



HAL
open science

Vivre avec un handicap psychique : les appartements thérapeutiques

Livia Velpry

► **To cite this version:**

Livia Velpry. Vivre avec un handicap psychique : les appartements thérapeutiques. *Revue française des affaires sociales*, 2009, 1-2, pp.171-186. halshs-00916385

HAL Id: halshs-00916385

<https://shs.hal.science/halshs-00916385>

Submitted on 10 Mar 2016

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.

VIVRE AVEC UN HANDICAP PSYCHIQUE : LES APPARTEMENTS THÉRAPEUTIQUES

Livia Velpry

La Doc. française | « Revue française des affaires sociales »

2009/1 n° 1-2 | pages 171 à 186

ISSN 0035-2985

Article disponible en ligne à l'adresse :

<http://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2009-1-page-171.htm>

!Pour citer cet article :

Livia Velpry, « Vivre avec un handicap psychique : les appartements thérapeutiques », *Revue française des affaires sociales* 2009/1 (n° 1-2), p. 171-186.

Distribution électronique Cairn.info pour La Doc. française.

© La Doc. française. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

Vivre avec un handicap psychique : les appartements thérapeutiques

Livia Velpry*

« Est-ce qu'on ne cherche pas à proposer autre chose, qui soit thérapeutique et pas seulement de l'hébergement ? »

(Irène, infirmière)

De nombreuses personnes ayant des troubles mentaux graves vivent aujourd'hui la plupart du temps hors de l'hôpital psychiatrique. Certaines habitent leur propre logement ou sont hébergées par des membres de leur famille. D'autres vivent dans des lieux d'hébergement proposant une forme d'encadrement, assuré par des soignants ou des travailleurs sociaux. Les appartements thérapeutiques constituent un de ces lieux ; gérés par des équipes de psychiatrie, ils permettent aux résidents de vivre de façon autonome tout en étant suivis pour ce qui est du traitement et également, le plus souvent, de la gestion de la vie quotidienne. Parce qu'ils se situent à la jonction entre le suivi médical et l'accompagnement social, les appartements thérapeutiques constituent un bon analyseur des tensions actuelles qui traversent le champ de la santé mentale à propos de la prise en charge des personnes ayant des troubles mentaux graves. Ces tensions portent notamment sur la définition du périmètre des compétences du secteur psychiatrique dans cette prise en charge et sur la délimitation de la frontière avec les domaines du social et du médico-social.

D'une part, une telle structure constitue une alternative à l'hospitalisation développée de longue date par certaines équipes de psychiatrie (Empan, 1999). Elle s'inscrit pleinement dans le moment de transition entre l'hospitalisation et la réinsertion, dans le modèle thérapeutique progressif défendu par le secteur psychiatrique depuis ses débuts. Ce modèle s'organise sur une gradation qui va du mode de prise en charge le plus totalisant¹ et éventuellement contraignant qu'est l'hospitalisation, au mode le plus délimité, celui de la consultation régulière avec un psychiatre, qui n'intervient que pour le contrôle de la maladie par le traitement, et ce par l'intermédiaire du patient (Velpry, 2008). Elle constitue une intervention intrusive, dans la mesure où elle dépasse la seule prescription d'un traitement pour s'étendre

* Maître de conférences en sociologie, université de Paris 8-Saint-Denis et Centre de recherche Psychotropes, Santé mentale, Société (CESAMES), université Paris 5-René Descartes.

1. Au sens de la notion d'institution totale proposée par E. Goffman (1968).

à l'hébergement et aux comportements de la vie quotidienne. Cependant, l'intervention thérapeutique reste limitée, puisqu'elle se réduit à l'obligation de consultation régulière avec un psychiatre (éventuellement un psychologue), la gestion de la prise du traitement et des activités quotidiennes étant laissée au patient. D'une certaine façon, cette structure s'inscrit dans la continuité d'autres dispositifs proposés par le secteur psychiatrique, tels que l'accueil familial thérapeutique – où la personne vit dans une famille d'accueil et conserve un statut d'hospitalisé –, tout en se rapprochant un peu plus de la vie ordinaire. Ainsi, dans le secteur étudié (*cf.* encadré 1), l'association du secteur gérant les appartements est implantée dans le centre médico-psychologique (CMP) et composée de membres de l'équipe, alors que l'accueil familial thérapeutique est implanté à l'hôpital et accueille des patients qui conservent le statut d'hospitalisés.

D'autre part, la création de structures d'hébergement intermédiaires, où les personnes ayant un handicap psychique vivent de façon autonome tout en étant encadrées, constitue une revendication répétée des associations d'usagers et de familles d'usagers (Unafam, 2009). L'objectif visé est de répondre au besoin d'hébergement de cette population mais également de développer des structures d'accompagnement social qui soient spécifiques au handicap psychique sans dépendre directement de la psychiatrie. Ces dernières années, les pouvoirs publics se sont saisis de cette préoccupation pour la question de l'hébergement et du logement des personnes ayant des troubles psychiques (Mnasm, 2008) et les difficultés spécifiques qu'elle pose (Charzat, 2002). Elle est singularisée à la fois sous l'angle de la prise en charge, dans le plan psychiatrie et santé mentale 2005-2008, et sous celui de la précarité, dans le rapport du Haut Comité pour le logement des personnes défavorisées de 2005.

La position intermédiaire des appartements thérapeutiques est intéressante à un autre titre. Promoteurs d'un modèle de vie autonome, ils instaurent un rapport contractuel tout en maintenant un suivi thérapeutique qui a pour objet de travailler à l'autonomie du patient. Comment l'injonction à l'acquisition de l'autonomie se négocie-t-elle au quotidien ? Peut-on traiter le résident comme un individu autonome lié par un contrat en même temps qu'on se donne pour mission de s'assurer qu'il prend son traitement et gère correctement sa vie quotidienne, ou de l'aider à le faire ? Comment, si l'on doit choisir entre les deux alternatives, juge-t-on de l'autonomie d'un résident ? Quelle place occupent les soignants et les résidents dans ce qui apparaît comme un travail de collaboration au long cours ?

En analysant le fonctionnement concret d'appartements thérapeutiques, on verra comment se structure un dispositif de surveillance qui est à la fois clinique et normatif, pour ensuite mettre en évidence le rôle central qu'y jouent l'interprétation des comportements et la négociation ainsi engagée entre patients et professionnels. Avant cela, il convient de situer brièvement le contexte dans lequel les résidents accèdent à un appartement thérapeutique et s'inscrivent dans un certain travail psychiatrique.

Encadré 1 : Précisions méthodologiques

- Le matériau empirique utilisé dans cet article¹ a été recueilli pendant une période de dix-huit mois dans le centre médico-psychologique (CMP) d'un secteur parisien. Les observations ont porté sur le travail collectif des soignants (réunions d'équipe) et sur l'activité du CMP, tant pour les professionnels que pour les patients.
- Dix-huit patients, dont six résidaient en appartement thérapeutique, ont été rencontrés pour des entretiens. Certaines personnes ont été vues à plusieurs reprises et au total vingt-six entretiens ont été réalisés.
- Une observation plus fine a été faite, dans ce lieu, d'un programme d'appartements gérés au sein du dispensaire (réunions d'équipe, réunion des résidents, entretiens avec six des neuf résidents présents). Des observations et entretiens complémentaires ont été réalisées dans des structures situées sur le même territoire et accueillant les mêmes populations, de façon plus ponctuelle.
- La population étudiée est composée de personnes :
 - qui « souffrent de troubles mentaux graves » ;
 - et qui « sont suivies en psychiatrie publique ».

Dans cette expression, la notion de gravité renvoie au fait que les troubles ont eu des conséquences majeures et durables sur l'ensemble de la vie de la personne (famille, amis, études, travail, ressources, statut juridique, lieu de vie...). On peut estimer de la même façon que les rapports à ces troubles établis avec la psychiatrie ont interagi avec l'ensemble des aspects de la vie de la personne. Même si, de fait, cette définition dessine les frontières d'une population qui recoupe largement celle des patients dont le diagnostic appartient au groupe des psychoses, *la population étudiée est ici définie par les conséquences sociales de son trouble et par son rapport à l'institution.*

- Le secteur étudié n'a pas de caractéristiques qui le distingueraient particulièrement d'autres secteurs. Il se situe à Paris, et est rattaché à un hôpital psychiatrique de la banlieue parisienne. Il est implanté dans un quartier à la composition sociale similaire à la moyenne parisienne. Le secteur dispose de plusieurs structures extra-hospitalières, en plus de son CMP : un hôpital de jour, un centre d'accueil et de crise (CAC), un centre d'activités thérapeutiques à temps partiel (CATTP), des places en accueil familial thérapeutique (AFT), en maison communautaire et en appartements thérapeutiques, dont certaines intersectorielles.

1. Cet article est issu d'une recherche financée dans le cadre du programme de recherche de la Mire (Mission Recherche de la DREES) en santé mentale (appel d'offres 2002 en partenariat avec l'Inserm et le CNRS).

■ Résider en appartement thérapeutique, entre ressource et contrainte

« *Moi, j'avais toujours refusé cette proposition [d'appartement thérapeutique] car quand on me l'avait proposé la première fois, c'était à plusieurs. Et ça ne me convient pas, je suis mieux tout seul. Je suis un solo, je préfère toujours être seul dans mes démarches habituelles. Et puis je n'avais pas compris comment ça marchait, le fonctionnement, c'est-à-dire que c'était un appartement comme tous les autres. Je croyais que c'était un appartement comme un petit hôpital. [...] Je pensais qu'il y avait un tas de contraintes qui te dérangent tout le temps.* » (Norbert, résident en appartement.)

Norbert réside actuellement en appartement thérapeutique et insiste souvent sur l'opportunité matérielle que cela constitue pour lui, à sa sortie d'hôpital, sans autre solution d'hébergement que le très petit appartement où vit sa mère. Comme on le comprend dans la citation qui ouvre cette partie, il est cependant tout à fait sensible au fait que son lieu de résidence soit géré par les soignants en psychiatrie avec lesquels il est par ailleurs en relation pour le suivi de son traitement, ainsi qu'aux contraintes qui y sont nécessairement associées.

Encadré 2 : Les appartements thérapeutiques

Les appartements thérapeutiques sont des structures d'hébergement temporaire, accueillant un ou plusieurs résidents, sur indication médicale, et financés sur des crédits sanitaires (Mnasm, 2007). Cette alternative à l'hospitalisation est pratiquée depuis longtemps dans les secteurs psychiatriques, avec des modes de fonctionnement et une structure juridique variés (Empan, 1999).

Dans certains secteurs, les appartements proposés sont gérés par des membres de l'équipe soignante constitués en association. Cela leur vaut parfois d'être appelés appartements associatifs, même s'ils fonctionnent cependant sur un modèle assez similaire des précédents et si l'on peut donc considérer qu'ils relèvent de l'hébergement thérapeutique. C'est le cas des appartements dont il est question dans cet article, je les appellerai « appartements thérapeutiques » afin d'éviter la confusion avec un dernier type d'appartements, qui sont eux associatifs, au sens strict, c'est-à-dire gérés par une association n'entretenant pas de liens spécifiques avec un dispositif de soins psychiatriques et de ce fait n'intégrant pas la dimension thérapeutique dans l'hébergement.

Les données nationales disponibles en matière d'offre d'appartement établissent une distinction en fonction du mode de fonctionnement, notamment en termes d'encadrement soignant. Reprenant les termes de l'arrêté du 14 mars 1986 qui détaille les structures du secteur psychiatrique, Coldefy et Lepage (2007) définissent l'appartement thérapeutique comme « une unité de soins, à visée de réinsertion sociale, mise à disposition de quelques patients pour des durées limitées et nécessitant une présence importante, sinon continue, de personnel soignant ». Ces auteurs introduisent également la notion « d'appartement associatif, communautaire ou protégé destiné à l'hébergement des malades mentaux stabilisés, considéré comme le véritable domicile des patients qui en sont locataires, les prestations de soins étant alors

assimilables à des interventions à domicile» (*ibid.*). En s'appuyant sur ces définitions, on constate qu'en 2003, « un secteur sur cinq dispose d'appartements thérapeutiques, avec sept places en moyenne» (*ibid.*), cependant qu'un peu plus de la moitié des secteurs utilisent des places en appartements associatifs. Dans le dernier cas, on peut faire l'hypothèse qu'une partie de ces places sont gérées par des associations extérieures au secteur psychiatrique. Cependant, les deux types d'appartement sont présentés comme des équipements pour les prises en charge à temps complet. Or, les résidents ne sont pas toujours considérés comme hospitalisés.

Le secteur étudié au cours de cette recherche dispose de plusieurs appartements disséminés sur le territoire et au-delà, qui sont pour certains possédés par l'hôpital, pour d'autres loués par l'association du secteur à des particuliers. Les appartements sont alors sous-loués à des patients du secteur. Ceux-ci, environ une dizaine, vivent de façon autonome dans un appartement, soit seuls dans un studio, soit à deux dans un deux-pièces, tout en s'engageant à suivre leur traitement et étant encadrés dans la gestion de leur vie quotidienne par une équipe de soignants. Ils n'ont pas un statut d'hospitalisés.

Lors de leur création, il y a une quinzaine d'années, les appartements étaient conçus comme une structure de réintroduction à la vie ordinaire ; ils étaient destinés à résoudre le problème social de la sortie des patients chroniques de l'hôpital. Le profil des patients accueillis s'est rajeuni au fil des années et la structure des appartements est progressivement devenue un outil thérapeutique à part entière, c'est-à-dire qui veut remédier par le soin aux conséquences de la pathologie sur la vie quotidienne. Tel qu'il est énoncé aujourd'hui par l'équipe, l'objectif de l'accueil en appartement thérapeutique est d'amener le patient à plus d'autonomie et d'insertion.

La durée de séjour est en théorie limitée et fonction de l'évolution attendue du comportement et de la situation du patient. Le contrat passé avec l'association est ainsi renouvelé et réévalué tous les six mois. Cependant, la durée de présence effective en appartement est très variable, de quelques mois à plusieurs années.

Du fait d'une capacité relativement faible par rapport à la file active des personnes ayant des troubles mentaux graves, l'attribution d'une place en appartement fait suite à un processus de sélection pour une ressource rare. Dans la structure étudiée, lorsqu'une place est libre, des candidatures sont présentées par des psychiatres et psychologues de l'équipe gérant les appartements, de leur propre initiative ou en relayant la demande d'un psychiatre qui viendra ultérieurement en parler lui-même. Les discussions sur l'admission se déroulent ensuite de façon relativement informelle au cours de la réunion d'équipe. Sont mobilisées à la fois la situation sociale de la personne, l'appréciation de ses possibilités d'évolution par les soignants, et son éventuelle histoire dans les autres structures du secteur. Une fois que le patient a été dûment présenté par son psychiatre, il lui faudra également manifester le désir d'entrer en appartement, de manière « adaptée ». Ainsi, pour être admis en appartements thérapeutiques il faut non seulement en avoir le profil, mais également avoir un psychiatre référent qui envisage cette option et entretient des rapports réguliers et cordiaux avec l'équipe des appartements et enfin montrer que l'on acceptera de se conformer au cadre proposé.

Pour toutes les personnes qui y résident¹, l'accès à un appartement thérapeutique représente une ressource matérielle non négligeable, tout en constituant un engagement vis-à-vis du monde psychiatrique. Cet engagement signifie le maintien diffus d'une proximité avec l'univers de la psychiatrie, ne serait-ce que par la fréquentation régulière de professionnels et des autres résidents. Mais il comporte également la contrainte de participer à des activités communes avec les soignants, même si les termes de cette participation sont variables. En ce sens, résider en appartement thérapeutique, c'est accepter de s'inscrire dans ce que nous avons appelé le travail psychiatrique (Velprey, 2008) et qui renvoie à l'instauration d'une coopération entre patients et soignants. Cette coopération peut être minimale mais repose sur le partage de deux objectifs, celui de contrôler la maladie et de gérer la vie quotidienne, même si chaque acteur définit différemment leur contenu et le moyen de les atteindre.

La dimension d'aide matérielle attachée à l'accès à l'appartement thérapeutique n'occupe pas la même place pour tous les résidents. Pour certains, qui la mettent en avant comme la fonction principale de la psychiatrie, il s'agit par la même occasion de présenter comme négligeable, et non essentiel, le travail de contrôle de la maladie. C'est manifestement la position de Norbert lorsqu'il estime qu'en logeant dans un appartement thérapeutique, il ne fait que profiter d'une ressource matérielle, que lui offre le secteur psychiatrique. Il ne reconnaît pas là de place à la dimension de contrôle de la maladie explicitement contenue dans cette forme de travail psychiatrique, sous la forme du contrat d'appartement (avec visites à domicile, réunions obligatoires...).

Il faut également se demander dans quelle mesure la psychiatrie fournit une ressource matérielle difficilement accessible à la personne par ailleurs dans la suite d'une hospitalisation ou d'une crise.

Ainsi Walter, à 27 ans, n'a jamais travaillé. Il a toujours vécu chez des parents sauf pendant les quelques mois passés dans la rue et dans un foyer. Ses aspirations et son projet portent encore sur la construction de l'ensemble de sa vie d'adulte. Pour l'instant, cela consiste en deux aspirations : habiter seul et travailler. Avoir son appartement correspond à un rêve ancien d'indépendance et de sécurité, de beaucoup antérieur à son premier contact avec la psychiatrie : *« J'en ai rêvé longtemps de mon appart. C'était une angoisse quand j'étais gamin. Avoir des sous, manger ce que j'aimais, je pourrais faire ce que je voulais. J'étais hypercontent d'avoir mon appart. Au début, il m'a fallu du temps pour réaliser. Maintenant je suis habitué. »*

Au moment où je le rencontre, il est « passé » par les structures du secteur en suivant le modèle de progression sur lequel elles reposent : de l'hôpital, il est allé en accueil familial thérapeutique, puis en appartement thérapeutique. C'est également par l'intermédiaire du secteur psychiatrique

1. Il s'agit des six personnes résidentes en appartement thérapeutique au cours des 18 mois de présence sur le terrain, qui ont évoqué, au cours d'un ou plusieurs entretiens, leur parcours et leur situation actuelle.

qu'il a eu accès à des structures visant la réinsertion professionnelle, où il a, là encore, suivi une progression, depuis l'hôpital de jour au CAT en passant par l'atelier thérapeutique¹. Le cas de Walter montre bien comment la psychiatrie peut se présenter comme un soutien attractif dans un projet de passage à l'âge adulte, dans un contexte marqué par l'absence d'autres soutiens, notamment familiaux.

L'exemple de Walter illustre également le fait que la contrainte de maintien de liens avec la psychiatrie n'est pas toujours perçue de manière négative, comme le formulait Norbert. Walter exprime clairement le fait que vivre dans un logement indépendant en lien avec la psychiatrie constitue une sorte d'assurance vis-à-vis de rechutes potentielles, qui sont considérées comme des risques de nouvelles ruptures. Cette assurance est aussi fortement associée à la dimension de réapprentissage de la vie quotidienne qu'il suppose. Rappelons que les personnes dont il est question ici, ont toutes connu des perturbations importantes qui ont infléchi leur parcours de vie. Elles ont connu des périodes, plus ou moins longues et plus ou moins répétées, de rupture et souvent d'hospitalisation, au terme desquelles elles devaient reprendre leur vie professionnelle mais aussi familiale et sociale. Du fait d'un effet cumulatif de ces ruptures, à chaque nouvelle tentative de réinscription sociale, les ressources dont elles disposent, d'un point de vue matériel, familial et social, sont un peu plus limitées, ce qui les conduit à ajuster leurs aspirations sociales initiales, qui étaient liées notamment au milieu familial d'origine et aux socialisations primaires. Utiliser l'inscription en psychiatrie comme un moyen d'accéder à des ressources, qu'elles soient matérielles ou de soutien social, apparaît donc lié à la rareté des autres ressources disponibles, qu'elles soient familiales, professionnelles, ou provenant d'autres institutions sociales. Cela peut également tenir au fait que mobiliser ces autres ressources engage un coût trop élevé, y compris sur le plan symbolique (Verhaegen, 1985). C'est particulièrement le cas des soutiens familiaux lorsqu'un enjeu important pour la personne est la prise d'autonomie vis-à-vis de ses parents. En ce sens, la contrainte associée à la résidence en appartement peut être perçue comme une opportunité. Avant d'examiner plus concrètement comment cette contrainte s'incarne, il me faut présenter les outils qui constituent cette intervention et détailler l'usage qu'en font les professionnels.

■ Une surveillance clinique et normative

« Les appartements thérapeutiques, pour moi, c'est une autre étape. Il faut que le résident ou l'occupant, je ne sais plus comment ils les appellent, montre qu'il ne compte pas que là-dessus et qu'il ne s'endort pas sur ses lauriers. » (Norbert, résident en appartement.)

1. Il est intéressant de noter que si Walter dit aujourd'hui avoir réalisé un rêve en vivant dans son appartement, il n'est entré en appartement thérapeutique qu'avec réticence. Il était en effet très inquiet de la prise de risque que cela représentait et y a été fortement encouragé, voire presque contraint, par les soignants.

Diverses interventions constituent le travail psychiatrique lié aux appartements : le groupe des résidents, les visites à domicile et les interactions entre locataire et bailleur.

- *le groupe* réunit l'ensemble des résidents chaque semaine, avec deux soignants. Obligatoire, cette réunion est l'occasion d'aborder les problèmes et questions liés aux appartements, mais aussi, plus largement, à la vie quotidienne ;
- *les visites à domicile* constituent un moyen d'intervention direct sur la vie en appartement. Réalisées chaque semaine par des infirmiers de l'équipe – ou plus souvent dans les périodes où cela semble nécessaire –, elles sont consacrées à la gestion des problèmes de la vie quotidienne et notamment l'entretien du logement ainsi qu'au suivi de l'état du résident ;
- enfin, les patients et les professionnels sont en *interaction* autour des obligations et droits liés à leur statut respectif de locataire et de bailleur. Il s'agit essentiellement du paiement du loyer, de problèmes de fuite ou de travaux dans l'appartement.

L'ensemble de ces interventions constitue le support du travail psychiatrique. Cependant ce n'est pas le contenu de ces interventions qui leur confère une valeur thérapeutique, mais la façon dont elles sont justifiées par les professionnels et insérées dans un cadre de travail psychiatrique. La réunion des résidents et les visites à domicile constituent donc aussi un lieu d'observation et de surveillance de l'état des patients. C'est pourquoi l'équipe joue un rôle central dans le dispositif des appartements.

Les appartements sont gérés par une équipe pluridisciplinaire constituée de professionnels de l'équipe du CMP (psychiatre, psychologue, infirmiers, ergothérapeute) qui effectue un travail collectif d'interprétation des comportements des résidents. Lorsqu'ils se retrouvent ensuite, au cours de leur *réunion d'équipe* bimensuelle, les soignants échangent commentaires et évaluations : un tel « était bien », tel autre « n'était vraiment pas bien », en s'appuyant sur la lecture des comportements et des attitudes observées ainsi que celle des modes de vie des résidents. Ainsi, les activités quotidiennes, l'entretien de l'appartement, seront autant d'indicateurs de l'état de la personne. Cette surveillance a une dimension clinique, en portant sur l'état, la maladie, mais également une dimension normative en servant à interpréter les comportements en termes de capacité d'autonomie afin de déterminer comment intervenir.

Dans la modulation de son intervention, l'équipe dispose d'un principal levier : le double rôle qu'elle occupe vis-à-vis des résidents. En effet, l'équipe des professionnels qui gère les appartements est à la fois dans un rôle de soignant vis-à-vis des patients et dans un rôle de bailleur. Intermédiaire des relations avec le propriétaire, l'équipe module son intervention en tant que bailleur selon son évaluation de la capacité d'autonomie du patient ou simplement de ses ressources financières. Elle peut alors parfois décharger les résidents de certaines de leurs obligations en tant que locataires. Ainsi, c'est

l'équipe qui s'occupe de la remise en état des appartements et des grosses réparations (déclaration de dégât des eaux...), mais elle peut également s'impliquer dans l'entretien courant des appartements.

Le rôle de bailleur de l'équipe lui sert également à inscrire le résident dans un processus d'apprentissage. Les résidents louant leur appartement à l'association, l'équipe peut « faire comme si » le résident et les professionnels se trouvaient dans une relation locataire-bailleur, tout en la modulant selon les capacités attribuées au résident. Cette dimension complexifie grandement les règles des interactions. Elle oblige, en effet, les patients à être à la fois de bons locataires et de bons patients vis-à-vis des mêmes professionnels, chacune de ces positions n'entraînant pas toujours des obligations compatibles. L'exemple suivant montre les complexités qui sont ainsi introduites dans le cadre, et les jeux de position que cela peut entraîner.

Lors d'une réunion, Bérénice, psychologue, raconte son entrevue avec Cédric, qui vient d'emménager dans un appartement : *« Il a été remboursé [par l'association] pour le micro-ondes et les ampoules. Il n'était pas content de ne pas être remboursé pour la prise multiple. Il a dit : "Vous m'avez dit d'acheter une prise multiple." Moi j'ai répondu que je lui avais dit de le faire si ça lui était utile, mais que cela n'impliquait pas qu'il serait remboursé. Je lui ai expliqué que les prises, on considère que ça fait partie de ce qu'on apporte et emporte avec soi dans un appartement. »* Elle conclut : *« Il faut être très cadrant avec lui parce qu'il a tendance à demander plus, à inverser les rôles. »*

Il s'agit de savoir qui, du locataire ou du bailleur, prend en charge quels frais d'installation. Le désaccord, ou le malentendu qui survient entre le résident et le professionnel tient à la définition variable de cette prise en charge. Cependant, si le professionnel est ici en position de bailleur, c'est une position fictive, mise en scène, qui est soumise à une position thérapeutique introduisant ici la nécessité d'être cadrant. La dimension thérapeutique est toujours sous-jacente, prête à surgir comme mode de justification : éduquer la personne au cadre des relations normales, ici par la mise en situation fictive entre locataire et bailleur. Lorsque Cédric émet une demande que la psychologue en tant que bailleur estime déplacée, c'est alors la psychologue en tant que thérapeute qui répond.

La qualification de ce rôle comme « thérapeutique » appelle une remarque. À bien des égards, la relation décrite ci-dessus comme thérapeutique pourrait être qualifiée par un observateur d'éducative ou de pédagogique. Le terme « thérapeutique » ne renvoie probablement pas seulement à la nature des rapports instaurés mais tient également au fait que les professionnels impliqués sont des soignants. À ce titre, il serait intéressant de comparer ces observations avec le fonctionnement de lieux d'hébergement où l'équipe comprend des éducateurs ou d'autres travailleurs sociaux. Les travaux de Jerry Floersch (2002), qui analysent le rôle de travailleurs sociaux dans le suivi psychiatrique de personnes vivant en milieu ordinaire dans l'état du Kansas aux

États-Unis, font apparaître de nombreuses similitudes. Notamment, que la relation soit qualifiée de thérapeutique ou d'éducative, il persiste une tension forte avec la relation contractuelle.

L'équipe utilise donc ses moyens d'intervention comme un maillon intermédiaire entre les patients et la vie sociale, représentée ici par le logement, les relations de voisinage et les relations avec le propriétaire. Par exemple, le loyer mais aussi les factures d'électricité et de téléphone sont payés par le résident au dispensaire, qui les règle à son tour aux fournisseurs. Ce mode de paiement des factures a au moins deux fonctions. C'est une sécurité pour l'équipe puisqu'elle l'assure même en cas de défaillance du résident. Mais cela peut également devenir un lieu de travail thérapeutique, par une tentative d'agir sur « la façon de payer ses factures ». On se trouve alors dans une situation d'imitation de la vie sociale normale, encadrée par le cadre thérapeutique.

Le mode de fonctionnement des appartements thérapeutiques, où l'équipe contrôle tous les points d'exercice de la qualité de locataire mais également de la qualité de « personne vivant seule dans son logement », lui permet de se situer dans l'un ou l'autre de ces registres selon l'interprétation qui est faite des comportements du résident. À un extrême, quand le patient est considéré comme très peu capable d'autonomie, l'équipe peut pallier tous ses manques, que ce soit matériellement (autour du ménage, par exemple, ou du paiement des factures), ou statutairement (car il est le bailleur, intermédiaire avec le propriétaire mais aussi avec la copropriété, etc.). À un autre extrême, quand le patient est considéré comme autonome, l'équipe peut alors entériner cette autonomie, la valider, et surveiller son exercice. Entre ces deux pôles, l'équipe de professionnels se trouve dans une position intermédiaire censée permettre la passation progressive de l'un à l'autre.

De cette polarisation des rôles occupés par l'équipe, découle une polarisation des rapports entre patients et soignants. Si le cadre formel des appartements instaure une relation contractuelle entre l'équipe de professionnels et le résident, il se double d'un cadre thérapeutique dont l'objectif affiché est d'amener le patient à devenir cette personne responsable et autonome, dans la gestion de sa maladie et de son traitement, ainsi que de sa vie quotidienne. Or ces deux cadres sont dans un rapport conflictuel : dans l'un, les deux parties sont liées par un contrat, dans l'autre, elles sont dans une relation thérapeutique. Poussée à son terme, la logique des deux cadres est radicalement différente.

On rejoint là une tension née de l'évolution dans la conception de la relation médicale qui traverse le champ de la médecine au 20^e siècle (Dodier, 2005 ; Rameix, 2000) et qui se pose de façon particulièrement aiguë et délicate en psychiatrie (Velpry, 2003). Elle est illustrée dans la discussion retranscrite ici, où deux infirmières anciennement dans le secteur et une jeune ergothérapeute argumentent sur l'opportunité de conserver un appartement au faible loyer mais peu agréable.

Pour les premières, l'appartement proposé fait partie de l'offre thérapeutique, elle en constitue un prolongement, et elle doit donc représenter un appel vers le patient, un saut qualitatif qui l'incite ou l'aide à sortir de sa maladie : « *Dans la piaule de là-haut, je déprimerais. Pas plus qu'à l'hôtel, c'est sûr, mais est-ce qu'on ne cherche pas à proposer autre chose, qui soit thérapeutique et pas seulement de l'hébergement ?* » (Irène, infirmière.)

Imogène (infirmière) ajoute : « *En plus, il est au cinquième étage sans ascenseur, le quartier est mal famé, je n'y habiterais pour rien au monde, et le patient pourrait venir nous dire, c'est un appartement thérapeutique, mais la porte ferme pas, il y a de l'humidité.* »

Pour la troisième, en revanche, le cadre contractuel des appartements s'impose dans les principes mêmes du rapport établi, et la personne, toute malade qu'elle soit lors de l'admission, est à même d'en accepter ou d'en refuser les termes : « *C'est un contrat, on leur propose cela, ils voient ce que c'est, si ça ne leur plaît pas ils ne prennent pas, et s'ils le prennent ils ne viennent pas se plaindre, surtout pour le prix que c'est. En plus, il ne faut pas oublier que c'est une aide associative, bénévole, et qu'il ne faut pas en faire trop.* » (Emilie, ergothérapeute.)

La divergence de vues qui apparaît ici, oppose un appartement considéré comme un prolongement de l'intervention thérapeutique effectuée par les professionnels, qui en conserve tous les enjeux, et un appartement considéré comme une opportunité sociale fournie par le secteur, que le patient est libre d'accepter ou de refuser.

■ Interpréter les comportements et moduler les attentes

« *Lorsque Walter était à l'hôpital, on n'aurait jamais dit qu'il pourrait vivre seul. Et il ne savait rien, mais rien faire dans la maison. Cela fait maintenant trois ans qu'il vit seul, et cela ressemble à un miracle.* » (Bérénice, psychologue.)

De fait, la relation thérapeutique et la relation contractuelle reposent sur deux conceptions distinctes de la position du patient vis-à-vis des professionnels et supposent l'imputation d'une capacité d'autonomie différente. Le cadre thérapeutique est premier lorsque le patient est considéré comme dominé par sa maladie, alors que la dimension contractuelle prend le dessus lorsque les professionnels imputent au patient une capacité d'évolution vers plus d'autonomie qu'ils veulent encourager. Ce qu'il importe de souligner ici, c'est que la tension entre les deux cadres n'est pas seulement affaire de conceptions de la prise en charge. Elle est d'une certaine manière constitutive de toute intervention en direction de personnes ayant des troubles mentaux graves. J'ai montré ailleurs que cette négociation se produit au cours des interactions, selon les patients, et évolue dans le temps (Velpry, 2008). Dans la logique du modèle de prise en charge en cours dans le secteur étudié, ce conflit est amené à se résorber de lui-même au fur et à mesure de

l'évolution du patient, qui amènera la relation thérapeutique à s'approcher de plus en plus d'une relation contractuelle. En pratique, cependant, les évolutions sont moins linéaires, et il y a donc entre les patients et les professionnels une négociation permanente entre ces deux cadres, afin de déterminer lequel prédomine à un moment donné et de gérer les conflits qui surgissent.

Dans le fonctionnement quotidien des appartements, l'équipe est amenée en permanence à définir sa position vis-à-vis du résident. Les attentes sont modulées en fonction de l'évaluation des capacités du résident, et donc du mode de coopération instauré et de la position de patient négociée. Par exemple, le fait de sortir de chez soi est non seulement un comportement valorisé, mais attendu. Il constitue donc un critère d'évaluation de l'état de la personne. Cependant, appliqué à un cas particulier, ce critère pourra perdre sa valeur : Isabelle (soignante) dit que Carla (résidente) sort peu, de moins en moins, mais que cela ne l'inquiète pas *« parce qu'elle a l'air bien. Elle n'est pas isolée. Elle dit juste qu'elle n'a pas envie de sortir ou de faire des choses, mais elle n'est pas en retrait »*.

Lorsque le comportement d'un résident ne correspond pas aux attentes des soignants, se pose la question de l'interprétation de cet écart. S'agit-il d'une étape nécessaire dans l'évolution vers l'autonomie, ou au contraire d'un signe de difficulté à évoluer, qui aura nécessairement comme conséquence une évolution négative vers la chronicité, ou pire la « régression », sous forme de rechute et d'éventuelle hospitalisation. Dans la discussion qui suit, à propos d'Oscar, il s'agit de décider si une façon de s'exprimer s'inscrit ou non dans un processus d'acceptation de sa maladie qui pourrait l'amener à mieux la « gérer » : *« Hier [en réunion] Oscar parlait beaucoup en référence aux choses qu'il pouvait faire avant, comme le ménage par exemple. »* (Bérénice, psychologue.)

Imogène (infirmière) commente : *« C'est vrai, mais il idéalise ces choses aussi, il dit "je suis malade", et cela lui fait un rempart. »*

Bérénice répond : *« Cela le tient d'idéaliser ces choses, c'est une étape. Pendant longtemps, il était dans l'annulation de la maladie, il disait que tout allait bien, maintenant il n'est plus là-dedans. »*

Ici, Bérénice et Imogène diffèrent quant à leur interprétation clinique des paroles d'Oscar. Pour l'une, ces paroles montrent qu'il cherche à éviter de se confronter à ses difficultés (en l'occurrence, celle de faire le ménage) en arguant du fait qu'il est malade. Pour l'autre au contraire, ces mêmes paroles sont le signe qu'il est engagé dans une évolution, qui passe par la reconnaissance de sa maladie, et qui est susceptible de l'amener à surmonter ses difficultés actuelles¹. De façon sous-jacente, la question débattue est de savoir si Oscar, actuellement, se sert de la maladie pour ne pas faire

1. On notera qu'elles partagent le même schéma d'évaluation des attitudes vis-à-vis de la maladie : il est mieux de reconnaître que l'on est malade que de le nier, et il est mieux de chercher à aller mieux compte tenu de la maladie reconnue, en cherchant à la dépasser, que de justifier ses incapacités par la maladie.

des efforts qu'il est capable de faire, ou s'il fait « du mieux qu'il peut ». Ce qui est donc en jeu ici pour les soignants, comme à chaque fois qu'il s'agit d'interpréter un comportement, c'est le choix du registre : est-on face à un patient qui peut mais ne veut pas, et doit être poussé, ou est-on face à un patient qui veut mais ne peut pas, et doit être soutenu.

Enfin, je voudrais illustrer cette articulation permanente de deux modes de relations soignant/patient peu compatibles en décrivant les différentes positions occupées par les résidents en appartement thérapeutique et leur écart vis-à-vis du modèle affiché de transformation et d'acquisition de l'autonomie. Parmi les résidents côtoyés pendant l'observation, deux groupes se dégageaient en fonction de la distance à ce principe de transformation du patient¹.

Plusieurs résidents se trouvaient effectivement dans une situation conforme au modèle thérapeutique des appartements en cours dans ce secteur. Il s'agit de patients qui montrent, dans leurs échanges avec les professionnels, qu'ils peuvent se situer à la fois dans un rapport contractuel, pour les questions relatives à leur logement, et dans un rapport thérapeutique, en rendant visibles leurs efforts pour acquérir plus d'autonomie, en concertation avec l'équipe.

La position des autres résidents s'écarte du modèle par différents aspects. Pour certains, qui vivent souvent depuis longtemps dans les appartements, c'est la perspective d'une évolution vers plus d'autonomie qui est abandonnée par les soignants. Ces derniers estiment que la situation atteinte, relativement stable, se situe certes en deçà de l'idéal d'autonomie et d'insertion envisagé initialement, mais reste la meilleure situation possible compte tenu des capacités qu'ils attribuent aux patients. Pour ces patients, il y a donc à la fois référence dominante au cadre thérapeutique, puisque leurs faibles capacités sont généralement imputées à la maladie, et référence dominante au cadre contractuel, dans la mesure où professionnels et patients maintiennent une attitude formelle d'aspiration à une évolution, même si aucun des deux n'y croit. Ainsi, dans le cas de Serge, la psychologue exprime un point de vue qui est en totale opposition avec la conception « temporaire » des appartements thérapeutiques : Bérénice dit qu'« elle ne voit pas comment Serge ferait s'il vivait indépendamment et s'il ne les [l'équipe du CMP] avait pas pour se plaindre » et « ce sera vraiment difficile qu'il quitte les appartements ».

Serge est très autonome si l'on se réfère aux critères en cours dans les appartements thérapeutiques : il cumule en effet autonomie financière et autonomie dans la gestion de sa vie quotidienne et dans l'entretien de son appartement. Cependant, il semble aux professionnels qui connaissent Serge depuis plusieurs années que cet équilibre repose sur la relation particulière établie avec l'équipe du dispensaire : « Serge a vraiment besoin de quelque chose pour alimenter sa paranoïa. Quand il n'a rien, il est inquiet, mais finalement il trouve toujours quelque chose ». (Igor, infirmier.) [...] « J'ai peur qu'il se

1. Cette analyse s'appuie sur un faible nombre de personnes et vise à proposer des hypothèses de compréhension, qui demandent à être confirmées par une enquête de plus grande ampleur.

mette un peu à dos ses voisins. Par exemple, en ce moment il se plaint beaucoup de l'odeur de nourriture chinoise de sa voisine du dessus. Il est très obsédé par l'administration aussi. » (Bérénice.)

Dans ces propos, les soignants considèrent que le lien entre Serge et l'équipe des appartements est fonctionnel, plus que thérapeutique. Le CMP a pour fonction de lui donner des occasions de se plaindre, détournant ainsi son attention d'autres situations possibles, et de constituer un lieu où il peut le faire en minimisant les conséquences sociales. Dans la façon dont Serge est considéré par l'équipe, sa capacité à vivre de façon autonome est mise en danger par une dimension de sa pathologie (sa paranoïa), qui rend nécessaire une présence continue de l'intervention psychiatrique, mais surtout qui rend très risqué de s'engager dans une étape d'autonomisation supplémentaire. Cette façon de considérer Serge est le produit de l'histoire que l'équipe et lui ont en commun et des catégories empiriques dont disposent les professionnels. Autrement dit, au fil de cette histoire, l'équipe en est venue à considérer Serge comme « quelqu'un de très malade malgré le traitement et malgré le fait qu'il semble aller bien et bien s'occuper de lui ».

Pointe ici une crainte récurrente des professionnels liée au risque que comporte la pression au changement exercée envers le patient : à demander trop d'autonomie au patient, celui-ci risque de « perdre » celle qu'il a souvent péniblement et lentement acquise, pour « revenir » à une situation de crise ou à un statut de patient dépendant et passif.

Une dernière position se caractérise par le fait que les résidents ne respectent pas le cadre contractuel, notamment dans les rapports bailleurs/locataires avec l'équipe et que les soignants attribuent ce non-respect au fait que les patients sont dominés par la maladie et les incapacités qu'elle entraîne. Dans ce groupe, le cadre contractuel est rarement mobilisé dans la mesure où les patients ne participent pas à l'entretenir. Ainsi, lors d'une discussion en équipe est évoquée l'incapacité d'être autonome d'Oscar, ce qui fournit un exemple typique d'interprétation des comportements en termes d'incapacité : « *Oscar est incapable de faire quoi que ce soit par lui-même. [Une entreprise de ménage] l'a appelé pour fixer un rendez-vous, il ne s'en souvient pas, [j'ai dû m'] en occuper avec l'entreprise. Là, on lui a rappelé que l'aide ménagère vient demain, donc il devrait s'en souvenir, mais ça n'est même pas sûr.* » (Igor.)

Dans cet exemple, le rôle d'intermédiaire au statut changeant joué par l'équipe apparaît nettement. Si Oscar s'arrangeait directement avec l'entreprise, l'équipe serait dans un rôle d'observateur, et pourrait éventuellement en tirer des conclusions sur les capacités à l'autonomie d'Oscar. Oscar ne le faisant pas, un membre de l'équipe intervient alors et pallie sa défaillance, renforçant le constat de son incapacité à l'autonomie. Cependant, il faut souligner que l'on se trouve ici dans une situation d'imitation de la vie normale, où le rôle de l'équipe est plus structurant qu'il n'apparaît au premier abord dans la description ci-dessus. En effet, la nécessité de faire le ménage, et par conséquent l'intervention de l'entreprise, a été imposée par l'équipe, et les

limites de cette intervention de l'équipe ne vont pas nécessairement de soi. Oscar est-il chargé par l'équipe de gérer le ménage de son appartement, ou est-il enjoint de prendre en charge la gestion de ce ménage ? La différence est subtile, mais c'est justement dans la capacité d'Oscar de la percevoir et de montrer qu'il se situe dans la seconde option que pourra se négocier un statut d'autonomie, ou du moins la reconnaissance d'une capacité d'autonomie. Les subtilités ne s'arrêtent cependant pas là. S'il se conforme trop aisément à cette attente, et endosse avec trop de facilité le rôle de résident prenant en charge une action souhaitée par l'équipe, ce ne sera plus son autonomie qui sera ainsi démontrée, mais un comportement chronique ou de confort, ou encore installé.

■ Conclusion

« C'est vrai qu'au sein des appartements on cherche à développer l'autonomie, mais c'est une autonomie cadrante, pas dispersée. » (Igor, infirmier.)

Le dispositif d'appartements thérapeutiques s'inscrit pleinement dans un travail psychiatrique associant patients et soignants. Il suppose en effet que les acteurs partagent des objectifs caractéristiques de ce travail : le contrôle de la maladie et la gestion des inscriptions sociales, mais aussi l'adoption d'une dynamique de transformation du patient devenu résident. Cependant, se négocie en permanence, dans les appartements, le statut du patient dans ce travail commun. Doit-on faire pour lui parce qu'il va trop mal ? Doit-on l'aider à faire pour qu'il apprenne ? Doit-on ne rien faire pour qu'il ne s'installe pas dans un confort assisté ? Les professionnels et les patients se situent en permanence vis-à-vis de ces questions, les professionnels par une interprétation travaillée collectivement en équipe, qui impute une certaine capacité d'autonomie et de responsabilité, les patients par les comportements et leurs prises de position en situation.

L'articulation entre contrainte et injonction à l'autonomie est au centre de la négociation ; elle vise à la transformation et à l'autonomisation du patient dans une inscription sociale essentielle, celle qui est liée à l'hébergement. La contrainte se manifeste différemment selon la position qu'a négociée le patient à un moment donné. Elle change de forme conjointement à un processus d'apprentissage et de changement des comportements et des normes des patients, identifié comme tel par les patients et par les professionnels. Parallèlement, des positions de patient relevant d'autres régimes de justification restent disponibles afin d'intégrer des interactions et des comportements de patients qui ne peuvent s'inscrire dans le régime de transformation. La façon dont se fait le passage entre les différents régimes de justification montre que l'adoption de telle ou telle position de patient ne s'inscrit pas dans un processus de progression linéaire et est considérée comme imprévisible par les professionnels, qui l'identifient et la valident *a posteriori*.

Bibliographie

- « Appartements thérapeutiques : habiter le soin ? » (1999), dossier, *Empan*, n° 34.
- CHARZAT M. (2002), *Pour mieux identifier les difficultés des personnes en situation de handicap du fait de troubles psychiques et les moyens d'améliorer leur vie et celle de leurs proches*, Rapport à la ministre déléguée à la Famille, à l'Enfance et aux Personnes handicapées, Paris, Ministère de l'Emploi et de la Solidarité.
- COLDEFY M., LEPAGE J. (2007), « Les secteurs de psychiatrie générale en 2003 », *Études, Document de travail*, n° 70, DREES, novembre.
- DODIER N. (2004), « S'en remettre à un spécialiste. Contribution à une histoire politique de la délégation des soins », *Handicap. Revue de sciences humaines et sociales*, n° 104.
- GOFFMAN E. (1968), *Asiles*, Paris, Éditions de Minuit.
- MISSION NATIONALE D'APPUI EN SANTÉ MENTALE (Mnasm) (2007), « Les hébergements des patients psychiatriques. Réflexion à partir des expériences en Île-de-France », *Pluriels*, 65, février.
- MISSION NATIONALE D'APPUI EN SANTÉ MENTALE (Mnasm) (2008), « Le logement accompagné. L'exemple des maisons relais et des résidences accueil », *Pluriels*, 73, mai.
- RAMEIX S. (2000), « Du paternalisme des soignants à l'autonomie des patients ? », in Louzoun C., Salas D. (dir.), *Justice et psychiatrie : normes, responsabilité, éthique*, Collection : « Études, Recherches, Actions en santé mentale en Europe », Erès.
- UNAFAM Paris, (2009), *Le logement des personnes en difficulté psychique à Paris*.
- VELPRY L. (2003), « Ce que disent les personnes confrontées à un trouble mental grave », in Joubert M. (dir.), *Santé mentale, ville et violences*, Paris, Erès, p. 35-60.
- VELPRY L. (2008), *Le quotidien de la psychiatrie. Sociologie de la maladie mentale*, Armand Colin.
- VERHAEGEN L. (1985), « Quelques éléments pour une analyse des nouvelles carrières psychiatriques », *Sociologie et Sociétés*, 17 (1), p. 51-60.