

**Les premiers
appartements communautaires
du Centre Hospitalier Henri-Guérin
à Pierrefeu-du-Var**

**Mémoire pour le DIU Santé mentale dans la communauté
Promotion « Prima Volta », 2011**

**Universités de Lille 2, Paris-13, Marseille
Centre Collaborateur de l'Organisation Mondiale de
la Santé pour la recherche et la formation en santé mentale
(CCOMS, Lille, France) / EPSM Lille-Métropole.**

**Docteur Jean-Yves FEBEREY
Psychiatre des Hôpitaux, Chef de service du Secteur 83G06
Centre Hospitalier Henri-Guérin 83390 Pierrefeu-du-Var**



Nous remercions vivement Madame E.M. de nous avoir autorisé à publier l'un de ses dessins, qui est la marque visible et partageable de son épanouissement depuis qu'elle vit dans un appartement communautaire.

Table des matières

I.	Introduction	page 3
II.	Rappel des principales modalités d'hébergement et de logement pour les patients suivis en psychiatrie	
	II.A Présentation de l'existant en France	page 6
	II.B Brève évocation des « appartements communautaires » de l'ex-Union soviétique	page 8
	II.C A propos de deux exemples italiens	page 10
III.	Mise en place du cadre institutionnel et pratique, des conditions d'admission au règlement intérieur	
	III.A. La convention d'hébergement thérapeutique	page 13
	III.B. Indications et commission d'admission	page 16
	III.C. Personnel d'accompagnement et organisation du séjour	page 18
IV.	Ouverture et premiers mois de fonctionnement	page 19
V.	« Évaluation » en commun avec les usagers, printemps 2011	page 24
VI.	Problèmes rencontrés et solutions envisagées	page 28
VII.	Développement et perspectives, pour ne surtout pas conclure...	page 30
	Annexes	page 33
	Bibliographie	page 37

I. Introduction.

Comme tant d'autres établissements publics de santé psychiatriques, le Centre Hospitalier Henri-Guérin, ancien asile départemental du Var, doit accomplir un certain nombre de mutations importantes pour s'adapter aux exigences sanitaires et budgétaires actuelles. Nous n'aborderons ici que l'aspect organisationnel et thérapeutique du projet concernant les appartements communautaires, envisagés comme une alternative à l'hospitalisation à temps plein pour un certain nombre de patients hospitalisés depuis longtemps dans l'établissement.

C'est Monsieur Michel Bartel, Directeur du Centre Hospitalier, qui, fort de son expérience antérieure dans le domaine du logement, a initié lui-même en 2008 le projet des appartements communautaires, parallèlement à celui des familles gouvernantes et à celui d'une maison relais. En raison d'un déficit chronique de places dans les structures médico-sociales du Var, avec des délais d'attente très longs, il est apparu important de pouvoir proposer rapidement une alternative à des patients qui séjournaient depuis longtemps (plusieurs années pour certains) dans nos services, alternative qui tienne compte à la fois de leur état de santé actuel et de la nécessité d'un accompagnement rapproché, en tout cas dans un premier temps. Les appartements communautaires répondaient à ces conditions.

Dans le contexte social et politique actuel en France, où la psychiatrie se voit pour ainsi dire sommée de réintégrer son asile « naturel », derrière murs, grillages infranchissables et barreaux, sous l'œil des caméras de vidéosurveillance, la promotion d'alternatives à l'hospitalisation temps-plein, si elle ne relève pas encore de l'héroïsme ou de la témérité, revêt un caractère presque militant, surtout dans certaines régions où elles sont encore peu développées.

La question principale pour notre démarche est d'étudier comment un nouveau dispositif, qui nous a été proposé par la Direction de l'hôpital à côté de l'AFT (accueil familial thérapeutique), pouvait être mis en place et devenir une alternative crédible à l'hospitalisation, et de plus facilement accessible aux patients. D'étudier aussi quelles sont les nombreuses questions qui se posent aux patients et aux équipes aux différentes étapes du retour vers la cité. Enfin, et cela est très clair surtout pour les appartements installés dans l'enceinte de l'hôpital, y-a-t-il une vie après l'appartement communautaire ? La réponse est évidemment

oui, mais à partir de quand et comment peut-on la préfigurer dans le projet global conduit avec la personne ?

Revenons maintenant à l'expérience de Pierrefeu-du-Var. Une équipe pluridisciplinaire s'est donc constituée autour de la Cadre du service social, comprenant deux psychiatres (dont l'auteur de présent mémoire), des représentants des équipes soignantes et bien sûr des personnels éducatifs. La première étape a été la définition des critères d'admission et de la nature juridique du titre d'occupation, sachant qu'un consensus s'est rapidement créé pour que les patients ne règlent que les charges courantes, eu égard à leur situation financière précaire (AAH à taux réduit et forfait journalier pendant toute la durée de leur hospitalisation, qui était – rappelons-le – *de longue durée*, un des critères retenus pour l'admission en appartement communautaire).

Il a fallu limiter aussi – pour l'appartement situé dans l'enceinte de l'hôpital - le contrat à 11 mois, période nécessaire à une évaluation précise de l'autonomie et à la mise en place d'un projet pour la suite de la prise en charge, mais aussi délai qui permet de ne pas se retrouver dans une situation de bail de droit commun. Il ne s'agit pas d'une ruse de guerre, mais du moyen légal de préserver le caractère d'expérience de l'installation en appartement communautaire. Les résidents dans l'appartement plus récent du village de Pierrefeu ne sont pas soumis à cette règle.

Pour le premier appartement communautaire, il a été décidé qu'il serait réservé à des femmes, la mixité n'étant pas exclue par principe, mais repoussée à une étape ultérieure du projet global.

Il a fallu définir aussi les modalités du suivi médical (CMP) des patients et les modalités d'intervention des médecins référents des appartements communautaires. Là non plus, pas d'exclusion de principe, mais le souci de trouver une formule qui permette un contact rapide avec le psychiatre référent en cas de nécessité. Le lien avec l'unité d'hospitalisation d'origine a également été préservé, la configuration locale conduisant celle-ci à assurer le rôle infirmier du CMP.

Les résidents gardent généralement leur assistant(e) de service social, qui connaît le mieux leur situation.

Le contact avec l'équipe éducative s'établit dès que l'indication est validée*, dans l'unité d'hospitalisation. Il se poursuit évidemment pendant toute la durée du séjour, et il a même été envisagé qu'il puisse se prolonger au-delà de la sortie de l'appartement communautaire, lors de l'étape suivante (logement personnel, pension de famille/maison relais, appartement communautaire « de longue durée »).

*Nous verrons plus loin que ce premier contact, dans un souci de facilitation et de souplesse, est en pratique anticipé dès la première formulation de l'hypothèse de l'indication dans le service d'hospitalisation.

II. Bref rappel des principales modalités d'hébergement et de logement pour les patients suivis psychiatrie*

II.A Présentation de l'existant en France

Les appartements communautaires sont un des dispositifs prévus pour accueillir des patients suivis en psychiatrie à l'issue d'une hospitalisation à temps plein. Il semble qu'il y ait un large consensus professionnel pour considérer que la période de quelques semaines à quelques mois qui suit une hospitalisation à temps plein est tout à fait cruciale pour l'acquisition (ou la ré-acquisition) de l'autonomie du sujet et pour son insertion (ou réinsertion) dans la cité. D'où l'intérêt de disposer d'une offre élargie et diversifiée pour faire face à des situations singulières dont le dénominateur commun est la complexité et la précarité, psychique et matérielle. Nous utiliserons ici des informations du remarquable Guide *Précarité et santé mentale*, diffusé en 2010 par la FNARS (1).

L'*appartement thérapeutique* est une alternative à l'hospitalisation de type hébergement, qui se définit comme une unité de soins à temps complet dépendant du secteur psychiatrique, avec une présence soignante importante voire continue (page 47). La durée de séjour y est limitée.

L'*appartement communautaire*, objet de notre étude, est une forme de logement, même si sa durée en est limitée (en tout cas pour la première variante expérimentée à Pierrefeu à *l'intérieur de l'hôpital*), avec une assistance éducative soutenue, sous la forme d'un passage (au minimum) quotidien, d'une aide à la vie courante et à l'organisation des loisirs et de l'organisation d'un projet de suite. La prise en charge se fait avec l'équipe de secteur, notamment dans le cadre de consultations de CMP. Le suivi infirmier est volontiers confié à des soignants du secteur libéral (surveillance du traitement, par exemple). En ce sens, il se rapproche de la formule de logement dit de la *famille gouvernante* (page 58), où un groupe de patients salarie une « gouvernante », mais les occupants de l'appartement communautaire, s'ils sont colocataires, ne sont pas co-employeurs de l'auxiliaire de vie, l'équipe éducative étant salariée de l'hôpital organisateur.

***En-dehors des structures médico-sociales et des CHRS - Centres d'Hébergement et de Réinsertion Sociale.**

(1) *Précarité et santé mentale, Repères et bonnes pratiques, FNARS, 2010*

La *pension de famille/maison-relais* est « une forme de logement adapté proposant un habitat durable à des personnes en situation d'isolement ou d'exclusion lourde ayant connu des parcours institutionnels antérieurs voire d'errance et au profil social et psychologique rendant impossible l'accès ou le maintien dans un logement ordinaire » (page 26). Même si cette formule est inscrite au nombre des dispositifs généraux d'hébergement et d'accès au logement, la définition donnée des usagers pressentis montre bien que bon nombre de nos patients pourraient s'y inscrire.

L'*accueil familial thérapeutique (AFT)* est « une forme d'hospitalisation à domicile, auprès de familles agréées qui sont choisies, accompagnées et rémunérées par l'hôpital » (page 46). Classiquement, l'AFT offre un cadre familial dans la durée à une personne souffrant de troubles psychiques et suffisamment stabilisée, mais il y a des exemples tout à fait convaincants d'accueil familial thérapeutique pour des personnes en crise et pour une durée brève, tel l'AFTAH, accueil familial thérapeutique alternatif à l'hospitalisation, présenté à Lille par Madame Dossou-Yovo (2).

L'*appartement personnel* serait l'aboutissement d'un parcours associant une ou plusieurs de ces formules, et en ce sens, il devrait toujours être recherché pour le plus grand nombre de patients, mais au terme d'une évaluation précise et suffisamment longue des aptitudes de la personne à s'occuper de sa vie quotidienne, doublée d'une évaluation des formes d'assistance qui lui sont nécessaires. Citons aussi la possibilité de l'*appartement associatif* (« accueil de malades stabilisés sans limitation de durée » dans des logements appartenant à des associations qui signent une convention avec l'hôpital, page 47) et du *bail glissant* (à l'issue d'une période transitoire où la personne en voie d'insertion est sous-locataire, elle devient locataire en titre, page 26).

(2) Session de Lille du DIU, 23 mars 2011

II.B Brève évocation des « appartements communautaires » de l'ex-Union soviétique.

Le terme d'*appartements communautaires* est le terme consacré pour une forme de logement largement répandue en URSS, mais dont la fin du tsarisme comportait déjà une préfiguration, en plus précaire et avec plus de promiscuité, les « appartements de lits et de coins », réponse hâtive à une très importante crise du logement de la fin du 19^{ème} et du début du 20^{ème} siècle, contemporaine de l'industrialisation et de l'urbanisation de la Russie encore tsariste.

Il existe en français un excellent livre très complet sur la question, dû à Katerina Azarova, *L'appartement communautaire, l'histoire cachée du logement soviétique* (3). Il n'est évidemment pas possible d'en donner un résumé dans le cadre de ce travail, mais de rappeler que l'*appartement communautaire* a une histoire, longue et lourde de sens, et que la reprise du terme pour désigner, aujourd'hui en France, une forme de logement assisté/accompagné pour des personnes souffrant de difficultés psychiques, n'est peut-être pas anodine, sans qu'on cherche pour autant à y voir l'ombre d'on ne sait quels fantômes staliniens...

La grande époque de l'appartement communautaire se situe entre 1920 et 1950, mais la pratique s'en est maintenue jusqu'à la fin de l'URSS, et même au-delà, l'auteur du livre ayant publié témoignages et photographies. Il existe aussi sur le sujet un beau et touchant documentaire de Françoise Huguier, *Kommunalka* (2008), où témoignages et images montrent comment les destins singuliers des habitants les amènent à vivre dans ce contexte. Les questions économiques sont évidemment déterminantes, mais les événements de vie, surtout graves, y ont toute leur part.

Réponse à la crise du logement, mais aussi « recherche d'un monde nouveau », avec l'ambition d'émanciper les travailleurs et surtout les travailleuses des tâches domestiques, de leur faciliter l'accès aux loisirs et à la culture, de favoriser la scolarisation des enfants, la politique du logement soviétique est complexe et riche d'enjeux idéologiques. A cet égard, la question du « Projet personnel face à la Norme communautaire » n'est-elle pas sans nous interpellier aussi, tout comme la question des règles de vie, des parties communes et de leur entretien (voir annexe 4, page 36).

(3) Éditions du Sextant, Paris, 2007

Nous avons relevé avec intérêt une citation en bas de page du livre de Katerina Azarova, où un certain S. Gourevitch écrit en 1923 : « *Une véritable maladie de notre époque, la 'psychose du logement' – la peur paranoïaque d'expulsion de l'appartement – devrait attirer la plus vive attention des médecins* » (page 148).

Loin de nous l'idée de faire peser cet héritage historique sur notre équipe, dont la mission n'est bien sûr pas la « recherche d'un monde nouveau », et encore moins sur les patients dont nous avons la responsabilité, mais cette rapide mise en perspective nous a néanmoins semblé incontournable.

L'appartement communautaire, qu'il soit soviétique ou pierrefeucaïn, toutes proportions gardées, et c'est sur cela que nous voulons insister, n'est pas une simple colocation, où les colocataires - plus ou moins - se choisissent, et pas davantage une collocation (équivalent d'un internement pour nos amis belges...), ni une assignation à résidence. Il constitue une étape sur le chemin du retour à la cité, le plus souvent après une hospitalisation longue, et le partage de cette expérience avec des « inconnus » peut être tout à fait enrichissant, même si des conflits, petits ou grands, sont inévitables. L'intervention de l'équipe fait de l'appartement communautaire un dispositif thérapeutique et de (re)socialisation, avec de l'assistance et de la médiation, individuellement et au sein du groupe des résidents. C'est en cela qu'il n'est pas une juxtaposition de solitudes meurtries, mais le lieu d'une dynamique à la fois institutionnelle et « désinstitutionnalisante », dont l'équipe est simultanément le garant et le catalyseur.

II.C Deux exemples italiens.

Les références bibliographiques sur le sujet sont rares en langue française, aussi avons-nous choisi de retenir deux exemples italiens.

Le premier concerne une expérience à Trieste et a été rédigé en 1997 par Giovanna Del Giudice (4). L'auteure rappelle ainsi qu'à l'hôpital psychiatrique (*manicomio* en italien, mot chargé de très lourdes connotations), « on n'habite pas, mais qu'on est dans un lieu construit, structuré, organisé autour du contrôle de la dangerosité supposée du/de la malade mental/e, ensemble avec des groupes de personnes avec lesquelles on est contraint/e de vivre, dans des espaces fermés et réglementés par d'autres ». Dès 1972, on a commencé à déconstruire l'hôpital psychiatrique et à utiliser des appartements de groupe qui étaient situés sur le site de l'hôpital, comme ceux qui étaient occupés par le directeur ou l'intendant. Cet épisode est rappelé dans le film *Quand tombent les murs de l'asile* (Youki Vattier, 2006), A cet égard, il est intéressant de noter que, des années après à Pierrefeu-du-Var, c'est aussi dans l'ex-villa d'un ancien chef de service qu'a été installé le premier appartement communautaire.

Dans ce texte, l'accent est mis sur l'importance de « la présence active et de l'engagement quotidien des intervenants ». Le but était qu'aucun des habitants de ces appartements ne retourne à l'hôpital psychiatrique.

On passait d'une « architecture de la psychiatrie centrée sur la dangerosité », à une « architecture du retour à la vie ». Les « structures résidentielles » correspondent à un large éventail de possibilités en Italie et ont l'ambition d'offrir une prise en charge différenciée, avec une assistance graduée pour répondre aux besoins différenciés de sujets différenciés. Ces structures résidentielles contribuent à faire sortir les patients de l'hôpital psychiatrique et au dépassement de celui-ci ; à combattre les nouvelles formes d'institutionnalisation, y compris dans les services d'admission (*SPDC* – service psychiatrique de diagnostic et de traitement) ; à mettre en route des projets thérapeutiques et de réhabilitation pour des sujets avec des problèmes significatifs de santé mentale ; à prévenir les phénomènes de chronicisation et d'abandon.

(4) *Le strutture residenziali nel Dipartimento di Salute mentale*,
http://www.triestesalutementale.it/francese/doc/Lachat_Trieste.pdf

Les habitations incluses dans ce projet sont la propriété de l'établissement public (*USL* – unité sanitaire locale) pour celles qui sont sur le site de l'hôpital, du parc immobilier privé ou des « constructions populaires » (équivalent de nos HLM).

Les principales actions entreprises dans les structures résidentielles concernent la « qualification de l'habitat », l'accès des personnes aux espaces et aux meubles, la réduction des psychotropes, avec en particulier l'abandon des formes retard. L'affectation de personnels non-sanitaires doit permettre de sortir d'une logique purement sanitaire pour permettre le soutien au quotidien.

Nous devons le second exemple au Docteur Luciano Sorrentino (Turin), qui nous a très amicalement transmis le texte de sa toute récente communication (5) au 8^{ème} Congrès Européen de Psychiatrie et de Psychanalyse intitulé « Un Divan sur le Danube » (Budapest, 1-3 juin 2011). Il s'agit d'une évaluation de l'efficacité d'un programme mis en place à son initiative à partir de janvier 2006, le *Programma Case Supportate* (PCS dans la suite du texte), qu'on pourrait traduire par le *Programme Maisons Soutenues* ou encore *Maisons Accompagnées*, et qui constitue une formule originale, proche à certains égards de l'appartement communautaire que nous expérimentons à Pierrefeu-du-Var, mais allant aussi au-delà de notre formule telle qu'elle est appliquée actuellement.

Le PCS a été conçu et est dirigé par Luciano Sorrentino, Directeur du Dispensaire de Santé Mentale « Franco-Basaglia » de Turin et utilise, sur le plan opérationnel, la Coopérative SINAPSI (*Supporto in Ambito Psichiatrico*, Soutien en Milieu Psychiatrique, fondée en 2003), qui consacre aux activités du programme une équipe composée d'un coordinateur et de sept agents.

« En résumé, il s'agissait de donner à toutes les personnes à risque d'institutionnalisation, la possibilité de vivre dans des lieux normaux », écrit Luciano Sorrentino. Il s'agit d'un programme de réhabilitation par l'habitation : chez elle, la personne peut exprimer son point de vue et devient sujet/protagoniste, avec le soutien constant des agents de l'équipe. Le programme vise à l'amélioration de la qualité de vie des personnes ayant un handicap psychique, en recherchant un renforcement des habiletés individuelles, mais aussi des ressources de l'environnement social.

(5) *Valutazione dell'Efficacia del Programma Alloggi Supportati*, Luciano SORRENTINO, Direttore del CSM « Franco-Basaglia », ASL 2, Torino (Italie)

On retrouve le même concept que dans l'exemple triestin, où la maison doit être ressentie par la personne comme un lieu propre à habiter, et non comme un lieu de soins. De la même manière, le processus de réhabilitation est centré sur la personne et ses exigences, sur le handicap (envisagé comme réduction ou manque de certaines habiletés), *et non pas* sur la pathologie et ses symptômes.

Aujourd'hui, le PCS prend en charge 16 personnes (10 hommes et 6 femmes), parmi lesquelles cinq ont un logement personnel (location ou propriété), les autres étant dans les logements mis à disposition par le programme. Un double des clés est en possession de l'équipe, mais ne sera utilisé qu'en cas d'urgence et/ou avec l'accord des occupants.

L'équipe, outre le coordinateur (qui n'est pas le « responsable », voir ci-dessous), comprend quatre psychologues et trois éducateurs. Leur recrutement ne s'effectue pas uniquement sur la base des diplômes obtenus, mais aussi sur la base de l'expérience professionnelle, en particulier dans des domaines avoisinants. Ce sont les qualités relationnelles qui sont prises en compte pour ce travail particulier sur le terrain. Là aussi, nous notons que l'équipe n'est pas du tout « sanitaire », ce qui n'exclut nullement la mise en place d'une permanence de la prise en charge, basée sur les éléments suivants :

- une réunion quotidienne lors du changement d'équipe, de 14 à 15 heures, avec un précieux échange d'informations ;
- une réunion d'équipe hebdomadaire au siège de la coopérative, avec le responsable du PCS (le Docteur Luciano Sorrentino jusqu'en juin 2010, puis le Docteur Guido Emanuelli) ;
- une permanence téléphonique avec une astreinte opérationnelle 24/24 et 7/7, aucune interruption de l'activité pendant l'année : l'expérience a montré que souvent les « nouveautés » survenaient en-dehors des heures de bureau, la nuit ou à l'occasion de fériés ; le caractère atypique du rythme de travail est inévitable pour ce type de prise en charge ; le responsable du PCS est lui aussi souvent consulté en-dehors de la réunion hebdomadaire.

Les agents du PCS ne sont aucunement « marqués », ils ne portent pas d'uniforme et même leurs véhicules n'ont pas d'inscription. Ils ont simplement une carte professionnelle avec eux lorsqu'ils sont en service ou d'astreinte, ainsi que l'exige la loi. Il s'agit de respecter au maximum la *privacy* des personnes suivies.

Celles-ci ont la possibilité de demander des entretiens individuels au Docteur Sorrentino, ou de le joindre au téléphone.

Le PCS garantit un soutien aux personnes dans la gestion de leur vie quotidienne, mais rien n'est prévu de manière standardisée : les activités sont programmées *avec* les intéressés et ceci est une part importante du processus de réhabilitation. Les agents doivent donc faire preuve d'une grande disponibilité – et aussi de beaucoup de mobilité -, de manière à satisfaire les exigences des personnes suivies, à qui une certaine élasticité pourra être aussi demandée. On attend des agents de l'équipe qu'ils arrivent à « établir une relation d'empathie et de confiance réciproque avec les locataires, afin que s'instaure un climat de profitable collaboration ».

Cinq points clés sont ciblés en permanence dans le PCS :

- la gestion de la maison, en recherchant à coordonner les ressources de chacun et d'augmenter les habiletés qui ne sont pas adaptées ;
- la gestion du budget, où les agents doivent aider les locataires à acquérir l'aptitude à une gestion économique correcte des dépenses courantes et imprévues ; si la personne est protégée, les agents maintiennent un contact permanent avec les administrateurs ou tuteurs ;
- le soin de sa personne par chacun, de l'hygiène à la santé ; coordination avec les médecins qui s'occupent de la personne ;
- gestion des crises, notamment en cas de rechute de la pathologie psychiatrique, où tout est fait pour éviter l'hospitalisation ;
- la socialisation, à travers les loisirs et les vacances, mais aussi à travers des activités culturelles et sportives dans la cité ; le maintien des relations de la personne avec sa propre famille.

La disponibilité 24/24 est un des piliers du PCS, rappelons-le. Elle permet de répondre à toutes les « véritables » situations d'urgence, qui ont été peu nombreuses, mais aussi de répondre à la demande de certaines personnes de bénéficier transitoirement d'un surcroît d'attention.

Enfin, s'il fallait un dernier argument en faveur du dispositif turinois du PCS, l'aspect financier nous le donnerait immédiatement : sont comparés la Communauté thérapeutique psychiatrique (145 à 180 euro/jour), l'appartement de groupe (75 à 95 euro/jour) et le PCS (29.50 euro/jour). L'étude des éléments de comparaison dépasse le cadre de ce travail, mais il serait évidemment très intéressant de pouvoir les préciser, surtout si on prend en compte le nombre de personnes suivies, la dimension de l'équipe et la permanence 24/24, même si elle est réalisée sous la forme d'une astreinte.

Pour conclure cette partie, on pourrait dire que le modèle du PCS présenté par Luciano Sorrentino est une combinaison particulièrement réactive et efficace de l'appartement communautaire et de l'équipe mobile. Pourrions-nous prendre exemple sur ce modèle dans le cadre du développement de l'expérience de Pierrefeu-du-Var ? Nous aurons l'occasion d'y revenir dans le chapitre VI de ce travail (Problèmes rencontrés et solutions envisagées).

III. Mise en place du cadre institutionnel et pratique, des conditions d'admission au règlement intérieur

Le premier document que nous avons élaboré lors du montage du projet est un « contrat de soin », qui débouche sur une « Convention d'hébergement thérapeutique », mise en forme à la fin de l'année 2009.

Le contrat de soin, qui n'est pas remis aux résidents sous sa forme initiale, mentionne leur « profil » (« lourd passé institutionnel, histoire de vie compliquée, autonomie relative, projet de sortie »), les modalités d'admission (nous y reviendrons en détail) et le suivi du séjour (essentiellement des réunions, du « conseil de maison » à l'évaluation trimestrielle du dispositif, en passant par des synthèses mensuelles ou à la demande de l'équipe, et bien sûr le suivi individuel, médico-social et éducatif).

III.A. La convention d'hébergement thérapeutique.

Elle comporte un préambule, qui l'inscrit dans la « politique de réinsertion psychosociale en milieu ouvert » du Centre Hospitalier Henri-Guérin et comme « structure alternative à l'hospitalisation dont l'objectif est de répondre à la difficulté d'insertion dans un logement individuel pour certains patients de l'établissement (...) ».

Elle précise aussi que « l'attribution et la cessation de cette convention est soumise à l'appréciation de la commission d'admission composée d'autorités administrative et médicale du Centre Hospitalier ». Ceci a pour conséquence que la résiliation de la convention et l'expulsion éventuelle de l'occupant sont liées à « des clauses exorbitantes du droit commun », dont « le bénéficiaire déclare avoir été pleinement informé ».

Toutes les précautions juridiques ont été prises lors de la préparation de la convention, et c'est ce qui justifie notamment que la durée du séjour ne puisse en principe excéder onze mois, au-delà desquels on se trouverait dans une situation de bail d'habitation ordinaire, de droit privé, avec des conditions de résiliation plus contraignantes pour le bailleur et plus protectrices pour l'occupant.

La convention précise la consistance (chambre meublée à l'usage exclusif de l'occupant, locaux collectifs), la durée et des « conditions générales ». Celles-ci reprennent bien des termes des baux d'habitation ordinaires, notamment pour tout ce qui a trait l'occupation paisible, aux éventuelles transformations ou dégradations, à l'assurance obligatoire, à l'interdiction de sous-louer. Des clauses particulières concernent cependant l'interdiction de prêter les lieux ou d'héberger des tiers, d'avoir un animal domestique ou l'obligation de donner accès au propriétaire et au personnel soignant « aussi souvent qu'il sera nécessaire ».

Il est précisé au titre de la redevance que le contrat est « consenti et accepté à titre gracieux », à l'exception des charges fixées à 15 euro par mois. Une caution de 200 euro est demandée.

Enfin, une dernière clause de « résiliation de plein droit » par le propriétaire (le Centre Hospitalier représenté par son Directeur), « sans qu'il soit besoin de remplir aucune formalité », est prévue en cas de non respect du contrat de soin ou du règlement intérieur, de défaut de paiement de la caution ou de défaut souscription d'une assurance en responsabilité civile et des risques liés à l'habitation.

La question de ces clauses exorbitantes du droit commun dans une convention d'hébergement dépasse le cadre du présent travail, mais on notera cependant qu'en échange de la gratuité, et bien sûr de l'accompagnement éducatif et de la poursuite des soins, une certaine précarité subsiste pour l'occupant, qui confirme juridiquement que l'appartement communautaire n'est qu'une étape sur le chemin de la cité/de la citoyenneté. Comment les résidents et les éducatrices le vivent-ils ? Ce sera une question pour l'évaluation en commun prévue au printemps 2011.

III.B. Indications et commission d'admission

Les indications sont celles du contrat de soin, essentiellement une réponse à la difficulté d'insertion dans un logement individuel pour certains patients. La mise en place d'appartements communautaires (plutôt que « collectifs ») vise à ce que les besoins fondamentaux des personnes soient satisfaits, mais dans un contexte « suffisamment souple pour éviter de reproduire le poids de l'institution hospitalière [c'est nous qui soulignons] et permettre ainsi à ces personnes de construire un projet de vie autonome [c'est nous qui soulignons] à plus long terme, selon leurs possibilités ».

Il est donc au moins suggéré que l'institution hospitalière ne favorise pas l'autonomie et l'appartement communautaire a aussi pour visée de réduire le temps d'hospitalisation à temps plein (HTP), jugé à haut risque de chronicisation. L'emploi de ce terme n'a évidemment pas de visée stigmatisante, il vise à regrouper sous un terme un contexte et une évolution cliniques qui ont amené la personne à bénéficier de ce type de prise en charge, au terme d'un parcours le plus souvent long et difficile en institution, y compris avec des hospitalisations sans consentement, rappelons-le à nouveau.

En ce sens, la relative souplesse du dispositif d'admission pourrait permettre de faire bénéficier de nombreux patients de cette formule, à condition que les places et les effectifs éducatifs suivent.

Pour que leur demande puisse être examinée par la commission d'admission, les personnes pressenties doivent répondre à certains critères. Lorsque nous écrivons « leur demande », il convient de nuancer un peu. La nouveauté de la structure nécessitait une information auprès des patients *et* des équipes soignantes, médecins compris. Il fallait qu'elle soit au moins approximativement identifiée dans son fonctionnement et ses objectifs. La « demande » des patients candidats à l'appartement communautaire est en réalité une réponse affirmative à une proposition d'orientation de l'équipe soignante, par rapport à l'évolution connue de la personne. Nous avons bien sûr connu des demandes où l'objectif était irréalisable, mais dans d'autres cas, l'appartement communautaire était une voie inédite pour envisager une sortie jugée autrement impossible à brève ou même moyenne échéance. L'offre crée la demande, dit-on couramment. C'est vrai ici aussi, mais ce qui me paraît plus important encore, c'est que l'offre (nouvelle) conduit à *un changement du regard posé sur la personne*. Par exemple, un patient qui aura connu plusieurs échecs retentissants dans un logement individuel, au point de décourager l'équipe de renouveler l'expérience, pourra être jugé parfaitement apte à vivre

cette période transitoire représentée par le séjour en appartement communautaire, qui représente une évaluation/insertion, un peu comme on parle de recherche/action. Il ne sera plus livré à lui-même dans la solitude et l'isolement d'une cité qu'il ne connaît pas, mais accompagné dans la conquête progressive de l'autonomie et de la sociabilité dans un lieu, qu'il pourra ultérieurement quitter, mais doté d'outils nouveaux ou retrouvés qui pourront lui servir ailleurs, un peu comme la langue étrangère apprise à l'école permet (en principe...) de se repérer un minimum dans le pays où on la parle.

Quels sont ces critères ? Le premier est bien sûr d'adhérer au projet, puis d'être dans un état clinique « stabilisé » (même si ce mot fait horreur à certains), d'être libre de toute « addiction susceptible de compromettre le bon déroulement du projet » et d'être « suffisamment autonome et en capacité de participer à une vie collective ». On pourra trouver que la barre est placée d'emblée très haut, puisqu'il faut déjà être suffisamment autonome pour espérer le devenir encore davantage. Sur la base de l'expérience acquise, nous répondrons que l'admission se fait autant sur des critères acquis, visibles ou lisibles, que sur ce qu'on appelle parfois un « potentiel », une aptitude supposée à l'évolution vers plus d'autonomie. A partir de là, succès et erreurs font partie intégrante du jeu, comme dans toute action humaine.

La commission d'admission statue « sur dossier », mais plusieurs de ses membres connaissent déjà bien le candidat. De plus, en pratique, dès qu'un patient manifeste de l'intérêt pour cette modalité de prise en charge (son existence a fini par être assez largement connue au sein du Centre Hospitalier), ou qu'une équipe le lui suggère, nous demandons que les éducatrices prennent un premier contact avec lui, pour lui expliquer en quoi consiste la démarche, éventuellement pour lui faire visiter les lieux. Si ce premier contact est positif, la demande est formalisée et le dossier monté.

La commission est composée du médecin référent de la structure (l'auteur de ce mémoire), *sauf* lorsqu'il s'agit d'un de ses patients, auquel cas intervient le suppléant, les deux éducatrices affectées sur l'appartement, deux assistantes sociales (référente/suppléante), deux soignants infirmiers (référent/suppléant), le Cadre supérieur socioéducatif, responsable de la coordination de la commission (calendrier et convocation des commissions, synthèse, réponse par courrier aux patients...).

Le dossier comporte une fiche de pré-admission remplie par le patient candidat et son assistante sociale référente, les pièces administratives nécessaires, une fiche médicale de liaison et une fiche d'évaluation de l'autonomie. Nous avons voulu des modèles de documents simples à renseigner et à lire (voire en annexes), sachant que le caractère encore circonscrit de l'expérience laisse à ses acteurs des temps suffisants pour l'échange oral, ce dont personne ne s'est plaint à ce jour...

D'autre part, nous avons bien sûr l'ambition que le patient participe dès que possible à la commission d'admission, qui se réunit *autour* d'une table, où il sera assis à parité avec les personnes qui l'accompagnent et les membres de la commission.

III.C. Personnel d'accompagnement et organisation du séjour.

Deux éducatrices, une à plein-temps, l'autre à mi-temps, sont affectées à la structure. Elles ont eu le renfort temporaire d'une de leurs collègues stagiaire. Les patients/résidents bénéficient de consultations en CMP (auprès du psychiatre référent de la structure ou de leur psychiatre habituel, la règle étant de toute façon le libre choix), d'un accompagnement par leur assistante sociale référente, d'une prise en charge en hôpital de jour ou en CATTP (qui n'a aucun caractère d'obligation, les résidents préférant souvent choisir leurs activités à l'extérieur, ce qui fait quand même partie de la démarche globale...) et le cas échéant de visites à domicile du secteur psychiatrique. Celles-ci sont assez rares en pratique, pour des raisons conjoncturelles liées au déficit en personnel du CMP de Pierrefeu depuis bientôt un an ; le relais a été pris par des infirmières libérales, que ce soit pour des prélèvements sanguins à domicile ou pour la préparation et la surveillance des traitements, à l'entière satisfaction des résidents, il est important de le préciser.

L'organisation du séjour est balisée par les termes du contrat de soins, mais aussi par les missions de l'éducateur. Il lui est demandé beaucoup de disponibilité dans le temps, mais aussi de disponibilité personnelle. Parmi les compétences requises : « être référent et animateur, aptitude à entretenir la convivialité, capacité d'adaptation, de compréhension et d'analyse, impulser des *rappports humains fondés sur le respect et la tolérance...* ». Cette dernière rubrique, pour honorable qu'elle soit, prête à sourire si on la confronte aux pratiques avérées de certains agents d'encadrement ayant des responsabilités hiérarchiques importantes.

On demande aux éducatrices d'incarner un idéal de respect et de tolérance que l'on voit partout quotidiennement bafoué. Sachons leur gré dès à présent de n'avoir jamais manqué à cette exigence, nous aurons l'occasion d'y revenir.

Nous renvoyons à la lecture complète de l'annexe consacrée aux *Missions de l'éducateur au sein de l'appartement communautaire « Les Cigales »* et de l'extrait du *Règlement intérieur* dans sa dernière formulation, qui inclut très précisément les motifs de rupture de la convention d'hébergement thérapeutique.

IV. Ouverture et premiers mois de fonctionnement

Les premières résidentes sont arrivées dans les lieux, l'ancienne villa d'un médecin-chef, au début de l'année 2010. Une petite réunion conviviale à laquelle participaient le Directeur de l'Établissement, Monsieur Bartel, l'une de ses Adjointes, Madame Savi et l'ancienne cadre du service socio-éducatif (qui avait piloté le projet à son début), Madame Ternoir, les éducatrices, Mesdames Florence Sohm et Jacqueline Djalti, le médecin (auteur du présent mémoire) et bien sûr les deux premières résidentes, a permis aux différents artisans du projet de se rencontrer, et aussi de rencontrer les usagers qui inauguraient ainsi les lieux.

Pendant les premiers mois, il y a eu deux nécessités de réorientation, l'une concernant une patiente dont la pathologie psychiatrique était encore massivement présente au quotidien, l'autre concernant une patiente qui s'est alcoolisée et a laissé le champ libre dans l'appartement à un patient extérieur, avec pour conséquence un vol de chéquier.

Le recours aux consultations de CMP s'est limité dans l'ensemble au calendrier prévu, à quelques exceptions près

Une première réunion spécifiquement orientée vers le bilan et l'évaluation, le 21 avril 2011, a réuni les éducatrices, la cadre du service socio-éducatif et le psychiatre référent de la structure, auteur du présent mémoire.

La cadre a d'emblée souligné l'investissement « énorme » en temps de la part des éducatrices et la montée en charge du travail. La stabilisation de l'état de santé psychique, requise pour l'admission dans l'appartement communautaire, n'était pas toujours acquise, ce qui impliquait

une importante réactivité de l'équipe éducative. Au sein de celle-ci existaient peut-être des attentes trop élevées vis-à-vis des résidents.

Le « désir de bien faire » était constamment présent dans l'équipe.

La limitation du séjour à onze mois dans l'appartement sur le site de l'hôpital n'est pas un problème en soi, cet appartement ayant une vocation de tremplin vers un surcroît d'autonomie personnelle. En cas de passage ultérieur dans l'appartement du village de Pierrefeu, qui dispose de trois places, la dépense pour la location reste à coût maîtrisé, puisqu'elle s'élève à 162 euro par personne avec l'appoint de l'Allocation-logement.

Le FSL peut intervenir pour le versement de la caution et des premiers mois de loyer.

Au cours de cette même réunion ont été évoqués les prochains sites pour les futurs appartements communautaires. Si la commune de Collobrières, en raison de son enclavement géographique, a été récusée par l'ensemble de l'équipe, celle d'Hyères, sur le littoral et bien desservie par les transports en commun, a suscité une adhésion authentique de tous les agents.

Il est apparu nécessaire aussi à tous que l'équipe éducative bénéficie régulièrement d'un temps de supervision, d'un « étayage médical » qui permette d'évoquer globalement les problématiques des résidents, celles liées à leur pathologie et à leurs conséquences, celles aussi liées à la vie en communauté. « La pathologie, elle est là... », s'exclamait une participante. La manifestation parfois bruyante des symptômes doit être accueillie comme telle, sans tomber dans le « laisser faire », mais en privilégiant le « faire avec », ajoutait une autre participante. Enfin, les liens complexes entre personnalité et pathologie questionnent régulièrement les membres des équipes et doivent donc faire l'objet d'une réflexion en commun, avec un éclairage psychopathologique.

Une semaine plus tard, une réunion devait avoir lieu entre le psychiatre et les deux éducatrices, autour de leur vécu professionnel depuis l'ouverture du premier appartement communautaire. Une troisième intervenante de l'équipe, très impliquée aussi, venait de terminer son stage et ne pouvait pas être là. De même, un empêchement de dernière minute

n'a permis qu'à une éducatrice de faire part de son expérience, mais ses propos ont été remis à ses deux collègues pour qu'elles puissent les compléter et, le cas échéant, les amender. Le texte qui va suivre est donc le produit d'une co-écriture. Les mots entre guillemets sont des citations authentiques. Mentionnons au passage que l'écriture tient une place privilégiée dans notre démarche d'équipe, et qu'elle n'empêche pas les échanges oraux, bien au contraire.

L'ouverture de l'appartement communautaire et de la nouvelle expérience de prise en charge a été un « super bon moment professionnel », qui a permis de « découvrir les personnes à l'issue de longues hospitalisations dans le quotidien » et a été « le début d'autre chose » pour elles. C'est ainsi qu'une personne « invisible » dans le service où elle avait séjourné a pu dire qu'elle « réapprenait à se laver ». Elle a été accompagnée par les éducatrices pour ce réapprentissage d'une habileté partiellement perdue, du fait même sans doute de la longueur de l'hospitalisation. Les éducatrices s'occupaient autant que possible séparément des deux résidentes.

En ce qui concerne la vie du groupe et l'organisation des repas, les éducatrices ont « fait à partir de ce qu'elles nous donnaient à voir ». Pour l'une des résidentes, F.G., la problématique de la nourriture est devenue un peu envahissante pour la communauté. Là où sa colocataire était dans un registre de frugalité, voire de monotonie alimentaire, elle était dans la surabondance, avec des interventions de sa mère qui lui apportait des mets parfois coûteux. Les courses devaient-elles être individuelles ou communautaires ?

Après un mois d'observation et de réflexion, l'option des courses communautaires a été suggérée, sur la base d'un triple souci :

- Souci financier ;
- Souci de « favoriser l'expression des désirs, des goûts et des envies » et d'amener l'une des résidentes à s'exprimer plus facilement ;
- Souci diététique, surtout pour l'une des patientes, sujette à des crises de boulimie (« elle vidait le placard communautaire »).

Au cours de l'entretien, une éducatrice rappelle, à propos des habiletés et compétences, que E.M. avait autrefois « su faire », puisque mariée et mère d'un enfant, elle avait tenu une maison pendant treize ans. F.G. elle a eu trois filles, mais sa belle-famille avait été très

présente, jusqu'à ce qu'elle perde son droit de garde. Elle a gardé (au minimum) beaucoup d'amertume de cette époque.

Si l'importance de la *personnalité des résidents* a déjà été soulignée, celle des éducatrices compte aussi beaucoup, surtout lorsque les résidentes essaient d'en jouer, même sans malice. On essaie de tirer avantage des affinités personnelles qui ne manquent pas de se développer, c'est dans l'ordre des choses, mais aussi du type de réaction auquel on s'attend de la part de l'une ou l'autre éducatrice sur un point précis. La démarche étant très projective, le risque existe bien sûr de se tromper... Mais nous sommes loin, dans l'équipe éducative, de la hantise collective de la « manipulation » qui complique la vie de tant d'unités de soins hospitalières. C'est sans doute aussi parce que le milieu de vie est ouvert sur l'extérieur et que les problèmes liés au confinement architectural et relationnel ne trouvent pas un milieu favorable pour éclore.

Les éducatrices responsables des appartements communautaires sont aussi très attachées aux regards complémentaires « posés » sur une personne. C'est pourquoi elles souhaiteraient vivement que l'équipe intègre réellement une infirmière (ce qui n'exclut nullement les interventions infirmières libérales ou du CMP), qui leur aurait été très utile, par exemple, dans la prise en charge d'une patiente qui a traversé une phase d'éthylisme sévère. De la même manière, pour l'époque actuelle, A.L. serait en train d'abandonner son traitement psychotrope et une infirmière largement présente sur les lieux de vie pourrait plus facilement convaincre, avec des arguments médicaux et une sorte d'éducation à la santé, la patiente de persévérer. Ceci est fort possible, mais n'est pas non plus garanti, et n'exclut nullement qu'une infirmière ou un infirmier fasse partie de l'équipe *en tant que personne intéressée par ce type de prise en charge*, et pas seulement pour ses compétences « techniques ».

Après le regard « posé », le regard « porté ». Les éducatrices, et les résidentes elles-mêmes, nous ont dit à quel point elles (les résidentes) étaient sensibles au regard porté sur elles en tant que « malades ayant été à Pierrefeu » (l'hôpital, devenu métonymie de toute la commune) dans la communauté villageoise, qu'elles fréquentent évidemment pour leurs courses et leurs sorties. L'une d'elles, A.L., a ainsi des appréhensions à traverser le village pour descendre jusqu'à l'hôpital, de crainte qu'on la voie prendre la route en ligne droite qui y mène. Elle a bien ri lorsque nous lui avons dit qu'en bas de la pente, il y avait aussi la coopérative

(vinicole, nous sommes dans le Var), et plus sérieusement la route qui mène à Collobrières, commune il est vrai distante de plusieurs kilomètres, mais route par ailleurs bordée de lotissements. Ces arguments n'ont bien sûr guère de prise sur la patiente, qui sait trop bien que c'est le chemin de l'hôpital, pour elle comme pour tant d'autres. Là aussi, chacun voit midi à sa porte, et c'est parfaitement légitime. Elle a été en outre très meurtrie de s'être entendue qualifier de « perchée » dans une conversation a priori anodine. Dans ce contexte, demander l'AAH (allocation d'adulte handicapé) est évidemment une démarche difficile pour elle : « ...ça veut dire que je suis handicapée... ». Elle tient aussi beaucoup à effectuer seule toutes ses démarches de reclassement professionnel, et tendrait à se passer aussi de son traitement, nous l'avons vu plus haut, qui est certes une forme de stigmatisation, mais qui apporte en principe des éléments de stabilité au quotidien. E.M., quant à elle, avait gentiment protesté « Je ne suis plus une patiente, je suis une résidente » lorsqu'elle avait entendu l'éducatrice répondre au téléphone qu'elle accompagnait une patiente.

A la sortie d'une hospitalisation, surtout longue, les appartements communautaires ont une fonction globalement rassurante, mais aussi spécifiquement et de manière très importante dans ce qu'une éducatrice a appelé la « restauration de la parentalité ». Deux des résidentes ont des enfants encore jeunes et leur présence au sein de la structure « appartement communautaire », avec un accompagnement éducatif très régulier, donnent confiance à l'autre parent et aux intervenants de l'ASE (aide sociale à l'enfance) pour tout ce qui a trait à l'exercice du droit de visite. Les jeunes enfants viennent voir leur mère à l'appartement, en semaine ou le dimanche, en présence des éducatrices, un goûter et des jeux sont organisés, dans une ambiance qui a toujours été chaleureuse, osera-t-on écrire « bon enfant »...

L'appartement communautaire est une forme de transition dans la démarche de retour vers la cité : « je vais vers la cité, mais tout doucement, l'enceinte de l'hôpital me protège encore » disait une éducatrice en se mettant dans la situation d'une résidente. Un bon exemple est donné par E.M. qui se rend maintenant volontiers et seule à un atelier de couture dans la commune voisine de Solliès-Pont.

IV. « Évaluation » en commun avec les usagers, mai 2011

Au début du mois de mai s'est tenu ce qu'on peut appeler un « Conseil de maison élargi », sachant qu'il n'est pas toujours facile d'organiser le conseil de maison prévu par le règlement intérieur, et ce peut-être d'autant moins que les résidentes, en acquérant de l'autonomie, ont des activités plus nombreuses. Cette rencontre avait été prévue environ trois semaines à l'avance et devait regrouper un matin tous les usagers présents dans les appartements communautaires, dans l'enceinte de l'hôpital et au village, avec les éducatrices et le médecin référent, auteur du présent mémoire. Le terme d'évaluation a été employé au sein de l'équipe, mais il s'agissait surtout de recueillir le vécu de chacune et chacun des résident(e)s, dans une atmosphère amicale et détendue, autour d'une table, au sein même de l'appartement maintenant historique et appelé « Les Cigales ».

Étaient donc réunis E.C., H.D., E.M., résidents, Jacqueline Djalti et Florence Sohm, éducatrices, Lucie Valet, stagiaire de la PJJ (Protection judiciaire de la Jeunesse) et Jean-Yves Feberey, psychiatre. M.B., pourtant présente sur les lieux, n'a pas souhaité participer, en raison d'un moment difficile à traverser pour elle, dans l'élaboration de son projet personnel. G.R. était occupée par une activité personnelle. Les premières remarques étaient très enthousiastes, unanimement favorables : « Moi, je suis bien, impeccable... », « Moi c'est pareil... », « Bien aussi... ».

Nous avons ensuite procédé à un tour de table. H.D., un homme de 44 ans, souvent hospitalisé, y compris sans consentement, père d'une fille de 15 ans et séparé depuis longtemps de sa compagne, a souvent présenté des rechutes dans la commue où il vivait auparavant, car il avait tendance à laisser tomber tout suivi après ses sorties d'hospitalisation. Par rapport à la vie de patient hospitalisé, il nous parle d'un « grand changement ». « A C. (le nom du service), je déprimais... ». « Déprime et fermeture » (ce sont ses termes) s'opposent à un sentiment de liberté. H.D., qui est arrivé dans le nouvel appartement de l'intra-hospitalier appelé « Les Jardins » il y a dix jours à peine, a déjà pris ses marques : levé dès six heures, il monte au village (distant de quinze à vingt minutes à pied), achète son pain, boit son café et fait son tiercé. Quand il revient à l'hôpital, il fréquente la « Maison des Usagers » et la Cafétéria. Il s'occupe de ses repas, de son ménage et de son linge. Ceci ne l'empêche pas d'aller saluer ses « copains », et bien sûr aussi les infirmières, dit-il en souriant, dans le

service où il était auparavant. Changer de cadre de vie n'abolit pas le lien, on peut revenir en visiteur et l'apprécier beaucoup. A la « Maison des usagers », H.D. écoute souvent de la musique arabe sur You Tube, ce qu'il faisait déjà dans la commune où il vivait, dans un « Taxiphone ». Mais il ne souhaite pas retourner à B., où il vivait pourtant depuis 2003. Son ancien appartement est inhabitable, des travaux y sont nécessaires et une résiliation amiable du bail est en cours. « Je ne retourne pas à B., à B. je déprime aussi, j'ai pris l'habitude à Pierrefeu.. ». Il a déjà commencé à connaître des personnes au village, à la faveur de ses passages matinaux. Durant le week-end, il devait être emmené par une résidente pour voir sa fille dans la commune de T., où il avait vécu autrefois avec la mère de l'enfant. Il voudrait par la suite pouvoir racheter une voiture (« à 500 ou 600 euro »), la précédente ayant été détruite lors d'un vol, et se rendre ainsi par ses propres moyens à T. Il conclut son récit de très bonne humeur, en disant qu'il était dans l'appartement communautaire « comme le Roi du Maroc... parce que l'Algérie [d'où il est originaire], c'est la République... ». Cette distinction faite en plaisantant a tout son sens, puisque nous apprendrons dans la suite de nos échanges que H.D. tient beaucoup à pouvoir accomplir son devoir électoral.

E.C., âgée de 52 ans, a quelques difficultés d'expression, mais elle est très attentive à tout ce qui se dit. Arrivée dans l'appartement communautaire sur le site de l'hôpital le 14 février 2011, elle dit s'y sentir « très bien ». Elle fait « beaucoup de ménage, tous les jours, ça [lui] plaît... ». Les éducatrices ont noté que E.C., spontanément, ne sortait pas beaucoup. Aussi bien ont-elles organisé avec elle quelques sorties dominicales, notamment à l'occasion d'une fête dans le village. Elle va cependant tous les jours faire ses courses au supermarché.

Est-ce que E.C. a peur de déranger ? Déjà dans le service d'hospitalisation, où elle est restée deux ans, elle participait peu aux sorties, laissant volontiers sa place aux autres patients. Elle a du mal à exprimer la différence de ressenti entre le service et l'appartement : « C'est pareil... ». Ce qui compte pour elle, c'est la qualité des professionnels qui l'entourent, soignants comme éducatifs. Elle précise qu'elle attendra encore un peu pour travailler.

E.C. a fait un stage qui a été favorable dans un ESAT* proche et est donc sur liste d'attente

*Établissements et services d'aide par le travail

pour intégrer cet établissement. Elle pourrait même rester à l'appartement en y travaillant, ce qui serait certainement d'un grand secours pour elle, sachant aussi que le foyer d'hébergement dispose de toute façon de peu de places.

E.M., âgée d'une quarantaine d'années, a fait l'ouverture de l'appartement sur le site de l'hôpital en janvier 2010 et y a passé neuf mois avant de rejoindre celui du village. Elle dit y être « bien ».

Auparavant, elle était restée hospitalisée un an dans le service du secteur correspondant au domicile de son frère et de sa belle-sœur, à B., où elle était arrivée de Marseille dans les suites d'un divorce difficile, qu'elle ne parvient pas à dater : « Un mauvais souvenir... ». Nous reconstituons avec elle, sans insister évidemment, la date de 2008. Arrivée dans le service O. en janvier 2009, elle parle de son hospitalisation en évoquant « le stress et l'angoisse d'être enfermée ». Après un mois, elle fut autorisée par son médecin à se rendre à la cafétéria, mais n'avait pas le droit de monter au village de Pierrefeu. Elle allait en week-end chez son père, âgé de 80 ans, où elle pouvait voir son fils âgé de 12 ans et demi. La mère de la patiente est gravement malade et hospitalisée en long séjour.

La patiente n'a plus le droit de garde de son fils, qui vit chez son père à Marseille, où il est scolarisé. Elle le voit donc chez son propre père, qui habite « un petit village perdu ».

Depuis six mois, E.M. fréquente très régulièrement l'Atelier d'art de l'hôpital, au titre d'une activité de CATTP*. Elle y a fait beaucoup de portraits, qui ont étonné les artistes par leur originalité et la vivacité de leurs couleurs, inattendue chez cette personne qui était toujours très discrète, voire inhibée. Certaines de ses œuvres seront exposées à Budapest, dans le cadre d'un Colloque de Psychiatrie et de Psychanalyse, qui inclut toujours au moins une exposition de travaux de patients dans son programme**. Elle aurait bien sûr souhaité assister au vernissage de ses œuvres, mais les difficultés conjoncturelles n'ont pas permis la mise en route de ce projet.

*Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel

**<http://www.inst-france.hu/spip.php?article569>

Le premier passage, en janvier 2010, de l'hospitalisation à l'appartement intra-hospitalier a été pour E.M. « un drôle de changement » : « Libérée, on va dire... Épanouie... ». L'Atelier d'art est une référence importante pour elle. Quant à son passage dans l'appartement du village, elle dit sans hésiter que c'est « encore mieux ». Il y a une raison bien précise, qu'elle nous donne très spontanément : « Je pouvais voir mon chéri plus facilement ». Elle le connaît depuis bientôt un an et envisage de s'installer avec lui, dans l'appartement qu'il occupe.

Une réflexion est en cours avec la patiente, les éducatrices et sa tutrice, afin de décider du meilleur moment pour ce nouveau changement, qui ne mettra en aucun cas fin à l'accompagnement éducatif (celui-ci se poursuit aussi pour une patiente plus âgée qui est passée de l'appartement en maison de retraite). La patiente étant sous « curatelle renforcée », elle compte bien s'inscrire sur les listes électorales de la commune de Pierrefeu, tout comme H.D., qui va se renseigner sur les démarches à accomplir.

La préoccupation citoyenne a été très vite exprimée chez ces deux personnes, qui ne veulent en aucun cas rester reléguées.

Nous avons enfin recueilli l'avis de Lucie Vallet, qui terminait son stage le lendemain, et disait avoir fait de « grandes découvertes » dans le champ de la santé mentale, où elle était venue « un peu à reculons », avec des « représentations de petite gamine : à l'hôpital, on [est] enfermé tout le temps, ici, il y a un immense domaine, des espaces verts... ». Effectivement, le parc magnifiquement arboré de Pierrefeu et la beauté de certains de ses bâtiments historiques en font une richesse très appréciée des patients, dès lors qu'ils ont les « portes ouvertes », et qui continue d'être appréciée par les résidents sur le site. La future éducatrice de la PJJ, qui sera aussi professionnellement concernée par les problèmes d'hébergement, a trouvé matière à faire « beaucoup de liens avec [son] domaine » à l'occasion de ce stage en psychiatrie. L'utilisation du mot « éducatif » dans notre domaine de la santé mentale a été aussi pour Lucie Vallet une « surprise », apparemment bonne pour elle.

VI. Problèmes rencontrés et solutions envisagées

Fin mai, une dernière réunion préalable à l'écriture de ce travail était organisée avec les deux éducatrices en charge de l'appartement communautaire. Il s'agissait d'identifier et de noter les difficultés du moment, afin de pouvoir préparer des réponses.

Les trois appartements communautaires actuellement ouverts à Pierrefeu-du-Var (deux sur le site de l'hôpital, un dans le village) sont prévus pour neuf personnes en tout (six femmes et trois hommes dans l'organisation actuelle) et disposent d'1,5 ETP. Il est notoire que les éducatrices n'ont ménagé ni leur temps ni leur disponibilité depuis janvier 2010, avec des résultats évidents du côté des patients/résidents.

La première difficulté, ce n'est certes pas bien original, est *le manque de personnel*, même si nous n'assurons pas une permanence 24/24 dans le dispositif en vigueur. Ce manque de personnel deviendra extrêmement critique avec l'ouverture de deux nouveaux appartements fin juin, avec un projet global de huit appartements ouverts d'ici à la fin 2011.

La deuxième difficulté est désignée comme un *manque de régulation* : les deux éducatrices souhaitent d'une part un temps de supervision, de préférence par un(e) psychologue, « pour améliorer et rendre efficaces leurs interventions », d'autre part un temps d'échange régulier avec le médecin psychiatre « pour orienter leur travail ». Il leur semble essentiel de compléter le regard éducatif qu'elles ont sur les personnes par un éclairage clinique sur la pathologie psychiatrique des personnes.

Les deux éducatrices rappellent aussi l'intérêt des *accueils séquentiels* pour évaluer les capacités d'autonomie d'une personne, en disposant de temps pour le faire.

Enfin, elles souhaitent que l'équipe s'élargisse véritablement, qu'elle devienne vraiment pluridisciplinaire et ouverte : « Il faut du monde... ». Un mi-temps d'éducatrice spécialisée est venu compléter l'équipe au 1^{er} juillet, mais ce renfort, s'il est évidemment le bienvenu, ne sera probablement pas suffisant à faire face à la montée en charge du dispositif, avec quatre personnes en attente à Pierrefeu (dont deux pour évaluation), une autre en attente de

l'ouverture d'un nouvel appartement à La Garde S'ajoutera à cet ensemble un appartement à Brignoles à partir du mois de septembre.

La question de la création d'une équipe mobile au sein de l'Unité ambulatoire de réhabilitation psychosociale (UARPS, projet de juillet 2011) en cours de construction au CH Henri-Guérin à Pierrefeu-du-Var, revient très régulièrement à l'ordre du jour de nos réunions autour des projets, mais elle n'a pas encore eu de réponse concrète, si ce n'est l'aval du Directeur pour que les équipes des Appartements communautaires, de l'Accueil familial thérapeutique et du CMP de Pierrefeu (sur le site hospitalier, mais avec une file active de 140 personnes en 2010) travaillent ensemble.

La création de cette Équipe mobile permettrait, non seulement d'améliorer les prises en charge en cours dans les appartements communautaires, mais aussi de développer les liens avec le secteur médico-social, le cas échéant pour y intervenir rapidement en cas de nécessité. Elle permettrait aussi de concrétiser ce projet très noble et très important, formulé et déjà ponctuellement amorcé par les éducatrices, qui est de continuer à suivre les personnes *même après leur sortie du dispositif* Appartement communautaire. La permanence du lien, en quelque sorte, comme prolongation de la permanence des soins. Ou même, de manière plus ambitieuse, une permanence des soins 24/24 sur l'extrahospitalier, dont le Docteur Luciano Sorrentino et son équipe turinoise du Dispensaire de santé mentale Franco-Basaglia proposent une modalité particulièrement stimulante, nous l'avons vu plus haut.

VII. Développement et perspectives, pour ne surtout pas conclure...

Avec un nombre modeste de résidents au départ, l'expérience pierrefeucaine des appartements communautaires est appelée à se développer, pour intégrer à terme une vingtaine (ou plus) de patients sur des sites plus ou moins éloignés du Centre Hospitalier. Cette organisation centrifuge n'est pas une survivance de l'hospitalocentrisme, mais obéit à une double nécessité, celle de préserver un cadre plus rassurant pour certains patients encore très fragiles, celle aussi de constituer le parc de logements nécessaire au développement du projet.

Il est apparu essentiel à l'équipe pluridisciplinaire de se réunir régulièrement pour des commissions d'admission, mais aussi pour des sessions d'évaluation et de suivi, au moins

trimestrielles. Le dispositif veut garder souplesse et réactivité devant les situations de crise, y compris en ayant recours à de brèves réhospitalisations ou, plus volontiers, à des prises en charge en hôpital de jour ou en CATTP, qui préservent le maintien à domicile, et donc l'autonomie.

L'appartement communautaire est une possible alternative à l'hospitalisation à temps plein pour des patients qui avaient même été déclarés, pour certains, « chroniques », mais pour d'autres aussi après une hospitalisation brève, au décours de laquelle ils n'avaient pas ou plus de logement personnel. Elle est à la fois un outil d'évaluation, notamment de l'autonomie et pour les appartements situés à l'intérieur de l'hôpital, mais aussi une solution plus durable pour les patients qui se trouvent dans une situation intermédiaire entre le médicosocial et le logement personnel.

Il répond aussi, dans ses spécificités, à cette exigence de désinstitutionalisation qui est régulièrement rappelée par les instances européennes. Nous citerons ainsi le *Rapport du groupe d'experts ad hoc sur la transition des soins en institution aux soins de proximité* (septembre 2009) (6).

« Les conditions de vie matérielles dans les institutions tendent à être pires que celles dont jouissent la plupart des individus dans la société entière. De plus, les quatre caractéristiques «classiques» - dépersonnalisation, rigidité de la routine, traitement en groupe et distance sociale – sont souvent particulièrement prononcées lorsque les conditions matérielles sont mauvaises: si la direction s'efforce de garantir les repas, le chauffage et d'autres éléments fondamentaux, elle laisse toutefois peu de place à la thérapie ou à des activités utiles. Des cas extrêmes de privation matérielle combinée à des pratiques négligentes ou à la maltraitance ont récemment été attestés, notamment dans certains «nouveaux» États membres, mais aussi dans des «anciens». » (page 11).

Et un peu plus loin : *« En règle générale, les études disponibles confirment que **si des services de proximité de haute qualité sont fournis, la plupart des anciens bénéficiaires de soins en institution préfèrent nettement la vie en société; présentent des niveaux de satisfaction personnelle et d'inclusion sociale plus élevés; et souffrent moins de problèmes liés à l'insécurité ou à la solitude que ce qui avait été prévu.** » (page 13, les caractères gras sont d'origine).*

Le rapport met aussi en garde contre des solutions inappropriées, qui visent par exemple à réduire la taille des institutions sans en changer la culture, ou encore à faire des investissements coûteux (même s'ils sont nécessaires) pour des institutions existantes, ce qui risque de rendre leur fermeture plus difficile (page 21).

Il se termine par des recommandations très précises et concrètes, que nous serions sans doute bien inspirés d'essayer d'appliquer : on y apprend qu'il existe des Fonds structurels pour la transition des soins en institution aux soins de proximité : *« Le Fonds social européen peut financer la formation (et la reconversion) du personnel tandis que le Fonds européen de développement régional (FEDER) peut être simultanément utilisé pour élaborer une infrastructure sociale qui soutiendra les nouveaux services de proximité. Les États membres devraient veiller à ce que les fonds du FEDER ne servent pas à construire de nouvelles institutions résidentielles mettant les bénéficiaires à l'écart de la société, et à ce que leur utilisation pour améliorer l'infrastructure des institutions existantes, pour autant qu'elle soit permise, soit liée à un investissement dans la réforme systémique des soins et n'excède pas 10 % des dépenses générales. »* (page 23).

Est-ce que la crise économique en cours autour de l'euro (juillet 2011) a rendu caduques ces recommandations de 2009 ? Nous voudrions espérer que non.

Pour clore provisoirement ce travail, nous ne pouvons que confirmer qu'à l'échelle de notre toute récente et encore toute petite expérience à Pierrefeu-du-Var, les témoignages recueillis auprès des patients comme le vécu professionnel nouveau de l'équipe des appartements communautaires (toutes catégories confondues), plaide incontestablement en faveur *« des niveaux de satisfaction personnelle et d'inclusion sociale plus élevés »*.

Pierrefeu-du-Var, Nice, Budapest et Isolabona, avril-juillet 2011

Annexes

1. Fiche de pré admission

APPARTEMENT COMMUNAUTAIRE		
FICHE DE PRE- ADMISSION		
IDENTITE		
NOM :	Prénom :	Sexe :
Date de naissance :	Lieu :	
Situation familiale :		
Domicile actuel :		
Mesure de protection :		
SITUATION FINANCIERE		
Type de ressources	Montant	Organismes
Allocation logement		
ACCOMPAGNEMENT		
Service de soin prescripteur :		
Médecin généraliste :		
Référent social :		
PROJET		
OBSERVATIONS		

Signature du Candidat

Signature du référent social

2. Fiche médicale de liaison

Ce document est un support à la demande d'admission et de référence pour les différents médecins amenés à intervenir : médecin traitant, psychiatre référent.
Il est porté à la connaissance du résident.

Nom et prénom du candidat :

Parcours psychiatrique :

Traitement en cours :

Problèmes somatiques :

- Allergies:

- Vaccinations:

- Antécédents:

- Problèmes actuels:

Problématique actuelle :

Psychiatre référent

3. Missions de l'éducateur

Centre Hospitalier Henri Guérin
Pierrefeu du Var

MISSIONS DE L'EDUCATEUR AU SEIN DE L'APPARTEMENT COMMUNAUTAIRE «LES CIGALES»

Effectif : 2 éducatrices à mi-temps.

Horaires : 8h -16h / 12h - 20h en alternance pour chaque éducatrice.

Ces horaires peuvent être aménagés en cas de besoin le week-end. Ils doivent aussi tenir compte des suivis éducatifs assurés par ce même personnel au sein de l'UAE. Cette planification des horaires devra reposer sur une grande souplesse, en lien avec les besoins des résident(es).

Relation hiérarchique : le cadre supérieur socio-éducatif.

Relation fonctionnelle : le médecin référent de l'appartement communautaire.

Compétences :

- ❖ Etre référent et animateur
- ❖ Aptitude à entretenir la convivialité
- ❖ Capacités d'adaptation
- ❖ Capacité de compréhension et d'analyse
- ❖ Impulser des rapports humains fondés sur le respect et la tolérance
- ❖ Aptitude à repérer et soutenir les potentialités des résidents
- ❖ Mettre en pratique les notions de solidarité et de citoyenneté
- ❖ Travailler en réseau avec l'environnement local

Fonctions :

- ❖ Assurer une présence chaleureuse et rassurante.
- ❖ Apporter un soutien individuel.
- ❖ Animer les espaces et les temps communs : repas, débats, réunion du conseil de maison.
- ❖ Créer et structurer une vie sociale à travers l'organisation des activités de la vie quotidienne pour chaque résident : préparation des repas pris en commun, entretien des locaux, participation aux courses, au nettoyage, à la garantie de la prise régulière d'un vrai repas.
- ❖ Faciliter la vie collective entre résidents par un rôle de médiateur.
- ❖ Inciter à la participation à la vie locale, via des activités culturelles, sportives, etc.
- ❖ Aider les personnes à :
 - S'inscrire dans un rythme, trouver des occupations.
 - S'approprier l'appartement.
 - Effectuer des démarches vers les organismes sociaux et sanitaires.
 - S'assurer du bon état de l'appartement.

Version 1 : 25/11/09

4. Extraits du règlement intérieur

ARTICLE 2 : ORGANISATION DE LA VIE COLLECTIVE

Un conseil de maison, auquel participeront les éducateurs, se réunira un fois par semaine. Il permet aux résidents et à l'équipe des éducateurs de faire le point sur le fonctionnement de l'appartement et d'établir ensemble le planning des tâches à effectuer obligatoirement et à tour de rôle.

Ce planning concerne :

- Le nettoyage et le rangement des parties collectives (salle de bains, WC, circulations, salon...)
- Les courses alimentaires et l'achat des produits d'entretien
- La confection des repas
- La vaisselle, le nettoyage et le rangement de la cuisine

Les résidents sont invités à respecter le calme et la tranquillité des lieux entre 22h et 7h.

ARTICLE 6 : LES MOTIFS DE RUPTURE DE LA CONVENTION D'HEBERGEMENT THERAPEUTIQUE

- L'interruption ou la rupture du contrat de soins qui seul, justifie l'attribution d'une chambre
- La présence et la consommation de produits illicites.
- Fumer dans les parties communes de l'appartement
- Tout acte de violence physique ou verbale à l'égard du personnel ou des autres résidents.
- La dégradation des locaux ou mobiliers ou équipements mis à la disposition du résident
- La détention d'armes.
- L'hébergement d'une personne extérieure à la résidence.
- Toute absence prolongée injustifiée
- Le non paiement des charges, de la caution convenue, la non production de l'attestation d'assurance en responsabilité civile et l'assurance habitation prévue dans la convention d'hébergement thérapeutique
- La présence d'animaux

Bibliographie

(1) *Précarité et santé mentale, Repères et bonnes pratiques* (2010), FNARS

<http://www.santesocial-ra.org/institutions.php?id=26>

(2) Session de Lille du DIU, 23 mars 2011

(3) AZAROVA Katerina (2007), *L'appartement communautaire, l'histoire cachée du logement soviétique*, Éditions du Sextant, Paris (336 pages)

(4) DEL GIUDICE Giovanna (1997), *Le strutture residenziali nel Dipartimento di Salute mentale*, Trieste (Italie)

http://www.triestesalutementale.it/francese/doc/Lachat_Trieste.pdf

(5) SORRENTINO Luciano (2011), *Valutazione dell'Efficacia del Programma Allogi Supportati*, Direttore del CSM « Franco-Basaglia », ASL 2, Torino (Italie)

(6) *Rapport du groupe d'experts ad hoc sur la transition des soins en institution aux soins de proximité* (septembre 2009), Commission Européenne

<http://www.age-platform.eu/fr/domaines-daction-politique/sante/dernieres-nouvelles/332-report-of-the-ad-hoc-expert-group-on-the-transition-from-institutional-to-community-care>