laisser entraîner dans des conduites addictives, peut-être dans l'espoir d'entretenir des liens intimes avec Noé ?

Des hospitalisations séquentielles ont été travaillées avec le soin pour Noé afin qu'il puisse être pris en charge de façon régulière.

> « Oui il y a eu quelques conflits, vous avez dû en entendre parler mais bon on va pas en parler là… » (E8 : Enzo, 42 ans)

---

[215] ANZIEU D. et MARTIN J.-Y. (2004), *La dynamique des groupes restreints*, Paris, PUF, coll. « Le psychologue », 13e éd., p. 65-66.

La relation entre les deux hommes semble aussi se jouer autour de la place que pourrait prendre Enzo auprès de Pamela lors de l'absence de Noé, ce qui provoque des tensions dans le trio.

Dans l'autre colocation, composée de deux hommes et une femme, l'analyse du discours de Valentine révèle un lien fort entre elle et René, avec qui elle vit depuis son arrivée au SAVS il y a dix ans.

> « Ya pas d'inconvénient…Très bien, avec René, on rigole souvent, on discute, on mange ensemble tandis que Pascal est plus solitaire, il fait ses repas que le soir tout seul. » (E7 : Valentine, 57 ans)

Pascal, entré plus tardivement, à la place de Guillaume, semble lui aussi en difficulté pour faire groupe avec le duo.

Un changement de colocation a déjà été effectué pour Guillaume afin de le préserver, du fait de problèmes relationnels avec René et d'une cohabitation impossible à poursuivre.

3.2 Des limites observables au vivre ensemble

Nous voulons ici souligner deux tensions existantes que nous avons perçues lors des échanges. Elles sont de deux ordres : d'une part l'une touche à la question de l'hétérogénéité entre les individus du fait de pathologies différentes pouvant engendrer des formes de dérives et d'autre part une autre tension concerne la fluctuation de la participation, qui repose parfois sur un nombre insuffisant de résidents.

La vie en groupe s'illustre alors de façon ambivalente en tant que :

> « le groupe est utile, voire nécessaire […] on est plus efficace ensemble qu'isolément ; le groupe est un intermédiaire entre l'individu et la société. Mais sur un autre plan, […] le groupe est une aliénation pour la personnalité individuelle : il est dangereux pour la dignité, la liberté, l'autonomie de celle-ci… »[216]

Effectivement, cette lecture se rapproche des paroles de Dana, qui d'un côté plébiscite ce mode d'habitat dont l'existence pour les personnes malades psychiques représente une forme d'habitat sécurisante mais d'un autre côté, elle perçoit qu'il engendre des limites inhérentes aux phénomènes de groupe.

> « On a tendance, c'est pas à mimer, c'est pas contagieux c'est vrai mais dans le quotidien, on a tendance à être affecté par l'entourage et par l'inconscient collectif… ça se passe partout hein…dans tous les domaines, que ce soit en HLM ou […] enfin heureusement qu'il y a les maîtresses de maison, le collectif et tout ça pour… là vraiment c'est chouette sauf que c'est

[216] ANZIEU D. et MARTIN J.-Y. (2004), *op.cit.*, p. 20.

> un peu ghetto aussi de maladies psychiques quoi… […] et puis parfois aussi quand certains résidents sont en état de souffrance psychique énorme, ils se mettent à hurler, ils crient leur… » (E4 : Dana, 57 ans)

Le mal-être de certaines personnes comporte le risque de se répercuter sur d'autres résidents, eux-mêmes dans un état de fragilité.

Le phénomène s'est produit pour Karine qui n'en pouvait plus et se plaignait d'un de ses voisins. Elle l'entendait frapper sur les murs et crier la nuit. L'équipe, soutenue par la direction, a échangé avec les résidents, rappelant l'importance du respect des autres. Suite aux évènements, Karine a fait une demande d'hospitalisation à son médecin psychiatre, qui a duré plusieurs semaines. Cet épisode est cependant à nuancer au regard de la personnalité de la jeune femme. Nous analysons qu'elle avait peut-être besoin d'une période de repos et de prise en charge par le soin, au moment même, où les nuisances sonores du voisinage l'incommodaient. Se saisir du malaise des autres peut soutenir l'expression indirecte d'une détresse sous-jacente et déjà présente.

Maxime et Dana s'accordent à dire qu'il n'est pas toujours simple de vivre avec d'autres individus, qui parfois ont des comportements inquiétants pouvant conduire au passage à l'acte.

> « Je connaissais pas vraiment ce que c'était que ces troubles psychiques donc j'ai pas fait attention et j'ai fréquenté certaines personnes […] après ils me submergeaient et donc quand j'ai voulu mettre un peu de distance au moins […] j'ai pas été assez prudente pour me protéger […] J'étais envahie et puis j'ai été aussi agressée deux fois, même dans la salle commune […] ils ont réussi à les faire sortir quoi… [les personnes ont été exclues du dispositif] » (E4 : Dana, 57 ans)

> « Maintenant à l'intérieur de MADEN, il y a des pathologies très différentes et parfois on a beaucoup de…[réflexion] de difficultés avec certains résidents parce que on n'a pas les mêmes pathologies et y'en a certains qui sont agressifs parfois… » (E1 : Maxime, 49 ans)

Maxime, très sensible aux paroles et aux attitudes des autres, peut perdre pied en fonction de ce qu'il entend. Il a d'ailleurs manifesté une forte angoisse après une réunion en groupe où l'un des résidents s'était montré menaçant dans ses propos. Même si Maxime n'était pas directement concerné, il était prêt à porter plainte au commissariat et a été profondément déstabilisé. Il a fallu le rassurer, dédramatiser la situation pour désamorcer l'angoisse.

Denis s'est senti fatigué par le nombre de tâches qu'il assure depuis qu'il habite en résidence. Nous avons remarqué chez lui un besoin important de reconnaissance et d'utilité au sein de l'habitat qui le fait être « sur tous les fronts ».

> « J'ai un petit peu lâché du lest y a pas tellement longtemps… il y a à peu près trois ou quatre mois, parce que j'en faisais beaucoup trop… j'ouvrai le matin la salle, je m'occupais des poubelles depuis cinq ans, y a que moi qui faisais ça […] C'était pesant sur la fin, parce que je constatais que certaines personnes ici ne faisaient rien, malgré le contrat qu'ils ont signé… » (E9 : Denis, 50 ans)

Denis représente une ressource, une forme de référence pour les autres. Son implication, quelque peu excessive, nécessite d'être régulée pour lui éviter le sentiment de débordement qu'il a ressenti.

Durant notre enquête, la Semaine d'Information sur la Santé Mentale (SISM) en lien avec le travail, a eu lieu. Denis s'est proposé d'assurer un rôle d'animateur de table ronde sur la question de l'emploi et de la maladie psychique. Il s'est trouvé très pris psychologiquement par l'événement. Son hospitalisation programmée, prévue sur la même période, a été bénéfique en freinant son implication pour l'aider à souffler et à prendre du recul.

Le semi-collectif symbolise aussi un moteur de l'action collective et procure un sentiment d'appartenance limitant le risque de repli sur soi.

3.3 Le collectif, facilitateur du lien social

Nous avons vécu plusieurs moments de vie en groupe lors de nos présences en résidence ou au SAVS renforcé. L'observation participante nous a permis de constater les effets régulateurs de la vie collective, le respect et la compréhension des difficultés des résidents entre eux. Selon le sociologue George H. Mead « c'est dans le cadre de l'interaction sociale que l'individu émerge et prend conscience de soi. »

3.3.1 Des activités à partager : un sentiment d'utilité sociale

Maxime relate l'ensemble des activités que lui apporte la vie en semi-collectivité. Comme nous l'avons précisé, il passe très peu de temps dans son logement personnel et navigue entre différents lieux de l'habitat accompagné en fonction des opportunités qu'il peut rencontrer.

> « Depuis que je vais à la banque alimentaire, j'ai pris plein de muscles euh… [réflexion] ouais j'ai une forme physique enfin oui je… déjà ça d'avoir des activités, banque alimentaire, vider les poubelles là haut [espaces collectifs] ou alors faire des crêpes ou alors faire la cuisine, qu'est-ce qui a d'autre… enfin mettre la table tout ça ouais ça m'apporte…et puis même d'être entouré de mes potes… » (E1 : Maxime, 49 ans)

Il éprouve un sentiment d'utilité à MADEN, ce qui renforce sa confiance et lui procure une satisfaction. Il est aussi question pour lui de sentir qu'il a une place au sein du groupe. La Banque alimentaire, partenaire important de la résidence, représente son activité préférée. Il y

trouve plusieurs avantages, entre l'entretien de sa forme physique et la création d'un lien social avec des personnes extérieures.

L'accompagnement des intervenantes sociales et d'autres résidents dans l'activité est un facteur important. Nous avons aussi pu compter sur sa disponibilité et son implication à plusieurs reprises. Il a participé, un jour avec nous, à la prise de mesures de la pièce de vie de la résidence de Quimper pour évaluer les dimensions pour les travaux de la nouvelle résidence de Plouigneau. Passionné de géométrie et de calculs, notre sollicitation pour ce travail l'a valorisé. Pertinent dans ses remarques, il s'y est investi avec sérieux et rigueur.

Cohabiter avec d'autres personnes, notamment dans le cadre d'une colocation, doit être un choix. Enzo se définit comme quelqu'un d'indépendant et a besoin de moments pour se retirer dans son espace personnel.

> « Je pense que le SAVS m'aide beaucoup, je pense que la colocation est pour moi quelque chose d'important même si je ne communique pas forcément tout le temps … mais je sens une présence, qui est pour moi bénéfique… » (E8 : Enzo, 42 ans)

Après des années de vie, encadré dans un contexte hospitalier, la notion de collectif s'est ancrée dans ses pratiques habitantes. Une présence rassurante apparaît aujourd'hui pour lui indispensable dans sa vie quotidienne, même s'il semble encore peu investir les espaces collectifs de la colocation. Il met aussi en avant les bienfaits que lui apporte l'accompagnement des intervenantes du SAVS et les activités proposées.

> « Le SAVS propose des sorties comme lundi au jardin, c'est quand même bien quoi je veux dire aussi, si j'avais pas ça, j'ai personne quoi… » (E8 : Enzo, 42 ans)

Nous comprenons que les activités cadrent son organisation quotidienne et lui fixent des objectifs à atteindre, une raison de se lever, de s'habiller, de sortir de chez lui.

Au-delà de ce qui peut être proposé, il y a la présence des autres, que ce soit au sein des colocations ou de la résidence. Avoir des contacts, échanger quelques mots conduit, à maintenir un lien social.

3.3.2 Un contact quotidien favorisant la création de liens amicaux

Les parties collectives dans les résidences et le SAVS sont bien utilisées et sont fréquemment investies, dans chaque service, par un petit noyau régulier de personnes. Pour beaucoup d'entre eux, la proximité avec les autres est un facteur déterminant de leur équilibre.

> « Une collectivité humaine n'est pas seulement une collection d'individus rassemblés comme autant d'objets distincts. Ceux-ci établissent des relations entre eux et ces relations […] – mais aussi leurs liens affectivo-sexuels ou encore l'estime qu'ils éprouvent les uns pour les autres – sont susceptibles de modifier leur santé mentale. »[217]

Les résidents rencontrent, en grande majorité, le même type de difficultés et/ou d'objectifs, propices à la création de liens. Des amitiés naissent entre certaines personnes et renforcent le sentiment d'appartenance, éloignant le risque de solitude.

Théo met en avant des moments de vie qu'il apprécie lors des repas collectifs partagés avec les autres. Il fait part aussi de la solidarité des résidents sous forme de services, tout en précisant que ce n'est pas par intérêt qu'il entretient des relations amicales avec eux.

> « Si je manque de sel, Alain me dépanne… si je veux aller acheter des cigarettes, Maxime m'accompagne en voiture tout ça quoi […] des choses positives c'est aussi le fait qu'on aille boire des coups le week-end, qu'on mange ensemble le mercredi, le vendredi [il évoque les jours des repas collectifs proposés à MADEN] … j'aime bien les gens d'ici… » (E5 : Théo, 41 ans)

Paulette tient un rôle remarquable et précieux auprès de deux résidents qu'elle reçoit chez elle, chaque soir, pour le repas. L'accueil est ritualisé et contribue pour les deux hommes à une régularité et au maintien d'un bon équilibre alimentaire.

> « Ben j'y suis bien à MADEN, je me suis bien habituée […] on se retrouve le soir pour faire un bon repas […] Oui, oui mais attends, pour la nourriture, on fait moit'-moit', je ne vais pas tout payer, je pourrais pas… ils sont bouffeurs… qu'est-ce qui bouffent à toute allure ! […] Ça m'aide à faire la cuisine … » (E12 : Paulette, 58 ans)

Ces moments nous apparaissent très conviviaux et Paulette apprécie ce partage même si elle peut s'avérer parfois exigeante avec ses deux amis. Cette posture « d'hôte », qui a plaisir à recevoir chez elle, donne à Paulette un sentiment d'utilité sociale, dont elle tire bénéfice.

Hugo est un jeune homme plutôt calme et serein qui vient de traverser une situation d'échec difficile en démissionnant d'un emploi en ESAT, qu'il n'est pas parvenu à maintenir. Il a pris appui sur d'autres résidents qu'il apprécie et a eu le courage d'affronter ses angoisses en venant témoigner de son expérience professionnelle devant un public à l'UDAF.

> « Moi j'aime bien la vie en collectivité […] parce que quand je suis angoissé, je peux aller squatter chez Jerry ou aller voir Denis ou aller voir une maîtresse de maison… » (E11 : Hugo, 38 ans)

[217] MAISONDIEU J. (2004), « Citoyenneté et santé mentale », *in* JOUBERT M., *Santé mentale, ville et violences*, Érès, coll. « Questions vives sur la banlieue », p. 156.

Il a construit des relations amicales solides, avec Jerry en particulier, sur lesquelles il peut compter lors de moments d'angoisse.

L'existence d'un collectif amène aussi un sentiment d'union commun dans des moments qui concernent l'espace collectif. Quelle que soit l'entente entre les membres, certaines situations amènent le groupe à se souder et à chercher ensemble les solutions adéquates.

3.3.3 Le serpent dans l'ascenseur : une action « d'empowerment » collectif

L'histoire du serpent dans l'ascenseur illustre un événement de la vie courante, où nous observons la capacité des résidents à trouver des stratégies par le biais de l'intervention de membres « régulateurs ».

Lors d'un week-end, plusieurs résidents remarquent et s'affolent de la présence d'un serpent qui s'est introduit dans l'ascenseur de la résidence. La panique prend le pas et certains décident de contacter la personne d'astreinte de la résidence, instaurée en cas « d'urgence ».

Sur le moment, la personne d'astreinte ne répond pas immédiatement. Benoît, un jeune homme, de nature calme, récemment arrivé à la résidence, identifie l'animal qui s'avère être un orvet et rassure les autres sur son caractère inoffensif. Le calme et l'aplomb de son intervention régulent les réactions de panique de ses voisins. Le groupe parvient à prendre une décision collective et décide d'appeler les pompiers. Leur intervention a rapidement réglé le problème et rassuré les résidents par l'évacuation de l'animal.

À la demande des intervenantes sociales, nous avons repris cette situation, qui ne revêt pas un caractère d'urgence, dès le lundi lors de la réunion hebdomadaire, pour rappeler aux résidents le cadre de l'astreinte. Celle-ci ne doit être contactée qu'en cas d'urgence majeure, (chute d'un résident, passage à l'acte, violence…). Dans le cas de la situation présente, il était néanmoins important de féliciter l'ensemble du groupe pour leur prise d'initiative et leur réaction. Les valoriser sur le choix de l'intervention des pompiers leur rappelle qu'ils ont la possibilité comme tout citoyen lambda d'utiliser les moyens mis à disposition de la population, situation pour laquelle le professionnel d'astreinte aurait proposé la même réponse. Notre attitude permet de les ramener à une réalité habitante de droit commun en les rassurant sur une situation qui peut se produire dans n'importe quel immeuble collectif et pour laquelle les habitants doivent prendre une décision. [Journal de terrain du 10 avril 2017]

L'épisode montre que la capacité d'autonomie d'un groupe lui permet de solutionner, à plusieurs, des situations de vie classique, où ils se confrontent à un échange de points de vue, une régulation des réactions conduisant à un consensus.

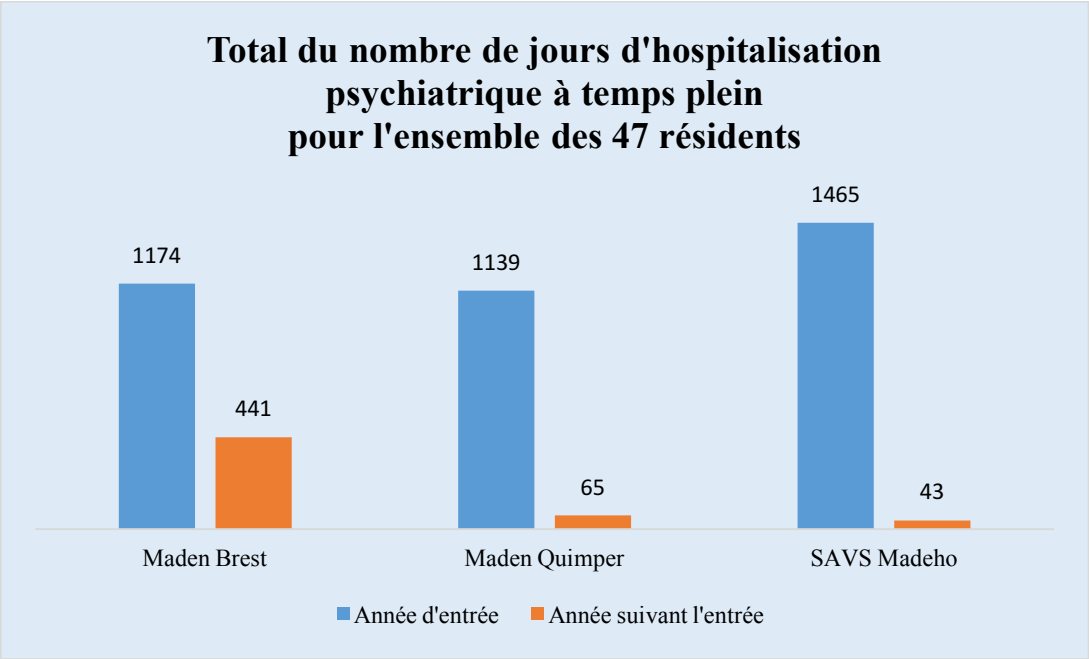
4. Un impact positif et mesurable sur la santé psychique

Nous avons cherché à savoir l'impact de la vie en habitat accompagné sur les personnes en situation de handicap psychique et particulièrement sur leur recours au soin psychiatrique. Nous avons vu que le parcours se jalonne pour certains d'aller-retour incessants entre logement personnel et institution psychiatrique, ce qui nuit à leur équilibre et crée des ruptures. Nous avons comptabilisé le nombre de jours d'hospitalisation psychiatrique à temps plein pour chaque résident sur plusieurs années.

Quatre tableaux quantitatifs[218] montrent l'ensemble des jours passés dans le dispositif d'hébergement psychiatrique de chaque personne tout au long de son parcours de vie et de soin.

Pour une lecture de l'impact direct, le graphique suivant montre le nombre de jours à l'année d'entrée dans l'habitat accompagné et l'année suivant l'entrée de la personne.

Nous avons effectué une moyenne sur les trois services confondus. Sur l'ensemble du dispositif et en fonction de l'année d'entrée de chaque individu, les personnes totalisaient sur l'année d'entrée en habitat accompagné **3 778 jours** d'hospitalisation psychiatrique pour une moyenne de **1 260 jours** par service. Sur l'année suivant l'entrée à MADEN ou au SAVS MADEHO, le nombre de jours d'hospitalisation s'élève à **549 jours,** soit une moyenne de **183 jours** d'hospitalisation par service. Les chiffres nous démontrent sans nul doute une baisse moyenne du nombre de jours à hauteur de **3 229 jours** sur l'ensemble du dispositif.



Source : S. Thébault, données recueillies auprès d'hôpitaux, cliniques et services de soin psychiatriques

[218] Tableau 1 pour MADEN Brest, tableau 2 pour MADEN Quimper, tableau 3 pour SAVS MADEHO. Le tableau 4 regroupe l'ensemble des 15 personnes du corpus. Ces tableaux sont consultables en annexes 2,3,4 et 5 du mémoire.

Les hospitalisations psychiatriques sont de trois ordres et restent nécessaires dans certaines situations. Il peut s'agir d'une demande de soin libre, comme l'illustre l'exemple de Karine, qui fait seule la demande de prise en charge. L'hospitalisation sans consentement, sur demande d'un tiers, intervient pour protéger la personne elle-même ou le groupe, comme le montre la démarche du chef de service pour l'hospitalisation de Maxime, avant qu'il accepte de se rendre de plein gré à l'hôpital. Il s'agit dans un troisième type d'hospitalisations programmées, dites « séquentielles ». C'est le cas de trois résidents pour qui ce type d'hospitalisations a pour objectif de prévenir tout risque de rechute importante.

Denis a besoin de ces temps d'hospitalisations pour se reposer, faire le point et prendre du recul dans sa vie quotidienne.

> « J'ai avancé dans le timing pendant que je suis ici, mes consommations d'alcool ont diminué beaucoup jusqu'à une stabilisation actuelle […] je suis en bonne santé. Et ce que je fais par contre pour vérifier tout ça, je fais des hospitalisations programmées une semaine tous les deux mois à l'hôpital de B. » (E9 : Denis, 50 ans)

Encore fragile, il sait que les hospitalisations en service psychiatrique, spécialisé en addictologie contribuent à maintenir ses efforts d'abstinence. (Tableau 1 : R11) Pour Denis, elles sont programmées depuis 4 ans, après un épisode de mal-être qui a conduit l'équipe de la résidence à une demande de type SDT le concernant. Depuis, le nombre de jours d'hospitalisation correspond en grande partie à des hospitalisations programmées, ce qui explique que les chiffres gardent une constance depuis son arrivée en résidence.

Enzo, quant à lui, a refusé d'emblée les périodes d'hospitalisations séquentielles proposées par son médecin psychiatre.

> « En fait mon psychiatre me disait […] il me parlait de séquentiel, parce qu'il me disait : "vous êtes sorti d'un hôpital psychiatrique donc il vaut mieux que vous restiez quand même un petit peu dans le même schéma…" et j'ai dit non non […] J'ai pas été hospitalisé encore… alors que tous mes détracteurs disaient : "incapable de faire les courses, incapable de tenir une chambre, incapable de…", et tout ça je le fais. » (E8 : Enzo, 42 ans)

Le positionnement dont a fait preuve Enzo marque son courage et sa détermination. Son choix illustre ce que l'on nomme aujourd'hui « l'*empowerment* »[219], c'est-à-dire une action définie comme une prise de pouvoir.

> « Dans le champ de la santé, il s'agit de donner aux patients les moyens de s'impliquer dans les décisions concernant leur santé, les démarches d'éducation thérapeutique [qui

[219] Selon Dominique Peljak, docteur en droit médical et de la santé, le terme fait référence « aux individus en tant que sujets actifs de leur propre histoire » et se comprend comme une démarche d'auto-prise en charge initiée par des individus ou des groupes.

> constituent une des facettes de l'*empowerment*] du patient par exemple, visant à améliorer la participation des patients à leurs soins. »[220]

Pour Enzo, l'absence d'hospitalisation depuis 18 mois passés au SAVS prouve sa capacité à reprendre « prise » sur sa vie, au regard de la « carrière institutionnelle » qu'il a connue, et dont il nous dit avec émotion être enfin sorti. Nous sommes convaincue qu'une réelle prise en soin s'est amorcée pour lui par l'accompagnement renforcé du SAVS au sein d'un habitat adapté.

Jerry est passé de 213 jours annuels d'hospitalisations en 2014/2015, à 22 jours depuis son installation sur la résidence MADEN en novembre 2015 (Tableau 1 : R6).

> « Y'en a eu trois [hospitalisations] depuis que je suis là… C'est beaucoup moins qu'avant » (E10 : Jerry, 33 ans)

À cette importante diminution s'ajoute une fin de prise en charge par le SAVS classique qui l'accompagnait et une stabilisation de son traitement. L'ensemble des facteurs apparaît produire une évolution favorable et une « prise en soin », induite par le support de l'habitat accompagné.

Prisca et Paul confirment les bienfaits de l'habitat accompagné qui « sauve » ou qui « rattrape » par le rythme qu'il procure à ses habitants. Tout deux mettent en avant leur vie en résidence comme le moyen d'éviter l'hospitalisation psychiatrique.

> « Oui ça m'évite ben d'être hospitalisée aussi quoi, quand on chute un peu ben on est rattrapé par le rythme de la résidence, quand on a des choses à faire, on n'a pas le temps de penser [silence]… Ça me maintient ouais… » (E2 Prisca, 46 ans)

Prisca parle d'une forme de maintien qui l'empêche de « chuter ». En mettant en lien son discours et les chiffres recueillis des périodes d'hospitalisation, nous nous interrogeons sur le sens qu'elle donne à la fonction de support de la résidence. En effet, Prisca n'a connu que 15 jours d'hospitalisation psychiatrique en 2015 (Tableau 2 : R27) sur les sept dernières années et fait partie des personnes les moins hospitalisées.

Paul décrit sa situation comme une « mort » évitée par son arrivée en résidence, à la fois mort au sens strict du terme et mort « sociale ». Il est clair que pour lui l'habitat accompagné représente l'ultime solution et une issue « heureuse » au bout d'un parcours chaotique, où il était à bout de souffle.

---

[220] PELJAK D. (2016), « *Empowerment* en santé mentale : pour une évolution du droit sanitaire français », *Revue française des affaires sociale*, p. 77.

> « Ah ben, ça a un impact, moi ça m'a sauvé hein… ça m'a sauvé de venir ici carrément ! Carrément, parce que j'étais pas bien du tout avant […] y a un impact vraiment, moi depuis que je suis ici, je me sens beaucoup mieux, beaucoup mieux […] ici c'est un renouveau, c'est un renouveau… ah je vous assure, c'est un renouveau, c'est une nouvelle vie quoi une nouvelle vie … Depuis que je suis ici, j'ai pas eu une seule hospitalisation…c'est bien hein ?» (E3 : Paul, 54 ans)

Personnage attachant, son témoignage révèle une véritable renaissance, un ancrage retrouvé au sein d'un lieu où il se sent aujourd'hui chez lui. Il recherche notre approbation sur le signe positif de l'absence de périodes d'hospitalisation. Arrivé en résidence accueil en juin 2015, Paul comptabilise en effet, sur les 18 mois précédant son entrée à MADEN, 298 jours d'hospitalisation. (Tableau 2 : R34)

La manière dont l'habitat fait « soin » pour les personnes qui y vivent est une question essentielle sur laquelle s'interroger. Plusieurs facteurs concourent à apporter aux habitants une sécurité et une stabilité dans des lieux qui leur permettent de se réapproprier leur existence. Éloignés de l'institution mais pas tout à fait considérer comme des habitats ordinaires, nous saisissons ici la position intermédiaire, d'entre-deux des habitats accompagnés.

Qu'il s'agisse des aides humaines, mises en place dans un accompagnement sur mesure en fonction des besoins des personnes ; de la dimension de l'espace privé, lieu à soi, personnel que l'on s'approprie pour s'autoriser à être pleinement libre ou du semi-collectif, dans le sens du partage, de l'entraide et de l'appartenance à un groupe, nous sommes bien, pour chaque individu, dans une dimension de « prise en soin » au sens large. Nous repérons, néanmoins, certaines limites inhérentes qui laissent entrevoir que ce mode d'habitat est une solution qui convient à certaines personnes et moins à d'autres. Les témoignages des personnes elles-mêmes et de leur entourage traduisent les effets positifs produits par l'habitat accompagné sur la santé psychique des habitants, permettant d'éviter le recours au soin psychiatrique.

CONCLUSION. Une « prise en soin » probante des habitats accompagnés, évitant l'hôpital

Notre travail de recherche-action nous a conduit à questionner l'habitat accompagné en résidence accueil et en SAVS renforcé pour tenter d'en saisir sa fonction auprès des personnes qui y vivent. Nous avons montré l'ambivalence de ces habitats dans le sens où ils ont pour vocation de proposer à des individus fragilisés par la maladie un lieu de vie proche du droit commun même s'il garde un fonctionnement ambigu, pouvant s'apparenter sur certains points au modèle de l'institution.

La recherche démontre, au travers du discours des habitants de ces lieux, à de rares exceptions, que le mode d'habitat « accompagné » à la fois en résidence et en SAVS renforcé est un support à une véritable « prise en soin ». Il représente une réponse « intermédiaire » pour des personnes qui ne relèvent pas ou plus de l'institution psychiatrique ou médico-sociale mais dont la fragilité psychique et le risque de « rechute » ne permet pas la vie en logement indépendant.

Notre premier constat porte sur l'intervention de l'habitat accompagné dans le parcours résidentiel de la personne lorsqu'il y a déficit, absence, épuisement ou inadaptation de l'entourage et que la vie en logement autonome n'est plus ou pas envisageable.

Au travers de notre étude, nous avons traduit sous le vocable de « rupture » comment, à un moment donné du parcours de vie, une personne en situation de handicap psychique peut avoir besoin de l'habitat accompagné. Il s'agit de situations qui font suite soit à un décès qui engendre l'absence, soit à l'épuisement de l'entourage qui ne sait plus comment la soutenir, soit à l'envahissement par les autres qui abolit toute capacité de gestion. L'alternance entre l'institution « domicile » et le logement autonome ne permet plus à l'individu de se situer quelque part. Ces va-et-vient empêchent l'ancrage dans un lieu à soi et représentent des réponses insatisfaisantes qui ne durent pas. La personne s'en remet parfois en dernier recours à l'entourage qui porte, supporte mais jusqu'à ne plus pouvoir. Les familles se retrouvent parfois démunies et ne savent plus comment soutenir leur proche. Nous percevons dans le discours des parents interrogés la place symbolique de l'habitat accompagné qui constitue pour eux aussi une prise en soin qui soulage et libère.

Dans une seconde hypothèse, nous avions considéré les habitats accompagnés comme un gage de sécurité qui, par la construction de leur projet et leur configuration même, participent

à la « prise en soin » des personnes permettant de limiter le recours aux périodes d'hospitalisation psychiatrique.

Les éléments chiffrés que nous avons obtenus confirment qu'après un temps d'installation en résidence accueil ou en colocation au SAVS renforcé, les hospitalisations diminuent fortement, voire deviennent inexistantes pour quelques personnes. Couplés aux chiffres, les récits de chaque habitant soulèvent plusieurs facteurs explicatifs. Les habitats accompagnés rassurent et procurent un sentiment de sécurité et de stabilité. La vie en semi-collectif permet le contact avec d'autres personnes, diminue le sentiment d'isolement, évite la solitude et le repli sur soi. La présence quasi quotidienne des intervenantes sociales, des aides à domicile, des infirmiers et autres aides humaines consolide un lien à la vie sociale, un contact, assurant une prévention ou l'alerte en cas de difficulté.

L'hospitalisation psychiatrique devient alors l'exception, quand le lieu de vie permet la possibilité de l'appropriation d'un lieu à soi, où l'on se sent soutenu et assez fort pour affronter les difficultés quotidiennes et trouver des solutions pour les contourner. Il ne s'agit pas ici de « diaboliser » l'institution psychiatrique, qui propose elle aussi des modes d'habitats accompagnés sous forme d'appartements thérapeutiques, qui restent néanmoins transitoires. Elle représente le seul recours nécessaire lorsque l'équilibre se rompt et que l'imprévisibilité et l'instabilité de l'état psychique, caractéristique de ce public, resurgit.

Enfin, nous avions soulevé le fait que l'environnement sécurisé, à la fois contenant et apaisant de l'habitat « accompagné », peut s'apparenter au support d'une nouvelle forme « d'institutionnalisation » en milieu ordinaire à la fois moderne et citoyenne. En effet, lors de nos échanges, plusieurs personnes nous ont dit avoir peur du monde « extérieur », ce qui signifie symboliquement que l'habitat accompagné n'est pas dans le monde extérieur. Ils sont une minorité à avoir des activités hors du dispositif. Seules deux à trois personnes ont indiqué considérer la résidence comme un passage transitoire.

Comme nous l'avons souligné « l'hybridité », particulièrement des résidences accueil, questionne leur statut même, conduisant le gestionnaire à la vigilance pour éviter toute dérive vers un fonctionnement institutionnel enfermant. Cela suppose pour les équipes de rester attentives au maintien d'un fonctionnement souple, dans une « juste proximité » sans chercher à anticiper chaque risque et en laissant la place à l'imprévu voire aux moments de vide dont les personnes pourraient se saisir. La taille du groupe en résidence accueil doit, à notre sens, ne pas être dépassée pour assurer une qualité de vie optimale et une attention suffisante à chaque individu. Le SAVS renforcé, au regard de sa particularité de suivi en colocation, pourrait faire

le choix d'imposer la passation d'un relais « équivalent » pour des situations anciennes, où l'accompagnement stagne et s'essouffle, afin d'ouvrir la possibilité d'un nouveau regard, renouvelant le jeu de l'interaction professionnels/bénéficiaires.

Aussi, penser le handicap psychique comme issue d'une maladie mentale chronique ne doit pas empêcher de s'interroger sur ses causes tout comme sur les solutions et collaborations sanitaires et médico-sociales les plus adaptées pour une « prise en soin » de qualité. Réduire les conséquences et l'impact sur la vie quotidienne des personnes en situation de handicap psychique et de façon indirecte sur celle de leur entourage est un objectif commun à poursuivre. Les habitats accompagnés sont, à notre sens, une réponse tout à fait pertinente et adaptée à bon nombre de situations. Le travail de recherche mené conforte l'idée que le dispositif observé représente l'une des réponses d'habitat à développer pour répondre aux besoins grandissants de nos sociétés.

> « Je trouve que c'est impeccable ici, faudrait qu'il y ait des endroits comme ça qui existent beaucoup plus pour les gens qui ont des problèmes psychiques, qui ont des problèmes mentaux… » (E3 : Paul, 54 ans)

BIBLIOGRAPHIE

OUVRAGES

ANZIEU D. et MARTIN J.-Y. (2004), *La dynamique des groupes restreints*, Paris, PUF, coll. « Le psychologue », 13e éd., 397 p.

BLANC A. (1995), *Les Handicapés au travail*, Paris, Dunod, 310 p.

BLOCH M.-A. et HENAUT L. (2014), *Coordination et parcours : la dynamique du monde sanitaire, social et médico-social*, Paris, Dunod, 315 p.

BOUCAND M.-H. (dir.) (1998), *Intimité, secret professionnel et handicap*, Lyon, Chronique Sociale, coll. « Comprendre les personnes », 192 p.

EHRENBERG A. et LOVELL A.M. (2001), *La Maladie mentale en mutation*, *Psychiatrie et société*, Paris, Éditions Odile Jacob, 311 p.

FOUCAULT M. (2015), *Maladie mentale et psychologie*, Paris, PUF, coll. « Quadrige », 6e éd., 104 p.

GARDOU C. (dir.) *et al*., (2016), *Handicap psychique : questions vives*, Toulouse, Érès, coll. « Connaissances de la diversité », 400 p.

GOFFMAN E. (1968), *Asiles « Études sur la condition sociale des malades mentaux »*, Paris, Les Éditions de minuit, 452 p.

JAEGER M. (2012), *L'articulation du sanitaire et du social*, Paris, Dunod, 3e éd., 201 p.

LIBERMAN R. (2015), *Handicap et maladie mentale*, Paris, PUF, coll. « Que sais-je ? », 9e éd., 127 p.

ZRIBI G. et BEULNE T. (dir.) (2009), *Les handicaps psychiques : Concepts, approches, pratiques*, Rennes, Presses de l'EHESP, 211 p.

ZRIBI G. et SARFATY J. (dir.) (2008), *Handicapés mentaux et psychiques, vers de nouveaux droits*, Paris, EHESP, 136 p.

CHAPITRES D'OUVRAGES COLLECTIFS ET/OU DE TRAVAUX DE RECHERCHE

ARVEILLER J.-P. (2009), « Traitement, soin, réadaptation, réhabilitation : qui fait quoi ? », *in* ZRIBI G. et BEULNE T. (dir.), *Les Handicaps psychiques : Concepts, approches, pratiques*, Rennes, Presses de l'EHESP, p. 55-66.

BARBOT J. (2012), « Mener un entretien de face à face », dans *L'enquête sociologique*, Paris, PUF, coll. « Quadrige », p. 115-141.

CASTAREDE M.-F. (2013), « L'entretien clinique à visée de recherche », *in* CHILAND C., *L'Entretien clinique*, Paris, PUF, coll. « Quadrige », p. 139-172.

CHATEL T. (2010), « Éthique du "prendre soin" : sollicitude, care, accompagnement », *in* HIRSCH E. (dir.) (2011), *Traité de bioéthique*, t.1, Paris, Erès, p. 84-94, [en ligne] : https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-0070712 , p. 1-6.

CONFALONIERIE P. (2001), « Habiter, pour le schizophrène », *in* FURTOS J. (dir.) (2001), *Habiter*, Observatoire régional sur la souffrance psychique en rapport avec l'exclusion (ORSPERE), Bulletin national santé mentale et précarité, n°7, Rhizome, p. 1-16.

CROEF de J. (2009), « Le double diagnostic : une affaire louche ? », *in* ZRIBI G. et BEULNE T. (dir.), *Les Handicaps psychiques : Concepts, approches, pratiques*, Rennes, Presses de l'EHESP, p. 25-40.

GREACEN T. et JOUET E. (2012), « Introduction. Rétablissement, inclusion sociale et *empowerment* en santé mentale », *in* JOUET E. *et al.*, *Pour des usagers de la psychiatrie acteurs de leur propre vie*, Toulouse, Érès, « Actualités de la psychiatrie », p. 7-19.

Les Cahiers (2006), « L'accès au logement des personnes en processus de soin », *in* FURET J. (dir.) (2006), « Habitants : l'accès et le maintien dans le logement des personnes ayant des difficultés de santé mentale », Union sociale pour l'habitat, n° 103, Paris, coll. « les Collections d'Actualités habitat », p. 41-48.

SARFATY J. (2009), « Handicaps psychiques ? », *in* ZRIBI G. et BEULNE T. (dir.), *Les Handicaps psychiques : Concepts, approches, pratiques*, Rennes, Presses de l'EHESP, p. 41-54.

SERFATY-GARZON P. (2003), « Le Chez-soi : habitat et intimité », *in* SEGAUD M., BRUN J. et DRIANT J.-C., (sous la direction de), *Dictionnaire critique de l'habitation et du logement*, Paris, Éditions Armand Colin, p. 65-69, [en ligne] : http://www.perlaserfaty.net/texte7htm, p. 1-9.

VIGIL-RIPOCHE M.-A. (2012), « Prendre soin, *care* et *caring* », *in* FORMARIER M. *et al.*, *Les Concepts en sciences infirmières (2e éd.)*, Association de recherche en soins infirmiers (ARSI), Toulouse, « Hors collection », p. 244-249.

ZRIBI G. (2009), « Les handicaps psychiques : état des lieux et problématique », *in* ZRIBI G. et BEULNE T. (dir.), *Les Handicaps psychiques : Concepts, approches, pratiques*, Rennes, Presses de l'EHESP, p. 13-23.

ARTICLES SCIENTIFIQUES/RAPPORTS DE RECHERCHE/COLLOQUES

ARBORIO A.-M. (2007) « L'observation directe en sociologie : quelques réflexions méthodologiques à propos de travaux de recherches sur le terrain hospitalier », *Recherche en soins infirmiers*, vol. 90, (n° 3), p. 26-34.

ARGOUD D. (2011), « De l'hébergement à l'habitat : une évolution ambiguë », *Gérontologie et société* (n° 136), p. 13-27.

BELIARD A. et BILAND E. (2008), « Enquêter à partir de dossiers personnels. Une ethnographie des relations entre institutions et individus », *Genèses*, (n° 70), p. 106-119.

BESSIN M. (2009), « Parcours de vie et temporalités biographiques : quelques éléments de problématique », *Informations sociales* (n° 156), p. 12-21.

BOUCHERAT-HUE V. (2014), « "Handicap" Un concept qui date pour une réforme qui dure », *Perspectives Psy*, vol. 53, p. 129-137.

CAVALLI S. (2007), « Modèle de parcours de vie et individualisation », *Gérontologie et société,* vol. 30, (n° 123), p. 55-69.

COLDEFY M. et NESTRIGUE C. (2014), « L'hospitalisation au long cours en psychiatrie : analyse et déterminants de la variabilité territoriale », *Questions d'économie de la Santé*, (n° 202), IRDES, [en ligne] : http://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/202, p. 1-8.

DIDIER-COURBIN P. et GILBERT P. (2005), « Éléments d'information sur la législation en faveur des personnes handicapées en France : de la loi de 1975 à celle de 2005 », *Revue française des affaires sociales* (n° 2), p. 207-227.

ESCAIG B. (2009), « Le handicap psychique, un handicap caché, un handicap de tous les malentendus », *Revue française des affaires sociales* (n° 1-2), p. 83-93.

FROMM E. (2005), « Les besoins psychiques de l'homme et la société », *Le Coq-héron* (n° 182), p. 84-89.

FINKELSTEIN C. et CANNEVA J. (2006), « 4ème congrès de l'Association Nationale pour la Promotion des Soins Somatiques en Santé Mentale "Soins et Iatrogénies" », colloques en Santé Publique, Marseille, consulté le 10 juillet 2017, programme sur http://asp.bdsp.ehesp.fr/Colloques/?Scripts/Show.bs%3FbqRef%3D1159.

GARDIEN E. (2017), « L'accompagnement à domicile : mission impossible ? », *interview* de B. ENNUYER, *Vie sociale*, (n° 17), p. 71-80.

GROSSETTI M. (2006), « L'imprévisibilité dans les parcours sociaux », PUF, Cahiers internationaux de Sociologie, (n° 120), p. 5-28.

HENCKES N. (2009), « Les psychiatres et le handicap psychique. De l'après-guerre aux années 1980 », *Revue française des affaires sociales* (n° 1-2), p. 25-40.

HENCKES N. (2012), « Entre maladie et handicap : repenser la critique psychiatrique de la loi du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées », Association ALTER, *European Journal of Disability Research,* Elsevier Masson, p. 242-254, [en ligne] : http://www.sciencedirect.com.

HENCKES N. (2013) « Le handicap psychique en France, 1970-2010 : quelle politique, pour quels droits ? », Colloque *Santé mentale, société, cognition*, conférence du 10 janvier 2013, CIRPHLES, École normale supérieure, consulté le 15 novembre 2016 et le 5 juin 2017, http://www.savoirs.ens.fr/recherche.php?rechercheOption=&rechercheTerme=handicap+psychique.

HENCKES N. (2015), « Les nouveaux assemblages de la santé mentale, entre clinique, science et mouvement social », *Pratiques en santé mentale,* 61e année, p. 17-21.

LEGUAY D. *et al.* (2009), « Pour une redéfinition des missions de la psychiatrie en partant des besoins globaux des patients », *L'Information psychiatrique*, vol. 85, p. 519-524.

LEPLEGE A. *et al.* (2015), « Le handicap dit psychique. Enjeux conceptuels et enjeux de soins », *Perspectives Psy*, vol. 54, p. 296-308.

LEROUX N. (2008), « Qu'est-ce qu'habiter ? Les enjeux de l'habiter pour la réinsertion », *VST-Vie sociale et traitements* (n° 97), p. 14-25.

LOTTE L. et SERAPHIN G. (2009), « Le handicap psychique : un concept ? Une enquête auprès de la population majeure protégée », *Ethnologie française*, vol. 39, p. 453-462.

LOUBAT J.-R. (2013), « Parcours et projets de vie : vers une reconfiguration de l'action sociale », *Les Cahiers de l'Actif*, (n° 446-447), p. 7-20.

LOVELL A.-M. *et al.* (2011), « Sur quelques mauvais jeux de mots : classifications psychiatriques et stigmatisation », *L'Information psychiatrique*, vol. 87, p. 175-183.

MAISONDIEU J. (2002), « L'exclusion : un processus mortel », *Études sur la mort*, (n° 122), p. 85-91.

MAISONDIEU J. (2004), « Citoyenneté et santé mentale », *in* JOUBERT M., *Santé mentale, ville et violences*, Érès, coll. « Questions vives sur la banlieue », p. 155-176.

MALAPERT E. (2009), « Comorbidité de l'addiction », *Topique*, vol. 107, (n° 2), p. 9-15.

MANDELBAUM B. (2011), « L'espace familial et sa rupture : entre rêves et souvenirs », *Le Divan familial*, (n° 26), p. 125-136.

MARQUES A. (2013), « Des équipes mobiles de psychiatrie-précarité. Une forme d'articulation entre les champs social et psychiatrique », *Le Sociographe* (n° 42), p. 67-77.

MASSE J.-C. et T.-BRAULT M.-M. (1979), « Maladie mentale et stigmatisation ou Comment on devient un malade mental pour la vie », *Santé mentale au Québec*, vol. 4, n° 1, consortium interuniversitaire Érudit, [en ligne] : http://id.erudit.org/iderudit/030048ar, p. 73-83.

MAUVILLAIN M. (2013), « Projet de soin, projet de sortie, projet de vie. Quelle place pour la famille ? », *Le Journal des psychologues*, (n° 313), p. 27-30.

MEGDICHE C. (2002), « Essai sur la notion de besoin », *Sociétés*, (n° 75), p. 85-90.

MIERMONT J. (2001), « Schizophrénies et thérapies familiales. Perspectives éco-étho-anthropologiques », *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques en réseaux* (n° 26), p.155-174.

MILANO S. (2009), « Le handicap psychique, d'une loi à l'autre », *Revue française des affaires sociales*, ( ), p. 17-24.

MOREAU D. (2007), « Faire interner un proche ? Le travail sur l'autonomie en contexte de troubles psychiques », 1er prix du mémoire CNAF 2006, *Dossier d'Études*, vol. 94, Paris, EHESS, p. 1-65.

PAQUOT T. (2005), « Habitat, habitation, habiter. Ce que parler veut dire… », *Informations sociales*, (n° 123), p. 48-54.

PEINTRE C. *et al.* (2017), « L'accompagnement à domicile des personnes en situation de handicap psychique », *Vie Sociale* (n° 17), p. 215-235.

PELJAK D. (2016), « *Empowerment* en santé mentale : pour une évolution du droit sanitaire français », *Revue française des affaires sociales*, p. 75-88.

PEYNET H. (2012), « Solitude », *in* FORMARIER M. *et al.*, *Les concepts en sciences infirmières*, Toulouse, Association de recherche en soins infirmiers (ARSI), « Hors collection », 2e éd., p. 278-281.

POURRAT A. (2016) « Loi de santé et psychiatrie. Et maintenant ? », *L'Information psychiatrique*, vol. 92, (n° 3), p. 183-186.

ROCHE F. (2007), « Le rapport du CSTS sur l'articulation du sanitaire et du social », *Vie sociale* (n° 1), p. 87-95.

SAÏET M. (2016), « Pour une définition clinique de la notion d'addiction : apports et limites d'une conception générique du symptôme addictif », *Mouvements*, (n° 86), p. 52-60.

SIKSOU M. (2008), « Georges Libman Engel (1913-1999), le modèle biopsychosocial et la critique du réductionnisme biomédical », *Le Journal des psychologues* (n° 260), p. 52-55.

VALLEE L. et DELION P. (2007), « La culture professionnelle de l'action médico-sociale précoce. Un essai de cohabitation entre culture sanitaire et culture médico-social associative », *Contraste,* (n° 27), p. 149-160.

VAN DAMME P. (2016), « Rupture et dépression », *Gestalt,* (n° 48-49), p. 67-82.

VASSART S. (2006), « Habiter », *Pensée Plurielle,* (n° 12), p. 9-19.

VELPRY L. (2009), « Vivre avec un handicap psychique : les appartements thérapeutiques », *Revue française des affaires sociales*, (n° 1), p. 171-186.

VELPRY L. (2014), « Aller mieux avec des troubles psychiques. Un regard sociologique », Santé Mentale, *Acte Presse*, (n° 191), p. 1-5.

VIDAL-NAQUET P.-A. (2009), « Maladie mentale, handicap psychique : un double statut problématique », *Vie sociale*, (n° 1), p. 13-29.

VIDAL-NAQUET P.-A. (2013), « Le care à domicile : tact et tactiques », *Recherche en soins infirmiers*, (n° 114), p. 7-13.

WEBER F. (dir.) (2014), Rapport Final « Parcours de vie, parcours de soins : Évaluer le coût des prises en charge entre services d'accompagnements et secteurs psychiatriques : une étude ethnographique des configurations de prise en charge de personnes accompagnées par des services médico-sociaux dédiés au handicap psychique. », p. 1-36.

WEBER F. *et al.* (2017), TRAPSY Rapport Final : « Entre accompagnement médico-social du handicap psychique et soin psychiatrique : Études de trajectoires de malades mentaux en Île-de-France », IRESP- Axe 3 « Handicap et perte d'autonomie », consulté le 8 mai 2017, http://www.sciences-sociales.ens.fr/IMG/pdf/weber_rapport_trapsy_mars_2017.pdf, 213 p.

WORMS F. (2013), « Handicap psychique et décision pour autrui », « Le handicap psychique, de nouveaux droits ? », colloque *Santé mentale, société, cognition*, conférence du 10 janvier 2013, CIRPHLES, École normale supérieure, consulté le 15 novembre 2016 et le 22 juin 2017, http://www.savoirs.ens.fr/recherche.php?rechercheOption=&rechercheTerme=handicap+psychique.

DOCUMENTS INTERNES AU DISPOSITIF DE L'UDAF

Rapport d'activité 2015 des Résidences Accueil, document interne à l'UDAF, p.1-25.

Projet de service du SAVS MADEHO 2013-2017, document interne à l'UDAF, p. 1-49.

Fiches de poste MADEN et SAVS MADEHO.

RAPPORTS/GUIDES/PLANS GOUVERNEMENTAUX :

ANESM (2009), « Élaboration, rédaction et animation du projet d'établissement et de service », Recommandations de bonnes pratiques professionnelles, consultée le 10 août 2017, http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/reco_projet_etablissement_service_anesm.pdf, 74 p.

BONTE R. (dir.) (2013), Guide *logement, hébergement, accompagnement des personnes en difficulté psychique,* Habitat Santé Mentale Lille Métropole, en collaboration avec l'ARS Nord-Pas-de-Calais, sept. 2013, 3e éd., p. 4, http://www.epsm-lille-metropole.fr/sites/epsm-lille-metropole.fr/files/Guide_Habitat_Santé_Mentale_2013.pdf.

CHARZAT M. (2002), « Pour mieux identifier les difficultés des personnes en situation de handicap du fait de troubles psychiques et d'apporter les moyens d'améliorer leur vie et celle de leurs proches », Rapport parlementaire, Ministère de l'emploi et de la solidarité, consulté le 15 novembre 2016 et le 15 juin 2017, http://www.ladocumentationfrancaise.fr, 138 p.

Collectif UNAFAM et autres associations (2001), *Le Livre blanc des partenaires de Santé Mentale*, Éditions de Santé, consulté le 15 juin 2017, http://www.unafam.org/IMG/pdf/LivreBlancSanteMentale-2.pdf, 175 p.

Fondation Abbé Pierre (2016), Rapport : « 1ère partie zoom : le logement est une question de santé publique », consulté le 22 juillet 2017, http://www.fondation-abbe-pierre.fr/21e-rapport-etat-mal-logement-2016, p. 37-123.

Guide des dispositifs d'hébergement et de logement adapté (2008), « Répondre aux besoins des personnes sans domicile ou mal logées », Chantier National prioritaire 2008-2012, co-production DGAS/DGALN-DHUP, consulté le 10 juin 2017, http://www.federationsolidarite.org/images/stories/2_les_actions/logement/guide_des_dispositifs_hebergement_logement.pdf, 32 p.

LAFORCADE M. (2016), « Rapport relatif à la Santé Mentale », Nouvelle Aquitaine, consulté le 7 mai 2017, http://solidarites-sante.gouv.fr , 190 p.

PIVETEAU D. (2012), « Un nouveau projet pour le secteur médico-social ? », *in Revue hospitalière de France*, (n° 544), consulté le 2 août 2017, http://fulltext.bdsp.ehesp.fr/FHF/RHF/2012/544/29.pdf.

Plan départemental d'action en Finistère pour le logement des personnes défavorisées 2009-2013, *in* « Analyse de la situation du plan », consulté le 8 juin 2017, http://www.finistere.gouv.fr/content/download/4391/28338/file/PDALPD%202009-2013.pdf.

Rapport de synthèse (2015), « Hébergement et accès au logement : les pensions de famille et résidences accueil : du modèle aux réalités d'aujourd'hui », consulté le 8 mai 2017, http://www.gouvernement.fr/sites/default/files/contenu/piece-jointe/2017/03/pensions-de-famille-ecran.pdf, 175 p.

Rapport de la CNSA (2012), « Promouvoir la continuité des parcours de vie : d'une responsabilité collective à un engagement partagé », 02/Prospective, consulté le 10 août 2017,

http://www.cnsa.fr/documentation/promouvoir_la_continuite_des_parcours_de_vie_2012.pdf, p. 31-55.

Rapport d'activité 2015 synthétique sur les Pensions de familles, DDCS du Finistère, p. 3-13.
Bureau des politiques sociales (IUH 1), « Instruction du 11 mars 2003 relative aux maisons relais », consulté le 23 juin 2017, http://www.bulletin-officiel.developpement-durable.gouv.fr/fiches/BO20036/A0060064.htm.

INTERVIEWS– TABLES RONDES

ARGOUD D. (2013), dossier : « Développer une approche par les parcours suppose de refonder l'État social », *Union Sociale*, n° 264, interview de février 2013, consulté le 10 juillet 2017, http://www.ufenm.be/IMG/pdf/5._d._argoud.pdf.

FIJALKOW Y. (2013), dossier « Priorité au logement durable », F.MAG/FNARS.fr, interview de janvier 2013, consulté le 10 juillet 2017, http://sociologie.celeonet.fr/documents/FNARS.pdf.

LOGAK Z. (2016), « Un nouveau regard sur les troubles psychiques », table ronde du cycle de conférences Santé mentale : bousculons nos préjugés, 11 mai 2016, avec P. Landman et J.-P. Winter, consulté le 21 juin 2017, https://www.franceculture.fr/conferences/un-nouveau-regard-sur-les-troubles-psychiques.

SITES INTERNET : ASSOCIATION, CLASSIFICATION

CANNEVA J. (2004), audition devant le Sénat le 5 février, consultée le 10 juin 2017, http://www.senat.fr/rap/l03-210-2/l03-210-28.html.

Classification statistique Internationale des Maladies et des problèmes de santé connexes, « CIM-10 FR à usage PMI », vol. 1, Bulletin Officiel spécial n° 2017/9, consulté le 18 juin, http://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bos/2017/sts_20170009_0001_p000.pdf.

« Handicap psychique, UNAF, URAF, UDAF : un réseau engagé », consulté le 20 novembre 2016 et le 18 juin 2017, niveau national http://www.unaf.fr et niveau du département du Finistère : http://www.udaf29.fr.

Union nationale des familles et amis de personnes malades ou handicapées psychiques (UNAFAM), site internet consulté le 22 novembre 2016 et le 18 juin 2017, http://www.unafam.org.

LOIS/ARTICLES/CIRCULAIRES/TEXTES REGLEMENTAIRES

Article L.211-3 du Code de l'Action Sociale et des Familles (CASF), consulté le 15 juin 2017, https://www.legifrance.gouv.fr.

Article L.301-1 du Code de la construction et de l'habitation, consulté le 15 juin 2017, https://www.legifrance.gouv.fr.

Circulaire interministérielle n° DGCS/SD1C/DHUP/DIHAL/2017/157 du 20 avril 2017, relative à la mise en œuvre du plan de relance 2017-2021 des pensions de famille et des

résidences accueils, consultée le 24 juin 2017, http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2017/05/cir_42217.pdf.

Décret n° 93-1216 du 4 novembre 1993, relatif au guide-barème applicable pour l'attribution de diverses prestations aux personnes handicapées et modifiant le code de la famille et de l'aide sociale, le code de la sécurité sociale (abrogé par le décret n° 2004-1136 du 21 octobre 2004), consulté le 21 juin 2017, https://www.legifrance.gouv.fr.

Décret n° 2002-120 du 30 janvier 2002 relatif aux caractéristiques du logement décent pris pour l'application de l'article 187 de la loi n° 2000-1208 du 13 décembre 2000 relative à la solidarité et au renouvellement urbains, consulté le 11 juillet 2017, https://www.legifrance.gouv.fr.

Loi n° 75-534 du 30 juin 1975, d'orientation en faveur des personnes handicapées (abrogée par ordonnance n° 2000-549 du 22 juin 2000), consultée le 15 juin 2017, https://www.legifrance.gouv.fr.

Loi n° 75-535 du 30 juin 1975, relative aux institutions sociales et médico-sociales, (abrogée par le Rapport au Président de la République du 23 décembre 2000), consultée le 15 juin 2017, https://www.legifrance.gouv.fr.

Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002, rénovant l'action sociale et médico-sociale, consultée le 15 juin 2017, https://www.legifrance.gouv.fr.

Loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002, de modernisation sociale, consultée le 15 juin 2017, https://www.legifrance.gouv.fr.

Loi n° 2005-32 du 18 janvier 2005, de programmation pour la cohésion sociale, consultée le 21 juin 2017, https://www.legifrance.gouv.fr.

Loi n° 2005-102 du 11 février 2005, pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, consultée le 15 juin 2017, https://www.legifrance.gouv.fr.

Décret n° 2005-223 du 11 mars 2005, relatif aux conditions d'organisation et de fonctionnement des services d'accompagnement à la vie sociale et des services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés, consulté le 15 juin 2017, https://www.legifrance.gouv.fr.

Loi n° 2007-308 du 5 mars 2007, portant réforme de la protection juridique des majeurs, consultée le 15 juin 2017, https://www.legifrance.gouv.fr.

Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009, portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, consultée le 15 juin 2017, https://www.legifrance.gouv.fr.

Loi n°2011-803 du 5 juillet 2011, relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge, consultée le 22 août 2017, https://www.legifrance.gouv.fr.

Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, consultée le 15 juin 2017, https://www.legifrance.gouv.fr.

GLOSSAIRE

ADIL : Association Départementale d'Information sur le Logement
AMP : Aide-médico psychologique
ANESM : Agence Nationale de l'Evaluation et de la qualité des établissements et services
ARS : Agence Régionale de Santé
ASS : Assistant de Service Social

CATTP : Centre d'Activité Thérapeutique à Temps Partiel
CASAL : Commission d'Accompagnement Social d'Aide au Logement
CASF : Code de l'Action Sociale et des Familles
CCAS : Centre Communal d'Action Sociale
CDAPH : Commission des Droits à l'Autonomie des Personnes Handicapées
CDAS : Centre Départemental d'Action Sociale
CD : Conseil Départemental
CDES : Commission Départementale de l'Éducation Spéciale
CESF : Conseillère en Économie Sociale et Familiale
CHRS : Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale
CIDIH : Classification Internationale des Déficiences, Incapacités et Handicaps
CIF : Classification Internationale du Fonctionnement, du handicap et de la santé
CIH : Classification Internationale du Handicap
CIM-10 : Classification statistique Internationale des Maladies : 10e révision
CLS : Contrat Local de Santé
CLSM : Conseil Local de Santé Mentale
CMP : Centre Médico-Psychologique
CNSA : Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie
COPIL : Comité de Pilotage
COTOREP : Commission Technique d'Orientation et de REclassement Professionnel
CROSM : Comité Régional d'Organisation Sociale et Médico-Sociale
CSAPA : Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie
CSTS : Conseil Supérieur du Travail Social
CVS : Conseil de Vie Sociale

DDASS : Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
DDCS : Direction Départementale de la Cohésion Sociale (remplace la DDASS)
DIPC : Document Individuel de Prise en Charge
DSM : *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*

EPSM : Établissement Public de Santé Mentale
ESAT : Établissement Social d'Aide par le Travail

FAM : Foyer d'Accueil Médicalisé
FINESS : FIchier National des Etablissements Sanitaires et Sociaux

FNAP-Psy : Fédération Nationale des Associations d'usagers et d'ex-usagers de la PSYchiatrie
FV : Foyer de Vie

GEM : Groupe d'Entraide Mutuelle
GIP : Groupement d'Intérêt Public

HDT : Hospitalisation à la Demande d'un Tiers (remplacée par les SDT)
HO : Hospitalisation d'Office (remplacée par les SDRE)

IDE : Infirmier Diplômé d'État
IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales
IRDES : Institut de Recherche et de Documentation en Économie de la Santé

MADEN : Maison d'Accueil D'accompagnement et d'ENtraide mutuelle
MADEHO : Mode d'Accompagnement à Domicile En lien avec l'HOpital.
MASP : Mesure d'Accompagnement Social Personnalisé
MDPH : Maison Départementale des Personnes Handicapées
ME : Monitrice Éducatrice
MJPM : service des Mandataires Judiciaires à la Protection des Majeurs (de l'UDAF)
MPT : Maison Pour Tous
OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PDALPD : Plans Départementaux d'Action pour le Logement des Personnes Défavorisées
PO : Placement d'Office
PPH : Processus de Production du Handicap
PV : Placement Volontaire

SAAD : Service d'Aide et d'Accompagnement à Domicile
SAVS : Service d'Accompagnement à la Vie Sociale
SAMSAH : Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés
SAMSAH : Service d'Accompagnement Social et Médico-social pour Adultes Handicapés
SDRE : Soins à la Demande d'un Représentant de l'État
SDT : Soins à la Demande d'un Tiers
SIAO29 : Service Intégré d'Accueil et d'Orientation
SISM : Semaine d'Information sur la Santé Mentale

TISF : Technicien de l'Intervention Sociale et Familiale

UDAF : Union Départementale des Associations Familiales
UNAF : Union Nationale des Associations Familiales
UNAFAM : Union nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques

VADT : Visite A Domicile Thérapeutique

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION. À la recherche de l'habitat idéal 1

Chapitre I. L'habitat, support d'une réadaptation sociale, vers un nouveau mode de « prise en soin » du handicap psychique ? 3

1. De la maladie mentale à la reconnaissance du handicap psychique 3
   1.1 De la notion d'asile vers l'hôpital psychiatrique hors les murs 3
   1.2 Une prise en compte de l'impact social et environnemental 5
      1.2.1 Une clarification incomplète du concept de handicap 6
      1.2.2 La révision de la CIH : un consensus possible ? 7
   1.3 Une ambivalence dans le rapprochement amorcé des champs sanitaire et social 8
      1.3.1 Une réadaptation possible dans le milieu de vie ordinaire 8
      1.3.2 La résistance des psychiatres face au secteur du handicap 10
2. Une avancée morale, juridique et législative majeure au début du XXIe siècle 11
   2.1 Une forte mobilisation associative : vers une implication du pouvoir public 11
   2.2 Une rénovation de l'action sociale dans la lignée des parcours de vie 12
      2.2.1 La notion de parcours de vie : une acception large 12
      2.2.2 Un décloisonnement des champs, imposé par la logique de « parcours » 14
   2.3 Une volonté politique d'égalité et de droits à la compensation 15
      2.3.1 Une définition du handicap discutable 16
      2.3.2 Un objectif de continuité des parcours 16
3. Le handicap psychique aux frontières du soin et du social 17
   3.1 Un palier franchi vers une dé-stigmatisation ? 18
   3.2 Le handicap psychique : un large spectre aux contours indéfinis 19
      3.2.1 Les pathologies à l'origine d'un handicap psychique selon l'UNAFAM 19
      3.2.2 L'ambivalence de la notion de double diagnostic : un risque de confusion 20
      3.2.3 Une politique de santé mentale large et indéfinie 21
   3.3 Compréhension et accompagnement du handicap psychique 22
      3.3.1 Intérêt de l'habitat : vers la réhabilitation psychosociale 23
      3.3.2 Imprévisibilité et fluctuation des troubles : quelle approche ? 24
4. La place de l'habitat au cœur de l'existence des individus 25
   4.1 L'institution, un modèle contestable 26
   4.2 L'habitat et le logement, une ouverture du soin vers le milieu ordinaire 28
   4.3 L'habitat, de l'appropriation à l'inclusion 29
      4.3.1 L'appropriation comme voie du rétablissement 30
      4.3.2 L'habitat hors institution, vecteur d'une véritable inclusion sociale ? 31
5. L'habitat accompagné : une « prise en soin » du handicap psychique ? 32
   5.1 Un point d'ancrage incontournable au rétablissement des individus 33
   5.2 Questionnement et hypothèses de recherche 34

Chapitre II. Le dispositif observé : deux résidences accueil et trois colocations 37

1. La complexité de l'accès à l'habitat des personnes fragilisées 37
   1.1 Une déclinaison imprévue : la résidence accueil 38
   1.2 Une volonté d'accompagnement par le biais d'un habitat adapté 39
   1.3 Des étapes à franchir dans la mise en œuvre du projet de résidences accueil 40
2. MADEN/MADEHO : deux formes d'habitat accompagné 42

2.1 Les résidences MADEN : Maison d'Accueil D'accompagnement et d'ENtraide mutuelle 42
2.1.1 Un espace architectural propice au lien social 43
2.1.2 Capacité d'accueil et moyenne d'âge 44
2.1.3 L'équipe des résidences accueil et leurs missions principales 45
2.1.4 La procédure d'admission appliquée à MADEN/MADEN St-Ex 46
2.1.5 Les activités et accompagnements proposés 48
2.2 Le SAVS MADEHO, Mode d'Accompagnement à Domicile en lien avec L'HOpital 49
2.2.1 Espace architectural, capacité d'accueil et moyenne d'âge 50
2.2.2 Composition de l'équipe de MADEHO et missions principales 51
2.2.3 Une procédure d'admission guidée par les services de soin 52
2.2.4 Un double accompagnement individuel et collectif soutenu 52

Chapitre III. De la « mesure » du soin psychiatrique à sa dimension qualitative 55

1.Une recherche bibliographique pour délimiter les contours de l'objet 55
2. Une observation participante en fonction du contexte et des acteurs 56
2.1 Une relation instaurée avec les résidents par une présence régulière 56
2.2 Une observation participante sur des temps d'échanges professionnels 57
3. Une étude quantitative des périodes d'hospitalisations 57
3.1 Un document d'accord de recueil de données à construire 58
3.1.1 Une présentation collective à la résidence MADEN Quimper 59
3.1.2 Un besoin de rencontres individuelles à MADEN Brest 59
3.1.3 Une double approche collective et individuelle nécessaire à MADEHO 60
3.2 Une adaptation des méthodes de recueil en fonction des services de soin 60
3.3 Une analyse chiffrée imposant des choix 61
4.Une vision qualitative par le recueil d'un matériau empirique 62
4.1 Des entretiens exploratoires pour éclairer les pistes de recherche 62
4.2 Des choix réfléchis dans le corpus des personnes interrogées 63
4.2.1 Des rencontres dans le cadre d'entretiens semi-directifs 64
4.2.2 Un choix de lieu pensé en fonction des interlocuteurs 65
4.2.3 Des difficultés à contourner en lien avec le thème de recherche choisi 66
4.2.4 La négociation du mail de Paulette 67

Chapitre IV. L'interdépendance des parcours de vie, de soin et résidentiel 69

1. La question du diagnostic : entre volonté de savoir et catégorisation 69
2.Une vie quotidienne entravée par des symptômes invalidants 71
2.1 Les troubles du sommeil 72
2.2. Des pathologies secondaires liées au handicap psychique 73
2.2.1 Des comorbidités somatiques 73
2.2.2 Des comorbidités addictives 74
3. Des trajectoires de vie marquées par des situations de « rupture » 76
4. Une recherche de stabilité dans un lieu de vie intermédiaire 80
4.1 Deux types de parcours résidentiel antérieur 80
4.1.2 Un parcours institutionnel : « l'institution domicile » 80
4.1.2 Des lieux de vie : entre la famille et l'institution 82
4.2 La place des familles face au monde du soin psychiatrique 85
4.3 La vie en logement autonome entravée par un sentiment de solitude 87
5. L'habitat accompagné : une réponse à des besoins identifiés 88

5.1 Un besoin matériel 88
5.2 Une sortie du circuit psychiatrique 91
5.3 La nécessité d'une vie en collectivité 92

Chapitre V. L'habitat « accompagné », enjeu et support d'une « prise en soin » 95

1. Les facteurs de « soin » de l'habitat accompagné 95
1.1 Un environnement protecteur : de la sécurité à la stabilité 95
1.2 L'appui des aides humaines pluri-professionnelles 97
1.2.1 L'intervention du droit, gage d'une protection 98
1.2.2 L'intervention des services d'aide à domicile 99
1.2.3 L'intervention des professionnels du soin 100
1.2.4 Des accompagnements ajustés en fonction du parcours antérieur 101
2. La dimension symbolique du logement personnel 103
2.1 Un sentiment d'ancrage dans un lieu à soi 104
2.2 Un investissement relatif du lieu privé 107
2.2.1 Un parcours résidentiel antérieur freinant l'appropriation 107
2.2.2 L'intention de Maxime « d'être bien chez lui » 108
2.2.3 Un sentiment opposé entre le dedans et le dehors 110
3. Une vie en semi-collectivité : enjeux et limites de la prise en soin 112
3.1 Une régulation différente en résidence et en SAVS renforcé 113
3.1.1 La place symbolique des intervenantes comme lien du collectif 113
3.1.2 Des formes de conjugalité et de rivalité au sein du SAVS 114
3.2 Des limites observables au vivre ensemble 115
3.3 Le collectif, facilitateur du lien social 117
3.3.1 Des activités à partager : un sentiment d'utilité sociale 117
3.3.2 Un contact quotidien favorisant la création de liens amicaux 118
3.3.3 Le serpent dans l'ascenseur : une action « d'empowerment » collectif 120
4. Un impact positif et mesurable sur la santé psychique 121

CONCLUSION. Une « prise en soin » probante des habitats accompagnés, évitant l'hôpital 125
BIBLIOGRAPHIE 128
GLOSSAIRE 137
TABLE DES MATIERES 139

Annexe 1. Tableau sociologique du corpus des personnes interrogées sur les résidences MADEN et le SAVS MADEHO 142
Annexe 2. Tableau 1 : nombre de jours d'hospitalisation psychiatrique à temps plein par année des résidents de MADEN Brest 144
Annexe 3. Tableau 2 : nombre de jours d'hospitalisation psychiatrique à temps plein par année des résidents de MADEN Quimper 145
Annexe 4. Tableau 3 : nombre de jours d'hospitalisation psychiatrique à temps plein par année des bénéficiaires du SAVS MADEHO 146
Annexe 5. Tableau 4 : récapitulatif du nombre de jours d'hospitalisation psychiatrique à temps plein par année de l'ensemble des personnes interrogées du dispositif MADEN/MADEHO dans le cadre de l'enquête qualitative 147
Annexe 6. Document d'accord pour le recueil de données chiffrées des périodes d'hospitalisation 148
NOTE DE SYNTHESE 149

Annexe 1. Tableau sociologique du corpus des personnes interrogées sur les résidences MADEN et le SAVS MADEHO

Nom et numéro d'entretien	Âge	Sexe	Date entrée dispositif	Durée de séjour dans le dispositif	Diagnostic posé	Mesure de protection	Âge d'arrivée du trouble psychique	Statut matrimonial	Nombre d'enfants	Nombre de frères et sœurs	Profession des parents	Niveau scolaire/ formation/ métier	Aide humaine/activités domaine médico-social	Aide médicale/activités domaine sanitaire
Maxime (E1)	49	M	avr-15	2 ans et 2 mois	schizophrénie	Aucune	16 ans	Célibataire	0	1 sœur	Père: Non renseigné Mère: femme de ménage à la poste et secrétaire médicale	Niveau BEPC, a peu travaillé, n'a pas eu de métier	activité interne à Maden	1 passage matin quotidien pour traitement (TT) et suivi CMP (récent)
Prisca (E2)	46	F	mai-15	2 ans et 1 mois	bipolarité	MASP (organisme extérieur)	26 ans	Célibataire	0	2 frères	Mère au foyer ; Père: plombier/chauffagiste	réceptionniste d'hôtel (horaires de nuit)	activité bénévole ponctuelle et actvité interne à Maden	1 passage IDE pour TT semaine et suivi CMP
Paul (E3)	54	M	juin-15	2 ans	schizophénie	Curatelle renforcée (organisme extérieur)	25 ans	Célibataire	0	1 frère	Père (DCD): magasinier; Mère au foyer	Cuisinier de métier, a eu plusieurs emplois	activité interne à Maden	1 passage IDE matin quotidien pour TT - suivi CMP et CSAPA
Dana (E4)	57	F	juil-15	1 an et 11 mois	dépression grave	Aucune	1 ère dépression à l'âge de 15-16 ans puis aggravation vers 42 ans	Divorcée 2 fois	1 (DCD)	4 sœurs et 4 frères	Père: tailleur puis garçon de café et autres métiers; Mère: femme au foyer, couturière, agent immobilier	Niveau 3e technique, arrêt des études mariage "forcé"; a exercé plusieurs métiers: intermittente du spectacle, esthéticienne, commerciale	activités associatives bénévole	Autonome pour TT - suivi CMP
Théo (E5)	41	M	juil-15	1 an et 11 mois	schizophrénie	Curatelle renforcée (organisme extérieur)	21 ans	Célibataire	0	1 sœur et 1 frère	Père: vit et travaille en Chine; Mère en retraite, a exercé plusieurs métiers: secrétaire, démonstratrice de marque de stylo, vendeuse en bijouterie	Bac +2, après le bac études d'images et de son. N'a pas travaillé	activité interne à Maden - AVS CCAS 1 fois/sem/1h30; plus de passage IDE pour TT depuis peu	Autonome pour TT
Guillaume (E6)	63	M	sept-07	9 ans et 9 mois	psychose - dépression grave	Curatelle renforcée (exercée par le frère)	19 ans	Célibataire	0	1 frère	Père: expert foncier juridique et commercial (DCD); Mère au foyer (DCD)	Baccalauréat A (philo-lettres) puis a fait un Deug de droit (non obtenu), il a travaillé en ESAT pendant 15 ans (atelier filet, sous-traitance, cartonnerie)	SAVS: repas et ménage collectif et une activité MJC par semaine	1 temps CMP pour TT semaine - 3 temps HJ/sem
Valentine (E7)	57	F	sept-07	9 ans et 9 mois	psychose	Aucune	37 ans	Célibataire	0	2 frères et 3 sœurs, dont 1 jumelle	Père: officier de marine puis commandant dans la marine marchande et mère au foyer	Deug de sciences, niveau bac+2; a été un peu professeur de mathématiques dans le privé	SAVS: 2 activités fixes/sem - Passage AVS 2 fois /sem (courses et ménage)	2 passages IDE matin et soir TT - 1 temps HJ/sem
Enzo (E8)	42	M	janv-16	1 an et 5 mois	schizophrénie	Curatelle renforcée (organisme extérieur)	24 ans	Célibataire	0	1 sœur	Père: directeur d'une entreprise d'import/export; Mère: Agent administratif au Trésor Public de l'Ambassade de France (les parents ont vécu et travaillé 15 ans au Sénégal)	Bac ES (mention AB) puis Deug AES non obtenu. N'a pas travaillé	SAVS: 1 activité fixe/sem	1 temps CMP pour TT semaine

Denis (E9)	50	M	oct-12	4 ans et 8 mois	dépression grave et alcool	Curatelle renforcée (organisme extérieur)	20 ans	Divorcé	2	fils unique	Père: comptable gestionnaire en maison de retraite; Mère coiffeuse pendant 10 ans puis agent dans une école maternelle	Licence marine conduite de réacteur; BTS maintenance industrielle puis Bac D. Carrière de mécanicien dans la marine	Activité interne à Maden et activité bénévole soutien scolaire	1 VAD IDE secteur psychiatrqiue 1 fois par mois depuis 3 ans; Passage IDE tous les matins pour TT depuis 5 ans
Jerry (E10)	33	M	nov-15	1 an et 7 mois	bipolarité	Curatelle renforcée (organisme extérieur)	24 ans	Célibataire	0	1 frère	Parents agriculteurs en retraite	CFG niveau 3e; afait 2 ans en SEGPA. A fait un CAP mécanicien, non obtenu; A fait l'armée puis travail agricole (famille), n'a plus travaillé ensuite	1 passage AVS 1h30/sem et actvité interne à Maden	1 visite IDE secteur psychiatrique Passage IDE
Hugo (E11)	39	M	mars-14	3 ans et 4 mois	psychose non définie	Curatelle Renforcée (organisme extérieur)	20 ans	Célibataire	0	2 sœurs	Père: retraité de l'arsenal; Mère: atteinte d'un syndrome psy, et d'une hernie discale (en invalidité)	CAP électrotechnique (non obtenu); Agent SNCF à Paris pendant 4-5 ans; a travaillé en ESAT peu de temps (démission en 2016)	1 passage AVS 1h/sem, actvité interne à Maden et bénévolat soutien scolaire	1 passage IDE pour TT tous les matins
Paulette (E12)	58	F	oct-12	4 ans et 8 mois	bipolarité	Curatelle renforcée (organisme extérieur)	16-17 ans	En couple	5 (dont 1 DCD)	NR	Père: comptable/expert comptable puis commissaire aux comptes (DCD); Mère secrétaire (DCD à 68 ans), atteinte d'une sclérose en plaques	Niveau 5e, a un peu travaillé dans une ferme	AVS 2 fois/semaine (courses et ménage) + activité interne à Maden ponctuelle	Passage IDE libéraux 2 fois par jour pour TT; Passage IDE secteur psy, CATTP 2 fois/semaine + hôpital de jour le week-end.
Me Corsy (E13, mère d'Alain)	70	F						Veuve	3 (dont 1 DCD)					
Alain (E13)	46	M	mars-15	2 ans et 3 mois	schizophrénie	Curatelle renforcée (organisme extérieur)	30 ans (prémisses à l'adolescence)	Célibataire	0	1 frère et 1 soeur (DCD)	Mère: Coiffeuse; Père: inspecteur de police (DCD)	CAP peintre en bâtiment, a eu un emploi de peintre de ses 16 à ses 30 ans	1 passage/sem SAVS Emeraude - 2 passages CCAS AVS/sem	1 passage CMP pour TT semaine et 1 VAD IDE secteur CMP/sem
Me Hany (E 14, mère de Yann)	65	F						Mariée	3					
Yann (E14)	45	M	sept-12	4 ans et 9 mois	troubles psychologiques, de type névrose obsessionnelle	Curatelle Renforcée (organisme extérieur)	15 ans	Célibataire	0	2 sœurs	Père: cuisinier dans l'Éducation nationale; Mère: contrôleur du Trésor Public	Bac G comptabilité, puis 1 an à l'IPAG. A travaillé huit ans en tant qu'adjoint administratif à la Défense. Est en invalidité depuis 1 an. Souhaite retravailler, a fait des démarches et a une orientation en ESAT	Pas d'AVS (a stoppé pour cause finançière). Aide familiale (mère) pour l'entretien du logement. Fait des activités au sein de l'APF et interne à Maden.	Autonome dans la prise de TT. Pas de passage IDE.
Mr Rachud (E 15, père de Martin)	70	M						Divorcé	2					
Martin (E15)	34	M	mars-16	1 an et 3 mois	schizophrénie	Aucune	23 ans	Célibataire	0	1 sœur	Père: dessinateur chez EDF (retraité); Mère: responsable de service à la CUB (en retraite, souffre de maladie de type Alzheimer)	NR	Passage AVS pour ménage 1 fois / semaine	Passage IDE libéraux matin et soir pour TT; Passage IDE secteur psy 1 fois par mois; temps de CATTP (en remplacement du SAVS, fin de PEC en mars 2017)

Annexe 2. Tableau 1 : nombre de jours d'hospitalisation psychiatrique à temps plein par année des résidents de MADEN Brest

Résidents	Entrée	Durée de séjour	âge	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017*
R1	mars-16	1 an et 3 mois	33	24	71	NR	NR	3	81	160	217	365 + SAVS	212 + SAVS	0
R2	mai-16	1 an et 1 mois	34	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
R3	mars-14	3 ans et 4 mois	39	NR	NR	NR	NR	NR	46	365	54	87	30	0
R4	oct-12	4 ans et 8 mois	55	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
R5	sept-12	4 ans et 9 mois	55	0	0	0	0	0	0	15	14	0	0	0
R6	nov-15	1 an et 7 mois	33	13	16	345	350	314	195	34	103	110	18	4
R7	sept-12	4 ans et 9 mois	45	SA	329	220	293	163	40	44	20	41	0	0
R8	oct-12	4 ans et 8 mois	57	0	40	0	0	8	182 + HN	66 + HN	112	39 + 8 HJ	12 +16 HJ	0
R9	juin-13	4 ans	43	0	55	0	20	23	27	5	1	8	7	2
R10	sept-12	4 ans et 9 mois	60	51	45	55	27	68	150	69	71	60	66 (HS)	12 (HS)
R11	oct-12	4 ans et 8 mois	50	39	17	0	0	7	15	50	42	24	31 (HS)	18 (HS)
R12	oct-12	4 ans et 8 mois	58	NR	NR	HJ	38 + HJ	34 + HJ	128 + HJ	HJ	53 + HJ	HJ	1 + HJ	HJ
R13	oct-12	4 ans et 8 mois	63	NR	88	3	HJ	105	181	0	0	0	0	0
R14	oct-12	4 ans et 8 mois	57	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
R15	sept-12	4 ans et 9 mois	62	NR	NR	NR	NR	NR	97	0	0	0	36	0
R16	oct-12	4 ans et 8 mois	62	0	0	0	100	180	0	0	0	0	0	0
R17	oct-12	4 ans et 8 mois	52	NR	NR	NR	NR	NR	0	0	0	0	0	0
R18	oct-12	4 ans et 8 mois	70	NR	NR	NR	NR	NR	0	91	0	0	0	0
R19**	avr-17	2 mois	27	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	HJ

Légende

NR	Non Renseigné	SA	Suivi Ambulatoire
SAVS	Service d'Accompagnement à la Vie Sociale	HS	Hospitalisation Séquentielle
HN	Hôpital de Nuit		
HJ	Hôpital de Jour		

	Année d'entrée à Maden	*	janvier à juin 2017
	Résidents liés à l'enquête qualitative	**	Résident arrivé en avril 2017

Annexe 3. Tableau 2 : nombre de jours d'hospitalisation psychiatrique à temps plein par année des résidents de MADEN Quimper

Résidents	Entrée	Durée de séjour	âge	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017*
R20	oct-15	1 an et 8 mois	48	0	14	103	101	124	287	0	0
R21	mars-15	2 ans et 3 mois	50	21	8	0	24	46	16	0	0
R22	août-16	10 mois	33	30	185	98	34	132	365	210	0
R23	nov-16	8 mois	39	0	0	0	0	0	99	80 + HJ	HJ
R24	juin-15	2 ans	39	0	0	57	230	0	0	0	0
R25	mars-15	2 ans et 3 mois	40	2	0	0	1	0	60	23	0
R26	juil-15	1 an et 11 mois	57	0	0	0	0	0	0	0	0
R27	mai-15	2 ans et 1 mois	46	0	0	0	0	0	15	0	0
R28	avr-15	2 ans et 2 mois	49	0	66	0	0	0	0	0	18
R29	avr-15	2 ans et 2 mois	38	327	0	3	0	0	0	0	0
R30	avr-15	2 ans et 2 mois	57	0	0	139	60	8	0	0	0
R31	mars-15	2 ans et 3 mois	46	88	362	315	16+SAVS	0+SAVS	0+SAVS	0+SAVS	0+SAVS
R32	mars-15	2 ans et 3 mois	48	0	0	0	37	197	85	9 + HJ	HJ
R33	juil-15	1 an et 11 mois	41	NR	167	75	267	365	204	0	0
R34	juin-15	2 ans	54	0	18	31	0	149	149	0	0
R35	mars-15	2 ans et 3 mois	44	0	0	0	0	0	0	0	0
R36	avr-16	1 an et 2 mois	48	NR	NR	NR	NR	NR	NR	33	43
R37	févr-17	5 mois	31	0	0	90	0	0	0	0	0

Légende				
	*	janvier à juin 2017	HJ	Hôpital de Jour
		Année d'entrée à Maden St-Ex	NR	Non Renseigné
		Résidents liés à l'enquête qualitative	SAVS	Service d'Accompagnement à la Vie Sociale

Annexe 4. Tableau 3 : nombre de jours d'hospitalisation psychiatrique à temps plein par année des bénéficiaires du SAVS MADEHO

Bénéficiaires	Entrée	Durée de séjour	âge	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017*
R38	mars-08	9 ans et 3 mois	47	AT	AT	AT	94 +AT	10 + HJ	HJ	HJ	HJ	HJ	HJ	HJ	4 + HJ	HJ	HJ
R39	sept-07	9 ans et 9 mois	47	0	0	4	7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
R40	sept-07	9 ans et 9 mois	57	AT +HJ	AT + HJ	AT + HJ	260 (AT)	0	0	0	0	0	0	0	0	HJ	HJ
R41	sept-09	7 ans et 9 mois	49	NR	45	356	362	289	328	15 + HJ	0	0	0	0	0	0	0
R42	sept-07	9 ans et 9 mois	63	365	207	358	262 + HJ	HJ	12 +HJ	HJ	HJ	HJ	HJ	HJ	HJ	HJ	HJ
R43	mai-16	1 an et 1 mois	37	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	19 + HJ	8 + HJ	18	49 (AT)	49 (AT) + HJ	AT	HJ
R44	janv-16	1 an et 5 mois	42	361	349	365	365	365	349	365	342	358	348	361	331	0	0
R45	juin-13	4 ans	45	NR	NR	NR	NR	NR	197	358	365	364	201 + HJ	AT + HJ	15 + HJ	20 + HJ	69 (HS) + HJ
R46	nov-13	3 ans et 7 mois	51	NR	NR	NR	NR	NR	HJ	HJ	41 + HJ	141 + HJ	HJ	7 + HJ	15 +CMP	5 + CMP	12 + CMP
R47	déc-15	1 an et 6 mois	42	NR	NR	NR	NR	NR	0	0	0	0	0	137 + HJ	4 +HJ	4 + HJ	HJ
R48	juil-16	11 mois	55	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	62 + HJ	17

Légende:				
	NR	Non Renseigné	CMP	Centre Médico-Psychologique
	AT	Appartement Thérapeutique		Année d'entrée à Madeho
	HS	Hospitalisation Séquentielle		Bénéficiaires liés à l'enquête qualitative
	HJ	Hôpital de Jour	*	janvier à juin 2017

Annexe 5. Tableau 4 : récapitulatif du nombre de jours d'hospitalisation psychiatrique à temps plein par année de l'ensemble des personnes interrogées du dispositif MADEN/MADEHO dans le cadre de l'enquête qualitative

Résidents	Entrée	Durée de séjour	âge	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
R1	mars-16	1 an et 3 mois	33	24	71	NR	NR	3	81	160	217	365 + SAVS	212 + SAVS	0
R3	mars-14	3 ans et 4 mois	39	NR	NR	NR	NR	NR	46	365	54	87	30	0
R6	nov-15	1 an et 7 mois	33	13	16	345	350	314	195	34	103	110	18	4
R7	sept-12	4 ans et 9 mois	45	SA	329	220	293	163	40	44	20	41	0	0
R11	oct-12	4 ans et 8 mois	50	39	17	0	0	7	15	50	42	24	31 (HS)	18 (HS)
R12	oct-12	4 ans et 8 mois	58	NR	NR	HJ	38+HJ	34+HJ	128 + HJ	HJ	53+HJ	HJ	1+HJ	HJ

Résidents	Entrée	Durée de séjour	âge	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
R26	juil-15	1 an et 11 mois	57	0	0	0	0	0	0	0	0
R27	mai-15	2 ans et 1 mois	46	0	0	0	0	0	15	0	0
R28	avr-15	2 ans et 2 mois	49	0	66	0	0	0	0	0	18
R31	mars-15	2 ans et 3 mois	46	88	362	315	16	0	0	0	0
R33	juil-15	1 an et 11 mois	41	NR	167	75	267	365	204	0	0
R34	juin-15	2 ans	54	0	18	31	0	149	149	0	0

Bénéficiaires	Entrée	Durée de séjour	âge	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
R40	sept-07	9 ans et 9 mois	57	AT + HJ	AT + HJ	AT + HJ	260 (AT)	0	0	0	0	0	0	0	0	HJ	HJ
R42	sept-07	9 ans et 9 mois	63	365	207	358	262 + HJ	HJ	12 +HJ	HJ	HJ	HJ	HJ	HJ	HJ	HJ	HJ
R44	janv-16	1 an et 5 mois	42	361	349	365	365	365	349	365	342	358	348	361	331	0	0

Légende

AT	Appartement thérapeutique
NR	Non Renseigné
HJ	Hôpital de Jour
HS	Hospitalisation séquentielle

Année d'entrée à Maden/Madeho

Année d'ouverture des services

Annexe 6. Document d'accord pour le recueil de données chiffrées des périodes d'hospitalisation

NOTE DE SYNTHESE

L'habitat des personnes fragilisées, plus particulièrement des personnes en situation de handicap psychique, dont nous parlons dans ce travail, est devenu le point d'ancrage des interventions sanitaires, médico-sociales et sociales. Les orientations en termes de citoyenneté, d'inclusion et de compensation ont ouvert la voie pour faire valoir la place de ce public dans la société, en bénéficiant d'appuis pour surmonter les difficultés de la vie quotidienne. Quel type d'habitat s'offre aux personnes lorsqu'elles n'ont plus leur place au sein de l'institution mais ne parviennent pas non plus à s'inscrire dans un logement indépendant ?

Nous avons sollicité l'Union Départementale des Associations Familiales, seul organisme à proposer des habitats accompagnés de nature pérenne, dédiés aux personnes en situation de handicap psychique. L'UDAF assure la gestion d'un SAVS renforcé sur Quimper depuis 2007 et de trois résidences accueil, respectivement ouvertes en 2012 sur Brest, en 2015 Quimper puis en 2017 sur Plouigneau. Notre étude concerne les deux résidences accueil MADEN de Brest et Quimper et le SAVS renforcé MADEHO.

La résidence accueil est une déclinaison des résidences sociales et pensions de famille, qui s'adresse à deux types de public spécifique. Le fonctionnement est assuré par un gestionnaire qui dispose d'un agrément de gestion de résidences sociales. Leur statut s'inscrit dans le droit commun et permet d'offrir 18 places dans chaque résidence.

Le SAVS renforcé du dispositif s'est construit suite au décret du 11 mars 2005 sur l'ouverture des SAVS/SAMSAH et appartient au domaine médico-social. Son agrément de 12 places s'explique par le caractère renforcé de l'accompagnement individuel et collectif des bénéficiaires, en lien étroit avec un Établissement Public de Santé Mentale (EPSM). Il a la particularité de proposer un mode d'habitat accompagné en colocation dans des appartements insérés dans le droit commun.

Les habitats accompagnés de l'UDAF, comme terrain de recherche, ont éveillé notre curiosité en termes d'enjeu et de support à la vie quotidienne des individus présentant des troubles psychiques. À partir de ces deux exemples d'habitat accompagné, notre première interrogation a porté sur l'impact que produisent ces habitats sur le parcours de vie et le parcours de soin de leurs habitants.

> « Le parcours de vie doit donc être considéré comme une dimension propre de la structure sociale, comme un phénomène empirique à étudier et à expliquer. »[221]

Sur cette base, le parcours de vie que nous avons choisi d'analyser dans ce travail relève du parcours individuel de chaque personne, des négociations qu'elle a dû faire, des chemins, comme celui de l'institution, où elle s'est parfois retrouvée « prisonnière ». Elles doivent alors composer avec la volonté d'autonomie qui les anime et l'entrave d'une maladie psychique, invalidante qui freine leur inclusion dans la société et les obligent à d'autres choix.

À quel moment d'un parcours résidentiel une personne sollicite une entrée au sein d'un habitat accompagné ? À quels besoins vient-il répondre ?

Consciente des divergences de compréhension qui se posent dans l'accompagnement des personnes en situation de handicap psychique et des difficultés de coordination entre les différents champs d'intervention, il est intéressant de s'interroger sur le rôle que jouent les habitats accompagnés dans la « prise en soin » des habitants.

Dans quelle mesure l'habitat « accompagné » en résidence accueil et en SAVS renforcé, comme support et enjeu de la prise en soin des personnes en situation de handicap psychique, produit-il des effets sur le parcours de vie et le parcours de soin, permettant de limiter le recours aux hospitalisations psychiatriques ?

Pour répondre à notre question, trois hypothèses apparaissent en lien avec les habitants des deux formes d'habitat étudiées. Des différences dans le mode de fonctionnement et la manière d'accompagner les personnes les caractérisent.

L'habitat accompagné intervient dans le parcours de vie et de soin d'une personne en situation de handicap psychique lorsqu'il y a déficit, absence, épuisement ou inadaptation de l'entourage et que la vie en logement autonome n'est pas ou plus envisageable.

Les formes d'habitat accompagné sont un gage de sécurité et participent à la prise en soin des personnes. Avoir un logement à soi dans un habitat semi-collectif, assorti de l'accompagnement d'intervenants sociaux et d'un suivi des services de soin, influence positivement la vie quotidienne des habitants, limitant le recours aux périodes d'hospitalisation psychiatrique.

[221] CAVALLI S. (2007), « Modèle de parcours de vie et individualisation », *Gérontologie et société,* vol. 30, (n° 123), p. 56.

L'environnement sécurisé rend l'habitat accompagné en résidence accueil ou en SAVS renforcé, à la fois contenant et apaisant. Ce mode d'habitat peut alors s'apparenter à une nouvelle forme « d'institutionnalisation » en milieu ordinaire qui, par la protection sociale qu'il procure, restreint le champ des possibles « hors du dispositif ».

Pour vérifier nos hypothèses et apporter des éléments de réponses à nos questionnements, nous avons choisi, afin de limiter les biais, de confronter plusieurs méthodes complémentaires, de nature qualitative par observation et entretiens semi-directifs auprès des habitants des lieux et de nature quantitative par des données chiffrées issues de 10 lieux de soin psychiatrique.

Dans un premier temps, une recherche bibliographique pluridisciplinaire nous a aidée à délimiter l'objet de notre recherche, les productions scientifiques sur le handicap psychique s'étant multipliées depuis les années 2000.

L'observation participante sur des temps individuels et collectifs avec les habitants des lieux ou sur des temps professionnels lors de synthèses et de réunions ont nourri notre réflexion. Ces échanges ont permis de saisir des moments de vie sociale en lien avec notre sujet et d'entendre des témoignages de l'expérience vécue au sein de ces habitats.

La méthode quantitative a nécessité la création d'un document d'accord, signé par tous les résidents et bénéficiaires du SAVS, pour le recueil des périodes d'hospitalisation les concernant en amont et en aval de l'entrée dans le dispositif. L'utilisation de la méthode quantitative par données chiffrées, corrélée aux témoignages des habitants et de leurs proches nous donne une lecture scientifique qui permet de mettre en lumière les effets produits des habitats accompagnés sur la santé des personnes.

Aussi, la « prise en soin » produite par la vie semi-collective en résidence accueil et au sein des colocations du SAVS renforcé est, au regard des résultats de notre recherche, plus que probante.

En réponse à notre première hypothèse, l'habitat accompagné intervient effectivement dans le parcours résidentiel de la personne suite à des « ruptures », tel un décès qui provoque l'absence, un épuisement de l'entourage qui ne sait plus comment soutenir ou l'inadéquation de personnes de l'entourage qui abolit toute capacité de gestion. Dans plusieurs cas, la vie en logement autonome, même soutenue par des services de soins ou des acteurs sociaux n'a pas fonctionné, engendrant des va-et-vient entre institution psychiatrique et domicile, marquant une instabilité.

Nous avions envisagé les modes d'habitat accompagné comme un gage de sécurité bénéficiant de nombreux facteurs explicatifs, en termes de semi-collectif, d'accompagnements

par plusieurs acteurs, de la place symbolique d'un logement à soi comme ancrage sécurisant, concourant à éviter les hospitalisations psychiatriques. Nous pouvons synthétiser par trois mots clés, sécurité, stabilité et sérénité l'ensemble des échanges pour illustrer le rôle contenant qu'assure le dispositif dans tous ses apports auprès des personnes.

Nous avions enfin soulevé l'environnement sécurisé des habitats accompagnés, pouvant s'apparenter au support d'une nouvelle forme « d'institutionnalisation » à la fois moderne et citoyenne. Plusieurs habitants signalent leur peur du monde « extérieur », renvoyant symboliquement l'idée que l'habitat accompagné, pourtant à visée inclusive, ne se situe pas dans ce qu'ils considèrent en tant que monde « extérieur ». Ils sont une minorité à avoir des activités hors du dispositif et seules deux à trois personnes considèrent ces modes d'habitat comme un passage transitoire. Certains évoquent même l'impossibilité de se passer de cette structure sécurisante et protectrice.

La recherche-action au sein du dispositif conforte l'idée que ces modes d'habitats sont une réponse pertinente à une véritable « prise en soin » non psychiatrique des personnes en situation de handicap psychique. Ce mode de vie leur permet à la fois d'accéder à un habitat en milieu ordinaire tout en tenant compte de leurs difficultés et de leurs besoins d'être sécurisées. Il reste encore à augmenter le nombre de places dans ce type d'habitat, en SAVS et en résidence accueil, qui apparaît insuffisant au regard des besoins grandissants de nos sociétés modernes.