

UNIVERSITE DE NANTES

FACULTE DE MEDECINE

Année 2007

N°2

THESE

pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

Qualification en médecine générale

par

Claire GICQUAUD

née le 8 janvier 1976 à Nantes

Présentée et soutenue publiquement le 23 janvier 2007

**LES APPARTEMENTS ASSOCIATIFS : UN OUTIL THERAPEUTIQUE
ET SOCIAL. L'EXEMPLE DES LOGEMENTS PROTEGES DU SERVICE
PUBLIC DE PSYCHIATRIE ADULTE DE PONTCHATEAU-SAVENAY**

Président : Monsieur le Professeur J.M.VANELLE

Directeur de thèse : Dr P. ZIMMERMANN

INTRODUCTION	3
I- NAISSANCE DES ALTERNATIVES A L'HOSPITALISATION.....	5
A- EVOLUTION DE LA POLITIQUE DE SANTE MENTALE EN FRANCE : VERS UNE PSYCHIATRIE COMMUNAUTAIRE AVEC L'AVENEMENT DE LA SECTORISATION	5
1- Le mouvement aliéniste	5
2- La psychiatrie classique : les prémices de la psychiatrie moderne.....	6
3- Le mouvement hygiéniste	7
4- Le courant antipsychiatrique et le mouvement de désinstitutionalisation.....	8
5- La naissance de la sectorisation	9
6- La psychiatrie française d'aujourd'hui.....	12
B-LES DIFFERENTES STRUCTURES INTERMEDIAIRES	17
1- Présentation et définition des structures existantes	17
2- Les logements thérapeutiques et associatifs.....	20
C- COMMENT LUTTER CONTRE L'EVOLUTION VERS LA CHRONICITE DE LA SCHIZOPHRENIE ? ..	22
1- Présentation rapide de la schizophrénie	22
2- Définition des termes de réadaptation, réhabilitation et d'(ré)insertion.....	24
3- Quelles solutions ?	26
II- LES APPARTEMENTS DE LA COMMUNE DE PONTCHATEAU : LE PRE AUX CLERCS ET LA CADIVAIS	35
A – LE SECTEUR PUBLIC DE PSYCHIATRIE GENERALE ADULTE DE PONTCHATEAU-SAVENAY ...	35
1- Le CHS de Blain	35
2- Le secteur de Pontchâteau-Savenay	36
B- LES APPARTEMENTS PROTEGES DU SERVICE.....	40
1- Naissance du projet	40
2- Le fonctionnement actuel.....	45
3- Une évolution permanente	52
4- L'association Ailleurs	55
5- Une équipe pluridisciplinaire	57
6- Réalités et difficultés.....	61
III- ESSAI D'EVALUATION DU ROLE DES APPARTEMENTS ASSOCIATIFS DE PONTCHATEAU DANS LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS DE PSYCHIATRIE ADULTE : A PARTIR DE L'EXPERIENCE DE DIX PATIENTS.....	65
A- PRESENTATION DE L'EVALUATION ET METHODOLOGIE.....	65
B - LES CAS CLINIQUES	67
1- Engager chez un patient déficitaire un processus de réinsertion professionnelle.....	67
2- Aider le patient à tisser des relations sociales	72
3- ATTENUER LA DEPRESSION DU PSYCHOTIQUE.....	82
4- PERMETTRE LA CONTINUTE D'UN TRAITEMENT ANTIPSYCHOTIQUE ET FAVORISER UNE ALLIANCE THERAPEUTIQUE	88
5- EVALUATION DES CAPACITES POUR AMENER LE PATIENT A UN PROJET DE VIE PLUS REALISTE.....	92
6- ACCEPTER SA MALADIE.....	95
7- AIDER LE PATIENT A SORTIR D'UNE RELATION FUSIONNELLE AVEC UN MEMBRE DE SA FAMILLE	99
CONCLUSION.....	103
BIBLIOGRAPHIE.....	107
ANNEXES.....	111
RESUME	112

INTRODUCTION

La prise en charge des malades mentaux, notamment la lutte contre l'exclusion du circuit social, est depuis les années soixante une préoccupation importante. La notion de citoyenneté a fait son entrée en santé mentale. Les derniers rapports et plans gouvernementaux illustrent bien cette notion.

La psychose a toujours occupé une place centrale dans la psychiatrie et l'enjeu est d'essayer de restituer au patient psychotique une prise sur le réel.

La remise en question des asiles en France, initiée par le mouvement de désinstitutionnalisation, a amené à une fermeture progressive des lits d'hospitalisation temps plein en psychiatrie et à l'émergence de nouveaux espaces de soin : des structures intermédiaires extra-hospitalières. Ces structures spécifiques de soin rapprochent le dispositif de soin auprès de la population dans la cité. Parmi ces expériences originales, il existe des formules d'hébergement thérapeutique. Elles sont multiples.

Mais comment peuvent cohabiter au sein de ces lieux deux termes apparemment contradictoires, hébergement et thérapeutique ? Comment ces logements sont-ils pertinents en terme de soin et de réinsertion sociale ? Quelle est leur place dans l'arsenal thérapeutique pour le psychotique ? Le but de cette thèse est d'essayer de répondre à ces questions.

Au cours de mon résidanat, j'ai été amenée à faire un stage chez des médecins généralistes. Je me suis alors rendue compte qu'environ un quart des patients qui consulte en médecine générale présente une souffrance en relation avec un problème de santé mentale et que le médecin traitant est en première ligne. Ce constat et mes lacunes dans le domaine m'ont poussée à faire un de mes stages dans un service de psychiatrie. Au sein du CHS de Blain, j'ai découvert l'existence des logements associatifs du service de Pontchâteau-Savenay. Cette réalité, m'étant totalement inconnue, a suscité ma curiosité et j'ai donc décidé d'approfondir mes connaissances. Ce travail de recherche m'a intéressée rapidement et j'ai décidé ainsi d'en faire mon sujet de thèse.

Il me semble intéressant que les médecins généralistes aient connaissance de l'existence de ces structures car ils peuvent être amenés à suivre des patients y logeant et donc à intervenir sur place.

Le recueil d'informations a compris à la fois des données récupérées à partir de documents du service, récents ou plus anciens, des dossiers médicaux des patients, des notes prises lors des réunions institutionnelles appartements protégés et aux synthèses des patients auxquelles j'ai assisté, des visites des logements protégés, des réunions soignants-soignés aux appartements et aussi des témoignages de patients et de soignants du service (psychiatres, infirmiers, cadres infirmiers, psychologue, assistants sociaux et secrétaires).

J'ai tenté d'avoir une vision globale du sujet. C'est pourquoi, je vais dans un premier temps resituer dans quel contexte historique sont nées ces structures de soins intermédiaires, les présenter et expliquer leur fonctionnement. Puis je vais parler plus spécifiquement du service de psychiatrie de Pontchâteau-Savenay et de ses logements associatifs de la commune de Pontchâteau en traitant de leur naissance et de leur fonctionnement. Enfin dans la troisième partie, grâce à l'étude du parcours de dix patients ayant séjournés dans ces logements, j'ai essayé de répondre à la problématique posée.

I- NAISSANCE DES ALTERNATIVES A L'HOSPITALISATION

A- EVOLUTION DE LA POLITIQUE DE SANTE MENTALE EN FRANCE : VERS UNE PSYCHIATRIE COMMUNAUTAIRE AVEC L'AVENEMENT DE LA SECTORISATION

Au cours des deux derniers siècles, l'institution psychiatrique moderne s'est élaborée en quatre principales étapes, en rapport avec le développement des conceptions fondamentales et des créations institutionnelles : tout d'abord la période de l'aliénation mentale (1793-1854), puis celle de la psychiatrie classique (1854-1926), celle des structures psychopathologiques (1926-1977) avec le mouvement hygiéniste et le courant antipsychiatrique et enfin celle de la psychiatrie contemporaine avec la naissance de la sectorisation (1-2).

1- Le mouvement aliéniste

La première période est celle qui se situe à la fin du siècle des Lumières.

Les premiers hôpitaux généraux ont été créés au début du XVII^{ème} siècle. En Europe occidentale se développe un mouvement qui transforme les hôpitaux en lieux médicalisés d'examen et de soins. C'est une volonté de médicalisation, de faire de l'asile un lieu de soins.

Ce mouvement considère les « insensés » comme des patients à protéger, traiter et à guérir. Dans ce « grand renfermement » il n'y a pas de traitement physique, juste un isolement avec une vie quotidienne dans un environnement parfaitement rationnel avec l'influence bénéfique d'un unique médecin.

L'environnement est « l'agent le plus puissant contre les malades mentales » disait Esquirol en 1822 (3).

Pendant ce mouvement de psychiatrie institutionnelle, aussi appelé l'aliénisme du XIX^{ème} siècle (durant la première moitié du XIX^{ème} siècle (1793-1854)), la folie est une maladie unique qui constitue à elle seule une spécialité, son traitement est moral, elle ne peut se soigner que dans des établissements spécifiques. Ce traitement moral s'inscrit dans une théorisation des psychiatres pour la première fois avec un mode de prise en charge dans un contexte d'objectif thérapeutique.

La démocratie naissante offre donc à « l'incapable » deux institutions : la tutelle et l'asile. Ce statut juridique assimile l'aliéné à l'enfant et le place sous la responsabilité d'un parent ou d'un protecteur désigné (4).

Cette réforme psychiatrique est marquée par la loi du 30 juin 1838 sous LOUIS-PHILIPPE qui prévoit la création d'institutions spécifiques, dénommées asiles, en définissant les modalités d'entrée, de séjour et de sortie. Elle prévoit aussi la création d'un asile dans chaque département qui aura le monopole strict des soins aux aliénés.

Mais déjà durant cette période, certaines personnalités ébauchent les premières critiques institutionnelles. Elles expriment leur prise de conscience des conditions scandaleuses dans lesquelles se déroulait l'isolement des aliénés, comme Pinel avec sa théorisation du traitement moral, Postel et ses premières réflexions sur l'évolution des conditions d'hospitalisation des malades mentaux ou bien Tenon et sa dénonciation de ces conditions dans son livre de 1788 *Mémoire sur les hôpitaux de Paris* (5).

2- La psychiatrie classique : les prémices de la psychiatrie moderne

Ensuite entre 1854 et 1926, la psychiatrie classique fait son apparition.

Durant cette période de critique du principe de l'aliénation mentale, comme l'avait déjà exprimée Falret dès le milieu du XIX siècle, on renonce à l'unité de la psychiatrie en rapprochant la psychiatrie de l'ensemble de la médecine. On assiste à une remise en cause des principes aliénistes avec une dénonciation de l'archaïsme de l'institution asilaire traditionnelle, de l'encombrement des asiles, de l'accroissement incessant du nombre d'aliénés. L'internement est devenu le symbole de l'échec de l'hôpital à soigner toute forme de troubles psychiatriques.

Cette reconsidération de la question institutionnelle amène à l'évolution de la conception de la maladie mentale. Cette époque est marquée par la création d'une sémiologie spécifique des maladies mentales avec quatre groupes principaux : les névroses, les psychoses, les démences et les oligophrénies (arriérations mentales). C'est à cette époque qu'apparaissent des thérapies physiques comme par exemple la sismothérapie, l'impaludation ou la cure d'insuline... ainsi que les psychothérapies.

Il y a une modification des institutions précédentes avec une organisation de services ouverts, foyers de post-cure, services de sûreté pour malades difficiles ou dangereux (comme ceux de Colin et Toulouse) en gardant quand même une centralisation parisienne.

Donc dès la fin du XIX siècle, on assiste à la faillite de l'asile en tant qu'instrument de guérison et par la naissance d'une volonté de libéraliser et d'humaniser les conditions de traitement. C'est à cette époque que les orientations psychiatriques futures se dessinent (5).

3- Le mouvement hygiéniste

Puis, on assiste à un certain retour vers l'unité de la psychiatrie, c'est la période des structures psychopathologiques (1926-1977).

A cette époque, l'asile prend le nom d'hôpital psychiatrique.

Cette nouvelle conception des soins s'élabore dans un esprit de prévention. L'idée est de faire de l'espace hospitalier un milieu vraiment médical et également de sortir de l'hôpital afin de développer des actions préventives.

Morel et Magnan sont deux partisans de ce courant de pensée. Pour eux il faut un milieu médicalisé pour traiter les malades mentaux supposés « curables ». Ils ont une approche différente de la maladie mentale à travers la théorie de la dégénérescence, fondée sur l'étiologie, c'est-à-dire qu'ils reconsidèrent la pathologie sur le plan d'un déterminisme héréditaire et organique.

Puis plus tard, Toulouse, psychiatre hygiéniste français, à partir de l'idée d'une prédisposition héréditaire à la maladie mentale, décide de diversifier les institutions pour la prise en charge des différents patients. Il crée donc le premier service libre en 1922 à l'intérieur de l'asile Sainte Anne, qui porte le nom d'hôpital Henri Rousselle (6-7-8). C'est un dispositif possédant un dispensaire, un service de visites à domicile, un service social, des laboratoires, un centre de recherche et d'enseignement et inaugurant les premiers centres de consultations externes publiques.

Sous le Front Populaire (1936), l'office public d'hygiène sociale est créé par l'Etat et s'occupe de la prophylaxie mentale par la création des sections d'hygiène mentale (dispensaires).

La pensée hygiéniste consiste désormais à mettre en place les éléments d'une prophylaxie préservatrice destinée à protéger les sujets sains des risques de la maladie. L'intervention médicale se fait sur toute la scène sociale. Elle promeut le rôle du psychiatre au sein de la collectivité.

4- Le courant antipsychiatrique et le mouvement de désinstitutionalisation

Puis à partir de 1945, à la Libération, les hôpitaux psychiatriques sont de plus en plus encombrés.

Les prises de conscience de l'après-guerre sont porteuses d'une idéologie d'humanisme et d'altérité. La découverte des horreurs de la guerre concernant les malades mentaux amène à une prise de conscience de la misère de l'assistance psychiatrique et du carcan asilaire.

On assiste à un véritable élan en faveur de la modification des conceptions psychiatriques. En France se multiplient les déclarations tendant à replacer « l'aliéné dans la société » et à aller au-delà de l'asile.

A cette époque se développent donc les courants antipsychiatriques et anti-institutions, critique du caractère aliénant et chronicisant de l'institution psychiatrique.

L'hospitalo-centrisme est remis en cause, c'est la fin de l'asilification.

Les journées psychiatriques de mars 1945 ont contribué à cela. Il y a un changement de prise en charge du malade mental avec le développement progressif de structures intermédiaires, nouvelles formes d'assistance. Ainsi la politique de secteur (circonscription psychiatrique) en France fait son apparition, marquée par un courant général d'éclatement des structures de soins. La nécessité d'une continuité des soins est souhaitée.

Pour illustrer cette époque, voici quelques faits marquants.

En 1954 Paumelle, Lebovici et Diakine inaugurent dans le treizième arrondissement de Paris un service pilote associant soins ambulatoires, visites à domicile et aide sociale (8). Cette expérience préfigure le secteur psychiatrique à la française. Elle offre des lieux propices à l'instauration d'une relation thérapeutique avec des consultations pour les adultes, répondant ainsi aux urgences et faisant une intervention ambulatoire précoce pour éviter l'installation ou l'aggravation des troubles. Puis ils créent en mars 1958 l'Association de Santé Mentale et de lutte contre l'alcoolisme.

A cette époque un renouvellement de toute la thérapeutique a aussi lieu avec la mise au point des neuroleptiques (les premiers sont apparus en 1952) puis la création des anxiolytiques et des antidépresseurs et enfin plus tard des neuroleptiques à action prolongée. Cela est un facteur de plus d'ouverture sur l'extérieur (9).

5- La naissance de la sectorisation

Ce contexte de nouvelle revendication de citoyenneté du malade et l'évolution de la moralité et de la société, instaurés par le courant antipsychiatrique de l'après-guerre, ont permis la mise en place de la sectorisation de la psychiatrie en France (10).

Quelques dates importantes résument son développement (1-5).

Tout d'abord la circulaire du 15 mars 1960 est élaborée : c'est la naissance de la sectorisation en France avec la mise en place progressive d'un arsenal juridique. Cette circulaire programme l'organisation et l'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales. Elle envisage un recensement de l'ensemble des possibilités géographiques et matérielles de chaque département et prévoit de créer des lits supplémentaires dans les hôpitaux psychiatriques du département, avec obligation de mixité dans les services, de créer des structures de soins hors de l'hôpital psychiatrique pour palier au problème de l'hébergement des patients atteints de maladie mentale.

Les textes invitent chaque département à établir un programme d'organisation départemental POD qui fixe le nombre et la répartition des secteurs : le règlement départemental.

Elle fixe à deux cents le nombre de lits dans chaque département en rapport avec la norme de l'OMS de 3 lits pour 1000 habitants. L'hospitalisation du malade ne

constitue plus désormais qu'une étape dans son traitement, le principe essentiel de cette circulaire est de séparer le moins possible le malade de sa famille et de son milieu.

Par son objectif de nécessité de continuité des soins, grâce notamment à l'affectation à chaque zone d'une équipe de psychiatrie polyvalente dotée d'une large gamme d'institutions diverses en amont et en aval de l'hôpital, cette circulaire innove et ébauche déjà la psychiatrie de secteur.

La circulaire du 16/01/1969 est relative au traitement des malades mentaux, favorisant l'ouverture de la pratique psychiatrique vers l'extérieur.

Une autre modification importante de la législation qui va dans le même sens est la loi du 23 juin 1970. Elle promeut une pratique publique non centrée sur l'hospitalisation prolongée et privilégie les soins ambulatoires garantis par l'organisation des secteurs comme les consultations dans les CMP (centre médico-psychologique), les HDJ (hôpital de jour), les centres de crise, les appartements associatifs...

La circulaire du 18/1/71 prévoit l'élaboration de la carte sanitaire dans le domaine de la psychiatrie.

La circulaire du 14/03/1972 fixe les modalités du règlement départemental de lutte contre les maladies mentales, l'alcoolisme et les toxicomanies. Chaque secteur est confié à un médecin-chef de secteur qui a la responsabilité d'une équipe (médecins, internes, assistants sociaux, psychologues, infirmiers, secrétaires). C'est véritablement là qu'a lieu le développement de la sectorisation avec le découpage géographique des secteurs ainsi que les modalités administratives, techniques et financières du fonctionnement

La circulaire du 9/5/1974 rend la sectorisation possible en réglant le problème du personnel soignant sur le secteur : il est prévu au minimum un infirmier temps plein pour 10000 habitants, qui sera détaché sur le secteur. Elle donne la priorité aux structures extra-hospitalières, sans aucune création de lit nouveau pour l'hôpital.

Deux lois complémentaires du 30/6/1975 vont dans le même sens : une d'orientation en faveur des personnes handicapées en leur permettant de vivre en dehors de l'hôpital grâce à l'octroi d'une allocation adulte handicapé : AAH, l'autre relative aux institutions sociales et médico-sociales : relier deux domaines : le sanitaire et le médico-social. On assiste à une réflexion sur le handicap. Le but de ces lois est d'unifier et de faire dépendre d'une même instance de décision des

institutions hétérogènes. Elles possèdent une volonté d'objectiver « les compétences ». L'accent est mis sur la définition du handicap : une distance à la norme. L'idée est de plus penser en terme d'amélioration des performances qu'en terme de traitement. On insiste sur la prise en charge non médicale et de la complémentarité, de l'articulation entre les différents domaines.

C'est donc dans les années 70 que le secteur commence à se mettre en place en France, née de cette dynamique qui rassemble dans un même programme l'intra et l'extra-hospitalier (4).

Cependant ce sont les lois du 25 juillet et du 31 décembre 1985 qui ont réellement instituées le secteur en lui donnant une cohérence financière par la prise en charge par l'assurance maladie des financements de la santé mentale qui étaient antérieurement répartis sur les deux pôles qu'étaient l'Etat et les collectivités locales. Ces lois ont permis une large diversification des structures.

D'autres textes législatifs continuent ensuite dans la même direction.

Le décret du 14 mars 1986 programme les équipements et services de lutte contre les maladies mentales, comportant ou non des possibilités d'hébergement (comme les logements thérapeutiques et associatifs).

L'arrêté de novembre 1986 définit les différents types d'appartements : ceux associatifs et ceux thérapeutiques selon l'importance de la présence des soignants et de la fréquence de leurs interventions (11).

La loi Evin, la circulaire du 14 mars 1990 et la circulaire du 27 juin 1990, relatives aux orientations de la politique en Santé mentale, ont redéfini la mission de la psychiatrie, lui confiant la promotion de la Santé mentale. Les droits des malades mentaux sont redéfinis.

L'ordonnance du 24 avril 1996 décloisonne le sanitaire du social, permettant la création de services et d'établissements sociaux et médico-sociaux pour la prise en charge de longue durée (assurée jusque là par défaut par l'hôpital psychiatrique).

6- La psychiatrie française d'aujourd'hui

Le secteur est donc la première pierre posée dans le domaine de la recherche d'une autre voie que l'hospitalisation pour une organisation de la lutte contre les maladies mentales. Il est défini comme le pivot du service, situé en ville, au cœur du territoire.

En France, en 2004, on dénombre 829 secteurs de psychiatrie générale adulte avec en moyenne 70000 habitants, âgés de 16 ans et plus.

La plupart des secteurs sont rattachés à un établissement public de santé spécialisé dans l'accueil des malades mentaux, c'est-à-dire les CHS. Les autres sont rattachés soit à un établissement public de santé non spécialisé, un CHG, soit à un établissement privé de santé faisant fonction de public, un HPP.

Chaque secteur possède des structures horizontales intégrées au tissu social et est conçu comme l'articulation de l'hospitalier et de l'extra-hospitalier.

L'offre de soins par les différents secteurs est très variée désormais. C'est un dispositif devenu riche avec des lieux institutionnels divers. Ces alternatives à l'hospitalisation temps plein ont répondu à la nécessité de développer et de diversifier les modes de soins devant l'augmentation considérable des patients suivis par les secteurs (5-8).

L'étude et les résultats du DRESS du ministère de l'Emploi et de la Solidarité de mars 2002 en témoignent. En 2002, 94% des secteurs ont au moins un CMP et 26% d'entre eux ont au moins un appartement thérapeutique (12).

La trajectoire du patient est redéfinie, l'hôpital ne disparaît pas, il est inséré dans un large éventail de dispositifs allant de l'hospitalisation à temps complet à l'aide à domicile, en passant par tous les genres possibles de prise en charge personnalisée.

L'hôpital reste indispensable lors des manifestations psychiatriques aiguës ou pour l'évaluation clinique et la mise en place des protocoles thérapeutiques nécessaires aux pathologies lourdes (3).

La politique de médecine mentale française aujourd'hui va toujours dans le sens d'une diminution du nombre de lits d'hospitalisation en institution (- 32% entre 1990 et 1997) et la continuité des soins hors de l'hôpital. La durée moyenne des séjours à l'hôpital a diminué selon le rapport ministériel de Piel et Roelandt de juillet 2001 (13).

Il existe d'un côté les prises en charges à temps plein qui sont soit hospitalières, les hospitalisations à temps plein dans les CHS, CHG, CHR (centre hospitalier général ou régional) ou dans un établissement privé, soit ambulatoires comme les centres de post-cure, les unités de moyen séjour, les appartements thérapeutiques ou protégés, les hospitalisations à domicile HAD ou bien l'accueil familial thérapeutique.

Les prises en charges à temps partiel sont définies par une durée inférieure à 24 heures sans hébergement sauf pour les hospitalisations de nuit. Dans cette catégorie, on retrouve les CMP (ou CAP centres d'accueil permanent quand ils répondent en plus à l'urgence psychiatrique), les CATTP, les HDJ, les ateliers thérapeutiques, les hôpitaux de nuit...

L'accueil dans une structure n'est pas exclusif d'une prise en charge dans une autre pour un même patient.

La mutation actuelle de la pratique psychiatrique fait qu'il y a de nouvelles exigences. Les lieux de soins deviennent aussi des lieux de vie. Le soin intègre une dimension sociale.

Le réseau des professionnels n'est plus centré sur le savoir médical. Il englobe des psychologues et une foule d'intervenants sociaux (pédagogues, assistants sociaux, éducateurs, formateurs...) qui tous désormais intègrent une approche psychologique à leurs pratiques.

Mais les rapports de mission ministérielle de 2001 et de septembre 2003 (Pascal, Kovess et Clery-Melin), qui font un état des lieux de la situation mentale en France, révèlent plusieurs écueils (14).

La politique de sectorisation psychiatrique n'a pas été menée à son terme et le système de soins fonctionne à plusieurs vitesses.

L'objectif de passer de la psychiatrie à la santé mentale n'est pas atteint et loin de là.

L'absence de dispositif de secteur réellement intégré dans la communauté, ce qui est le cas de la majorité des secteurs existants, témoigne de la carence conjuguée d'une volonté politique et professionnelle à le réaliser, au profit d'un hospitalocentrisme dominant. Des décisions ont été prises dans ce sens comme celle de confier la gestion du secteur psychiatrique à l'hôpital en 1986.

La part des hôpitaux psychiatriques publics dans le dispositif de santé mentale reste donc prépondérante : 83% de la capacité en lits et la majorité des soins ambulatoires s'y trouvent concentrés et l'essentiel des budgets est encore géré par les sites hospitaliers.

Le développement de la sectorisation s'est faite de façon très inégale sur le territoire français. Cette hétérogénéité entre les différents secteurs est présente surtout dans le développement des structures intermédiaires. Il existe une forte disparité des modes de prise en charge selon les secteurs avec une apparente spécialisation de certains (certains ont développés l'intra-hospitalier et d'autre l'extra-hospitalier).

Les secteurs psychiatriques adultes se caractérisent encore par une grande diversité aussi bien dans leur activité que dans leurs moyens (personnel ou équipement).

L'activité d'un secteur se mesure grâce à l'étude de sa file active totale, c'est-à-dire l'ensemble des patients vus au moins une fois dans l'année par l'un des membres de l'équipe soignante attachée au secteur.

Cette file active totale ainsi que la taille de la population couverte sont très différentes d'un secteur à un autre. Seulement 50% des secteurs couvrent une population comprise entre 60000 et 80000 habitants, comme ce qui est recommandé.

Un autre témoin de cet écart entre les secteurs est le taux de diversification, c'est-à-dire le rapport du nombre de places alternatives sur la totalité des lits et places disponibles. Certaines équipes sont encore loin du concept d'alternative à l'hospitalisation, n'ayant pour certaines aucune structure extra-hospitalière.

En ce qui concerne l'équipement total, c'est-à-dire le taux d'équipement défini par le nombre de lits et places rapportés à 10000 habitants (sauf chambres d'isolement), les inégalités sont présentes malgré les objectifs recommandés du SROS II (schéma régional d'organisation sanitaire).

Ces grandes disparités peuvent s'expliquer en partie par l'hétérogénéité des moyens humains et financiers des secteurs mais aussi par probablement un certain immobilisme à la fois politique, administratif et médical.

La poursuite du développement de la diversité de l'offre de soins en psychiatrie est fortement grevée d'une part par l'évolution démographique soignante (15), et d'autre part par la crise de financement des systèmes de santé qui sévit depuis 1985 (les moyens attribués à la psychiatrie ne cessent de décroître depuis dix ans).

Des erreurs politiques dans la gestion de la sectorisation psychiatrique ont également eu lieu.

Aujourd'hui la crise démographique de la psychiatrie publique rend la projection dans l'avenir très préoccupante car parallèlement l'épidémiologie des troubles mentaux révèle des chiffres impressionnants : un quart de nos contemporains ont souffert, souffrent ou souffriront d'une maladie relevant de cette spécialité (16).

La demande de soins « explose » en France car le champ de la psychiatrie s'est élargi considérablement contrairement aux autres pays européens. Le domaine d'intervention de la psychiatrie va dorénavant à la fois de la psychiatrie stricto sensu (discipline médicale avec des besoins de soins évidents) à la santé mentale en général qui dépend de nombreux facteurs (logement, emploi, vie affective...) et qui ne relève pas de la psychiatrie (17-18-19). Selon les auteurs du rapport de septembre 2003, un besoin en psychiatrie existe désormais dès lors qu'une personne souffrant d'un trouble psychiatrique ou d'un problème de santé mentale présente une altération significative dans les sphères clinique ou sociale et qu'une intervention clinique ou sociale peut traiter ou contenir le trouble.

La densité en médecins psychiatres, infirmiers et autres personnels est différente selon les secteurs.

La crise démographique de la psychiatrie publique française est une crise majeure. Cette déficience de personnel perturbe considérablement aujourd'hui le fonctionnement des services et secteurs psychiatriques. Elle est due à plusieurs facteurs : un manque de budget, une absence de complément des 35 heures et un manque d'étudiants formés pour le renouvellement. La France compte 22 psychiatres en moyenne (métropolitaine) pour 100000 habitants. 55% des psychiatres en France travaillent en libéral et cette spécialité compte l'âge moyen le plus élevé des spécialités. La projection dans l'avenir se révèle problématique (diminution de 12% d'ici 2010 et de 40% d'ici 2020) d'autant qu'il manque déjà des psychiatres à l'hôpital et que la répartition démographique est déjà inégale.

La démographie infirmière est également très inquiétante (rapport Berlan de 2002). En fait la crise démographique touche le personnel médical et non médical en psychiatrie publique.

Les contraintes budgétaires depuis 1985 sont également des facteurs pronostiques négatifs quant à la poursuite de la diversification de l'offre de soins (5).

En même temps il y a une prise de conscience d'une limite atteinte dans la diminution du nombre de lits d'hospitalisation en psychiatrie adulte.

Il faut noter que la désinstitutionnalisation en France a été cependant moins grave que dans d'autres pays (20-21).

De plus de nos jours, on revient sur la notion de désinstitutionnalisation. Certaines maladies mentales évoluent sur le très long terme entraînant des soins constants et longs mais ne nécessitant pas forcément une hospitalisation à temps plein. Le manque de places en soins de suite, c'est-à-dire en hébergement médico-social, fait que des lits sont occupés par des patients qui ne devraient plus y être et que certains patients sortent trop tôt de l'hôpital.

Le plan Psychiatrie et Santé mentale de 2005 insiste sur le fait qu'il faut arrêter de fermer des lits d'hospitalisation et renforcer l'hospitalisation complète tout en gardant le secteur comme base de l'organisation des soins avec toujours le développement des alternatives à l'hospitalisation (22-23).

Cet état des lieux de la crise de la psychiatrie a amené à l'annonce du plan Psychiatrie et Santé mentale en février 2005, peu de temps après le drame de Pau, par le ministre des Solidarités, de la Santé et de la Famille, Philippe Douste-Blazy, pour tenter de répondre au mieux aux demandes des professionnels de santé et de la population. Pour cela ce plan s'articule autour de quatre priorités : réinvestir dans les murs de l'hôpital psychiatrique par l'annonce d'un moratoire sur la fermeture des lits et une intention de renforcer l'hospitalisation complète en le rénovant et en l'humanisant, augmenter les moyens humains pour pallier à la pénurie annoncée (en augmentant le nombre de postes d'internes de psychiatrie et en créant des postes médicaux et non médicaux), améliorer la formation des infirmiers et celle des médecins généralistes (développement des réseaux notamment avec ainsi un dépistage efficace en première ligne pour faire face à une demande de soins croissante) et développer l'offre sociale et médico-sociale (accompagnement et hébergement adaptés par la création de places). Il reprend l'essentiel des propositions des rapports de 2001 et 2003.

Ce plan d'aide gouvernementale à la psychiatrie promet l'ouverture d'un budget pour l'investissement immobilier hospitalier (déjà inscrit dans le plan Hôpital 2007 mais à moindre mesure) mais aussi pour la création de places dans les services d'accompagnement à domicile, d'hébergement dans des établissements médico-sociaux (dans le cadre du plan handicap) et dans des « clubs » gérés par des associations entre autre. Un budget plus conséquent est aussi prévu pour le fonctionnement et l'emploi d'ici 2008 (24).

Le dispositif institutionnel psychiatrique public doit continuer à se diversifier (3).

B-LES DIFFERENTES STRUCTURES INTERMEDIAIRES

1- Présentation et définition des structures existantes

Réverzy définit les structures intermédiaires comme toute création d'un espace communautaire à petite échelle inséré au maximum dans la vie sociale et pouvant servir d'intermédiaire dans toutes les situations de rupture avec celle-ci. Ces structures extra-hospitalières sont des lieux de soins polyvalents, diversifiés et complémentaires.

Ce sont des microstructures communautaires d'accueil (2-11-25).

C'est surtout au début des années 80 que l'organisation du service public dans la lutte contre les maladies mentales s'est modifié et accéléré avec le développement de structures alternatives à l'hospitalisation traditionnelle en psychiatrie adulte.

Avant se développait de façon anarchique un nombre considérable de structures, souvent gênées par des difficultés d'ordre organisationnel, juridique, administratif ou bien financier car les textes réglementaires, pour la plupart des circulaires, se contentaient de poser les principes très généraux de l'organisation sectorielle (rares étaient les textes plus concrets concernant les modalités de fonctionnement de telles structures).

Il existe donc de multiples modalités de prise en charge extra-hospitalière des malades et handicapés mentaux. Cette disparité est le reflet d'une situation évolutive qui tente de s'adapter aux besoins de la population. Les usagers sont invités à s'intégrer à l'environnement social, à se prendre en charge et à circuler entre ces lieux voués à la santé mentale et ceux sociaux (4-26).

Voici une liste non exhaustive des principales d'entre elles, qui œuvrent dans le domaine de la prévention, du dépistage, du diagnostic et des soins.

Il existe des structures médicales comme :

- les centres médico-psychologiques (CMP) : ce sont les premiers lieux de référence et d'implantation de l'équipe polyvalente de secteur. Ce sont des unités de coordination et d'accueil en milieu ouvert qui organisent des actions de prévention, de diagnostic, de soins ambulatoires et d'interventions à domicile. Ils assurent une fonction de pivot autour duquel s'articule le dispositif du secteur. Ils développent des liens avec les différents partenaires de santé, sociaux et la population.
- les centres d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP) : anciennement appelés les CATP : centres d'accueil thérapeutique partiel. Ils maintiennent ou favorisent une existence autonome par des actions de soutien et de thérapie de groupe.
- les ateliers thérapeutiques : ils utilisent des techniques de soins particulières en vue du réentraînement à une activité professionnelle ou sociale.
- les hôpitaux de jour (HDJ) : assurent des soins polyvalents, individualisés, intensifs et prodigués dans la journée.
- les appartements thérapeutiques ou associatifs
- les hôpitaux de nuit
- l'hospitalisation à domicile HAD
- les consultations externes
- les visites à domicile (VAD)
- les centres d'accueil permanent : répondent à l'urgence psychiatrique et sont ouverts 24/24 heures.
- les centres de crise : ce sont des centres d'accueil permanent qui disposent de quelques lits et permettent des prises en charge intensives et de courte durée pour répondre ainsi à des situations d'urgence et de détresse aiguë.
- les placements familiaux thérapeutiques : ils ont pour vocation d'organiser le traitement des malades mentaux de tous âges placés dans des familles d'accueil et pour lesquels le maintien ou le retour à leur domicile ou dans leur famille naturelle ne paraît pas souhaitable ou possible.

Des structures sociales et médico-sociales sont également présentes comme :

- les centres d'aide par le travail (CAT)
- les ateliers protégés
- les centres de réadaptation, rééducation et formation professionnelle
- les centres d'hébergement et de réadaptation sociale (CHRS)
- les foyers de post-cure
- les foyers d'hébergement pour adultes handicapés
- les foyers de vie et les foyers occupationnels
- les maisons d'accueil spécialisé (MAS)
- les foyers à double tarification (FDT)
- les placements familiaux (accueil familial social ici)

Actuellement en France, il existe donc un compromis entre le maintien de l'hôpital et le développement d'alternatives extra-hospitalières diverses sur l'ensemble du territoire.

Ce passage de la prépondérance de l'hospitalisation vers des prises en charges ambulatoires a permis une meilleure intégration de la psychiatrie dans le système de santé français.

2- Les logements thérapeutiques et associatifs

Parmi ces équipements complémentaires existent les appartements, ils sont appelés soit thérapeutiques soit associatifs. En fait plusieurs termes sont utilisés pour les appartements associatifs : logements relais, logements satellites, logements protégés, logements communautaires, de transition (2-22)...

Ce sont des unités d'hébergement et de soins, à visée de réinsertion sociale, mises à disposition de quelques patients stabilisés pour des durées limitées, et nécessitant une présence de personnels soignants.

Les principales différences entre les logements thérapeutiques et associatifs sont le mode de fonctionnement et de gestion qui préside (7-27).

Pour les appartements thérapeutiques selon l'arrêté du 14/3/86, c'est l'hôpital de rattachement qui gère tous les aspects administratifs et financiers. Le séjour d'un patient correspond grosso modo à la situation d'une hospitalisation (prix de journée, pas de loyer...).

Ils exigent également une présence importante sinon continue de soignants.

Dans le cas des appartements associatifs, la gestion relève d'une association loi 1901. Ils sont loués (le plus souvent auprès des offices HLM locaux) par cette association, que celle-ci soit exclusivement rattachée au service de secteur correspondant, cas le plus fréquent, ou bien qu'elle soit constituée de manière intersectorielle ou même qu'elle gère tous les appartements d'un même hôpital (quelques rares associations gérant des appartements sont indépendantes des secteurs de psychiatrie mais restent tributaires des équipes des secteurs pour recruter les malades). Ces structures extra-hospitalières ont donc la particularité administrative d'utiliser pour leur mise en place et leur fonctionnement une formule associative. Aucun texte de loi ne définit en réalité les appartements associatifs. Cette appellation a vu le jour lors de la mise en place de ces dispositifs de soins par les équipes de secteur avec l'aide des directions d'établissement et des associations loi 1901.

Le résident est sous-locataire et participe activement à la gestion de la vie quotidienne. Le patient peut bénéficier d'allocations (comme l'APL : aide personnalisée au logement) ou d'aides financières pour séjourner dans ces appartements, pour payer sa part de loyer.

Ces logements ne requièrent pas la présence continue d'une équipe de soins.

Cela signifie que leur mise en place et leur utilisation sont plus souples que celles des logements thérapeutiques. Ces dispositifs sont multiples, il n'y a pas de « modèle » mais seulement des points

C- COMMENT LUTTER CONTRE L'EVOLUTION VERS LA CHRONICITE DE LA SCHIZOPHRENIE ?

1- Présentation rapide de la schizophrénie

Les troubles psychotiques sont classés dans les catégories F20 à F29 de la CIM 10. Parmi ces troubles existe la schizophrénie. Je vais plus spécifiquement parler ici de la schizophrénie car la majorité des patients présentés dans les cas cliniques suivants sont atteints de cette pathologie.

La schizophrénie n'a pas de définition unanimement acceptée. On peut la définir comme une maladie, ou un groupe de maladies, caractérisée par des symptômes plus ou moins spécifiques, d'évolution généralement chronique et, sans traitement, vers une désorganisation plus ou moins profonde de la personnalité. Elle comporte également une potentialité évolutive déficitaire (9).

Aucun symptôme n'est pathognomonique. Ils se combinent de façon variable. Les expressions cliniques sont différentes d'un malade à un autre et fluctuent avec le temps.

Les principaux symptômes sont au nombre de trois :

- la dissociation psychique : définie par la perte d'unité de la personnalité du sujet. Elle se traduit dans différents domaines (la pensée, l'affectivité et le comportement).
- le délire paranoïde : délire flou, variable et non systématisé. Les mécanismes (les plus fréquents : les hallucinations et l'automatisme mental) et les thèmes sont multiples et évolutifs avec le temps. Ce délire s'accompagne souvent de troubles de l'humeur, de profondes modifications de la perception de soi-même (dépersonnalisation) et du monde extérieur (déréalisation) et d'une atmosphère angoissante.
- l'autisme : caractérisé par la rupture de la vie mentale du sujet avec le monde extérieur. Cette reconstruction d'un monde intérieur à soi et hermétique à autrui provoque le repli sur soi.

Il existe diverses formes cliniques selon la prédominance de tel ou tel symptôme. Les quatre principales sont :

- la schizophrénie paranoïde : la plus fréquente et la plus productive sur le plan symptomatique. Elle associe un délire paranoïde et un syndrome dissociatif.
- l'hébéphrénie : caractérisée par une symptomatologie déficitaire où le délire est discret ou absent.
- la forme catatonique : définie par des troubles psychomoteurs prévalents et généralement intermittents.
- la schizophrénie simple : définie par une restriction des intérêts et des relations avec une ambivalence affective et une absence de délire.

Les conduites sociales sont de ce fait sévèrement perturbées : isolement social progressif, abandon des activités scolaires, professionnelles ou de loisir et rupture des liens familiaux ou affectifs.

On parle d'handicap, notion particulière dans le cadre des maladies mentales, c'est-à-dire à la fois psychique et social, définit par les incapacités, les séquelles induites par cette maladie de longue durée.

Ces processus psychiques constituent donc une limite importante à l'autonomie du schizophrène dans la communauté. Quel est alors son avenir social ? Le patient psychotique reste un citoyen (10-17).

2- Définition des termes de réadaptation, réhabilitation et d'(ré)insertion

La signification des ces différents termes est parfois différente selon les auteurs et selon qu'on se situe dans le champ social ou psychiatrique (23-28).

La réadaptation est le terme le plus ancien.

Il correspond en psychiatrie à des soins spécifiques s'adressant à un malade pour lequel, après une période de soins curatifs adéquats, une insertion ou réinsertion sociale et professionnelle suffisante apparaît comme problématique, mais pour lequel on peut espérer une évolution positive à moyen terme.

En France, même si elle est liée à la notion de retour au travail, elle est considérée comme un soin car elle participe à un mouvement psychique de réinvestissement.

La réhabilitation est un terme plus récent et provient de la littérature de langue anglaise. Elle est définie par l'évaluation des conséquences des maladies et des traumatismes d'une personne et des interventions pour lui redonner son autonomie maximale.

En psychiatrie c'est un enchaînement d'actes par lesquels quelqu'un est rétabli dans ses droits et capacités (désirer, parler, penser, travailler...). En d'autres termes, c'est un ensemble de stratégies qui permettent au patient psychiatrique de récupérer son fonctionnement social. Pour Vidon, la réhabilitation psychosociale signifie le maintien du malade psychiatrique chroniques dans la communauté et la construction de systèmes de soutien en dehors des hôpitaux. Elle est reliée à une dimension humaniste.

L'(ré)insertion se réfère davantage à une dimension sociale. C'est le retour du sujet dans son milieu normal, l'intégration dans une communauté ou un groupe.

Elle rejoint les mesures concrètes (argent, logement...) par lesquelles les besoins spécifiques du patient psychotique sont pris en compte au sein du groupe social.

D'une manière générale, en France, la réadaptation correspond à tout ce qui est en relation avec le domaine sanitaire et la réhabilitation et l'(ré)insertion au domaine social.

Pour certains, la réhabilitation englobe la réadaptation et l'(ré)insertion.

En France, la réhabilitation repose le plus souvent sur une approche psychodynamique où la position du sujet est interrogée en permanence. Mais ce modèle prend en compte aussi le rôle de l'environnement dont l'importance a été soulignée par les travaux de Winnicott. Ainsi de très nombreuses équipes utilisent

les situations de la vie quotidienne du patient comme médiation pour « relancer » son traitement selon l'expression d'Azoulay.

En effet pour travailler avec la réalité psychique d'un sujet psychotique, nous sommes dans la nécessité de faire un détour par la réalité extérieure. Ainsi n'est-il pas rare de voir des équipes se référant à la psychanalyse travailler avec des modules psychoéducatifs.

L'(ré)insertion sociale passe bien sûr par l'accession à un logement. La pratique du domicile collectif est animée par une dynamique réhabilitatrice forte. Le patient est responsable des divers moments de la vie quotidienne, même si des soignants viennent régulièrement pour l'accompagner. Cette formule s'inscrit à la fois dans une politique d'(ré)insertion et dans une politique de soins. Il est intéressant de défendre l'ambiguïté de ces lieux de vie-lieux de soins qui sont dans une position carrefour entre le soin et le social, entre le dedans et le dehors.

3- *Quelles solutions ?*

Le traitement spécifique des états psychotiques doit donc se faire sur plusieurs axes (9-23-29-30).

La prise en charge ne doit donc pas être que médicale et hospitalière mais doit aussi tenir compte des répercussions sociales de la maladie car même si les progrès considérables réalisés par les nouveaux traitements en cette fin de siècle ont permis une amélioration nette des symptômes, sans pour autant arriver à une guérison clinique complète, ils n'ont pas apporté de « guérison sociale » (31).

Le rapport ministériel de 2001 montre que les résultats de prise en charge hospitalière des psychotiques sont limités. Les soins en hospitalisation sont globalement insatisfaisants. La prise en charge de la psychose doit donc être pensée hors des structures d'hospitalisation.

La qualité de l'environnement et de l'accueil sont des éléments très importants car le malade mental est particulièrement sensible à tous les signes qui l'entourent dans la communauté (3).

La prise en charge doit donc s'appuyer sur des structures de soins et d'accompagnement extra-hospitalières, mises à la disposition du malade dans la communauté par le secteur psychiatrique.

C'est le cas notamment des logements associatifs ou thérapeutiques qui permettent de trouver une réponse au problème de l'hébergement et de la réinsertion dans la communauté du malade mental, réputé peu sociable, mais aussi une réponse de soins grâce au projet thérapeutique. Ce sont des lieux à la fois médicaux, thérapeutiques et sociaux. Ces structures n'ont pas qu'une dimension médicosociale, elles possèdent en plus une notion de soins.

C'est un soin à la fois d'autonomie sociale mais aussi psychique, on s'occupe à la fois du psychisme et de la quotidienneté matérielle. C'est toute l'ambiguïté de ces structures d'être à la fois des lieux de vie et des lieux de soins, c'est-à-dire de mettre sur le même plan l'aménagement de la vie quotidienne et l'application de mesures thérapeutiques ou réadaptatives.

3-1 La réponse thérapeutique des logements protégés

Ces équipements complémentaires mis à la disposition du malade mental ont plusieurs vocations.

Leur utilité s'est en fait enrichie au fur et à mesure de leur utilisation.

Ces structures intermédiaires possèdent des actions spécifiques pour parvenir aux objectifs thérapeutiques souhaités (32).

a- La mobilisation psychique et la lutte contre la chronicisation

L'hôpital peut être un facteur iatrogène en soi pour le psychotique. Quand le psychotique s'inscrit dans un espace intemporel, l'institution peut participer alors à la chronicisation en favorisant l'évolution déficitaire. Le fonctionnement hospitalier s'inscrit dans une démarche globale sans se soucier des individualités, le patient peut de ce fait se laisser porter (27).

Cette prise en charge se contente de la stabilisation des symptômes qui est synonyme d'obstacle à toute initiative. Elle n'ouvre pas sur des possibles mais enferme sur un état. La prise en charge de la psychose doit être précoce et s'intéresser à la fois au problème de fond (la chronicité, le handicap) et aux crises aiguës. Il faut une prise en charge dynamique car la répétition à l'identique des réponses des prises en charge des crises aiguës favorise le processus de chronicisation.

L'entrée à l'appartement représente un événement psychique considérable dans la vie du patient resté souvent de longues années à l'hôpital (29-30-31-33-34-35).

Les séquelles du psychotique sont mobilisables.

Un des buts des logements protégés est de mobiliser le psychotique. Cela consiste grâce au projet thérapeutique associé à ces logements à solliciter en permanence toutes les ressources restantes (sollicitation des soignants pour la gestion quotidienne des tâches) et à les optimiser.

Cette mobilisation psychique induite par cette prise en charge à la carte, souple, permet de lutter contre un fonctionnement mental propre au psychotique qui vise à tenir l'autre à distance et à se replier. Cette prise en charge conduit le patient à sortir de son apragmatisme et à aller vers des investissements nouveaux ou retrouvés, il agit et gagne de nouveaux espaces, permettant ainsi de lutter contre la chronicisation et d'accéder à une existence non figée dans un statut aliénant de

malade mental. Le patient est porteur d'un désir propre, d'un projet. L'appartement représente une médiation pour assouplir les processus psychiques.

b- La réhabilitation du présent

Un des principes de fonctionnement de ces structures est le partage d'activités communes. La vie communautaire représente un « présent » inédit pour le résident. Cette fonction spécifique est appelée réhabilitation du présent.

Le patient expérimente un espace se situant entre la structure hospitalière et la réalité sociale ordinaire. Ce « transitionnel » apporte des discontinuités dans la continuité de la prise en charge, luttant ainsi contre le vécu intemporel caractéristique de la psychose. Cela recrée un rapport à la réalité en rétablissant un équilibre psychique et en structurant l'existence par un emploi du temps.

Ce cadre de vie sécurisant permet de travailler les pertes de repères de la vie quotidienne liées à la pathologie. Cet accompagnement progressif dans la satisfaction des besoins par l'acquisition d'une nouvelle autonomie permet de positiver l'image de soi et aide ainsi à rétablir le lien entre la réalité psychique interne et celle de l'extérieur.

La répétition des tâches quotidiennes permet de tisser des liens avec les gens qui entourent le patient que ce soient les soignants ou les soignés. Le présent est ainsi une construction à plusieurs. Cela permet au psychotique chronique de commencer à vivre une expérience de type identificatoire par l'apparition d'un objet, d'un échange ou d'une situation. La rencontre à l'autre est facilitée dans le groupe permettant ainsi de trouver sa place.

Cela permet la confrontation de la toute puissance du psychotique avec la réalité, il doit faire avec l'autre, au moins sur des temps bien déterminés.

L'inadéquation à l'environnement est ainsi travaillée pour permettre de rétablir un lien entre la réalité psychique et celle extérieure, par des ouvertures progressives et sécurisantes vers la cité. Le résident peut apprendre à investir l'extérieur par l'intermédiaire du réseau associatif local (23-30).

c- L'anticipation mesurée

Ces logements possèdent également une fonction qu'on appelle l'anticipation mesurée. Ce n'est pas un séjour indéfini. L'admission à l'appartement s'associe d'emblée à la notion d'un après appartement. Cette notion de lieu de passage est un véritable acte thérapeutique en soi.

Le psychotique est conscient du caractère continu et répétitif de son mal, c'est une blessure narcissique, une dévalorisation de l'idée qu'il se fait de lui-même. Ici la fin est présente dès le début, ce qui permet une lutte contre le vécu intemporel et la défaillance de la continuité psychique du psychotique (30).

La notion de durée limitée dans le temps sert à mobiliser le patient pour réaliser son projet de soin et à mobiliser l'équipe soignante pour s'atteler le plus possible à leur travail d'accompagnement (35).

d- La revalorisation

Le fait d'être en dehors de l'hôpital change totalement l'image du patient pour lui-même et dans le regard de sa famille et entourage. Il devient une personne qui a un logement, fait des projets, évolue. Ses relations avec son entourage deviennent ainsi moins difficiles. Des liens différents, grâce à la distance prise, naissent. Les liens avec les familles ou les personnes ressources sont gardés, favorisés ou recréés pendant le séjour dans ces logements.

L'image de soi est positivée par l'accompagnement soignant progressif dans la satisfaction des besoins (30).

L'étayage s'allège au fil du temps au regard de l'évolution (suivi individuel moins fréquent et diminution de l'aide médicamenteuse). Cela dégage le patient de trop de soins au profit d'un réinvestissement du monde extérieur.

Avec cette expérience nouvelle, le patient va pouvoir évaluer son fonctionnement psychosocial. Cet espace transitionnel proposé permet la reconnaissance au patient-résident d'un statut dans lequel sa maladie n'est plus au centre des préoccupations. Cet espace-temps particulier suscite un processus psychique de construction.

Ce lieu, grâce aux rencontres et expériences nouvelles, assure donc un fonctionnement d'étayage narcissique. Ce contenant offre un environnement chaleureux qui sert d'enveloppe fiable. Le cadre interne garantit à chacun sa place.

e- La temporalité

C'est un temps et un lieu pour les aider à élaborer une demande de soins.

La durée du séjour est suffisamment longue pour que ce dispositif ait un effet sur le psychotique. Il faut du temps pour que le psychotique éprouve la stabilité, la résistance et la constance du dispositif pour ensuite se fier à lui. D'où l'importance que la permanence et la solidité du cadre soignant, malgré les attaques du psychotique, se fasse sur une durée suffisamment importante (30).

Le contrat de soins avec son renouvellement introduit aussi la notion de temporalité dans une relation que le psychotique voudrait éternelle et symbiotique (36).

f- Le traitement de la séparation

Le personnel soignant n'est pas présent 24/24 heures, ce qui permet d'avoir une alternance de présence-absence. Cette expérience de vie semi-autonome permet d'élaborer une nouvelle version du manque. Le fonctionnement lacunaire par cette absence programmée de tout soignant dans la structure (soirs, nuits et week-ends) introduit des ruptures dans la relation patient-institution soignante (29-30-36).

Le manque est présent partout. Par exemple, l'activité de la préparation du repas en commun permet la succession de satisfactions et de manques.

Un autre exemple, il n'y a pas d'activités organisées en permanence, ce qui permet un processus actif de pensée.

Ces structures offrent donc des propositions nouvelles et bien différenciées de l'hôpital, tout le quotidien n'est pas organisé par l'institution mais cogéré avec les résidents.

Le traitement de la séparation et de la dépendance est indispensable au changement. Ce lieu de transition introduit une coupure vis-à-vis de laquelle le sujet cherche à se

situer, en faisant l'épreuve du manque à travers la perte d'une illusion de permanence (représentée par la famille ou l'hôpital).

Cette dualité présence-absence permet de travailler sur la réalité psychique du psychotique et ses angoisses.

Le psychotique n'accepte pas la frustration liée à des expériences de manque, il vise ainsi à détruire en lui toute vie psychique et a peur de faire fonctionner sa pensée. Ces « trous » renvoient le patient à d'autres « trous », réels ou imaginaires, générateurs de souffrances ou de conflits parfois, qui ont marqué sa propre vie affective.

L'hôpital a tendance à répondre à tous les besoins du patient, jouant ainsi le rôle de contenant pour un sujet dont la vie psychique à un certain moment s'effondre ou s'éclate, laissant peu d'espace à l'émergence du désir.

Ce travail du manque, en développant une prise en charge individualisée, permet de trouver ou de retrouver ses propres affects et sa vie psychique. Cela amène le patient à devoir faire l'expérience de ses propres lacunes ou limites et à apprendre à intégrer les affects douloureux liés à l'absence, la séparation, la déception, la solitude...à travers des situations de soins réfléchis.

Cette discontinuité de la présence soignante introduit un espace qui contribue aussi à distinguer dans la vie du patient les moments de soin du reste de sa vie. On n'envahit pas la totalité de l'existence du patient, on ne répond pas à la totalité de ses besoins. On prend le risque de décevoir le patient, de le faire « souffrir ».

« Ce qu'on ne fait pas compte plus que ce qu'on fait » disait Jacques Hochmann. Cela les habitue au fait qu'il n'y a pas constamment quelqu'un physiquement pour les aider. Le résident doit poser seul des actes pour son inscription dans la cité. Il fait l'expérience de l'absence lui permettant d'appréhender seul la réalité et ainsi d'envisager un autre « ailleurs ».

g- La rencontre objectale

Une autre spécificité de ces structures est la rencontre objectale. La notion « d'équipe éclatée » est un élément indispensable dans les appartements pour la prise en charge. L'importance pour le patient de rencontrer des personnes différentes, des soignants, qui pensent de façon divergente, lui offre la possibilité de relations objectales variées, permettant ainsi de sortir de la dépendance. La non-homogénéisation des réponses des soignants a un intérêt capital.

Cette intense sollicitation objectale spécifique est d'autant plus facilitée et mieux supportée qu'elle est plurielle et diversifiée.

Le soin se fait par le travail de la relation à soi, à l'autre et à l'environnement au travers du cadre institutionnel mis en place. Il permet une expérience du rapport à l'autre, difficile souvent mais constructive, pour réenvisager et mettre en place des liens sociaux à l'extérieur et des projets professionnels.

Le groupe est souvent ressenti comme positif car il lutte contre la solitude. La dynamique de groupe particulière a un effet très bénéfique comme élément structurant puisque chacun y travaille sa place et sa différence.

Ici la structure de la relation thérapeutique est d'emblée à trois termes : le patient, les soignants et les soignés (contrairement à l'hôpital où la relation thérapeutique reste duale entre les soignants et les soignés).

Le patient doit faire des choses pour les autres. Cela se manifeste par le partage des tâches quotidiennes ou, par exemple, par le fait d'aller ensemble au cinéma (la sollicitation n'est pas induite par le fait même que l'ensemble des résidents aille au cinéma mais surtout par le fait de voir un film qu'on n'a pas totalement choisi, entraîné par le choix des autres).

Le patient subit un « assaut » relationnel important. L'appartement est une nouvelle réalité qui l'entoure. Chacun exerce des tâches dans l'appartement indispensables pour lui-même mais aussi pour les autres. C'est un lieu de découverte de l'espace de l'autre.

La vie à l'appartement permet avant tout la découverte de l'autre, l'autre comme sujet de désirs (29).

h- Le travail de l'angoisse d'abandon

Le psychotique est porteur d'angoisses, ressent un sentiment d'insécurité. Ce cadre de vie de part sa proximité et sa permanence est porteur de vie sécurisante. Il propose un logement stable et protégé qui sert de support au projet de soin.

3.2- La réponse sociale des logements protégés

Toutes ses fonctions spécifiques permettant un travail d'autonomie psychique sont indispensables à celui d'autonomie sociale.

Les capacités du patient peuvent être testées. A quel niveau du lien social se situe le patient ? Est-il possible que ce lien émerge, se rétablisse ou soit soutenu ?

Par le partage de la vie quotidienne, le patient peut progressivement pallier ses incapacités, ses pertes sociales liées à sa maladie. Les confrontations avec les situations du quotidien l'aident petit à petit à puiser dans ses ressources pour trouver une réponse. Le patient est sollicité pour tous les gestes de la vie quotidienne (responsabilisation pour la prise des médicaments, la toilette, les vêtements, le ménage, les courses, la gestion du budget, du temps et de l'espace, la préparation des repas...).

Le mode de fonctionnement de ces logements souple, à la carte, c'est-à-dire adapté aux besoins de chaque patient et tenant compte des ressources mobilisables du patient, de ses défenses et de ses fragilités, permet un travail d'autonomisation progressive. Cela le met dans des conditions proches d'une vie autonome.

Un travail de réadaptation, réhabilitation et de réinsertion est ainsi entrepris (23-30).

Ces logements ont pour finalité d'essayer d'intégrer dans la cité le résident. Cela est facilité par leur situation géographique privilégiée.

On assiste à un rétablissement du lien social perturbé grâce aux échanges et aux investissements extérieurs favorisés. Par ce travail d'allers-retours, de dedans-dehors, le résident peut édifier un autre « ailleurs ».

L'intervention de tiers, les aide-ménagères et l'association Ailleurs par exemple, représente un pont de plus vers la cité.

Il faut noter également l'intérêt des séjours ponctuels, servant soit d'évaluation soit de temps de rupture avec un cadre ou un soin.

Tout le travail dans ces dispositifs de soins originaux se base sur une notion importante : la dualité (36). Elle se manifeste dans le fonctionnement et la vie quotidienne. L'organisation des logements fait qu'il y a à la fois des pièces communes et des chambres personnelles, des réunions et des entretiens individuels, un contrat de soin avec des objectifs personnalisés et un règlement intérieur commun à tous, des activités communes et individuelles... On passe sans arrêt de cette dynamique de groupe à celle de l'individuelle.

La permanence de ces lieux, accessibles, de proximité, aide le patient à construire un mode d'existence qui tient compte de ses particularités, dans des conditions rassurantes. Le patient chemine à son rythme dans ces lieux de transition.

A terme cela offre la possibilité d'envisager l'avenir, d'avoir des projets comme habiter un logement individuel ou communautaire à sa mesure, à un rythme personnel.

L'augmentation des prises en charge dites alternatives fait reposer sur la famille du patient une part plus importante de responsabilités (jusqu'avant dévolues à l'hôpital). Cela permet de travailler un partenariat avec la famille. Un soutien constant de l'entourage par l'équipe soignante est également réalisé (5).

II- LES APPARTEMENTS DE LA COMMUNE DE PONTCHATEAU : LE PRE AUX CLERCS ET LA CADIVAIS

A – LE SECTEUR PUBLIC DE PSYCHIATRIE GENERALE ADULTE DE PONTCHATEAU-SAVENAY

1- Le CHS de Blain

Le territoire Nord Loire est actuellement découpé en quatre secteurs pour le domaine de la psychiatrie adulte : le secteur au centre est le secteur Blain-Orvault, le secteur nord est le secteur Châteaubriant-Nord-sur-Erdre, le secteur est est le secteur Ancenis-La Chapelle-sur-Erdre et le secteur ouest est le secteur Pontchâteau-Savenay (annexe 1). Tous sont rattachés au centre hospitalier spécialisé CHS de BLAIN.

Depuis quelques années, on observe au sein du CHS de Blain une modification progressive des capacités de l'établissement. Les différents projets d'établissement successifs vont dans le sens d'une volonté de développer l'extra-hospitalier. Cette volonté de développer les structures de soins extra-hospitalières est due en grande partie à la réalité de la ruralité du territoire Nord Loire. Le territoire couvert par le CHS de Blain est en effet très étendu et sa population est importante.

En 2002, l'établissement a suivi les recommandations du CROS en équipement pour les quatre secteurs psychiatriques adultes en accédant à la totalité des places accordées pour l'extra-hospitalier et en ayant moins de lits d'hospitalisation temps plein que ceux accordés (depuis le début des années 90, il y a eu une diminution du nombre de lits d'hospitalisation temps plein de plus de la moitié). Le projet d'établissement de 2004 confirme cette évolution.

Les quatre secteurs du CHS de Blain vont dans ce même sens.

Cette évolution est la conséquence de l'augmentation constante de la file active totale sur le CHS de Blain. En 2003 par exemple il y a eu une augmentation de 11,2% par rapport à 2002 et de 7% en 2004 par rapport à 2003 dont 7% de plus en ambulatoire et à temps partiel.

Les rapports d'activité de l'établissement depuis 2001 signalent une diminution de la file active temps plein : moins 17% entre 2001 et 2003 mais seulement moins 2% entre 2003 et 2004, ce qui montre qu'un seuil semble avoir été atteint concernant les hospitalisations temps plein.

Le taux d'évolution des nouveaux patients (12,3% en 2003) est important.

Les durées d'hospitalisation continuent à diminuer ces dernières années (par exemple sur le secteur de Pontchâteau-Savenay, la durée moyenne de séjour est passée de 32 jours en 2004 à 28 jours en 2005).

Tous ces chiffres reflètent le dynamisme de l'établissement et notamment dans le développement des soins extra-hospitaliers et dans le travail de déchronicisation.

2- Le secteur de Pontchâteau-Savenay

Le secteur de Pontchâteau-Savenay, comme les trois autres secteurs, suit la même évolution que le CHS de Blain. Il est situé à l'Ouest du territoire Nord Loire.

Cependant de grandes inégalités existent encore entre les secteurs sur le développement des structures alternatives à l'hospitalisation temps plein, notamment en ce qui concerne les logements protégés.

Le secteur de Pontchâteau-Savenay a choisi d'axer ses soins vers des activités visant la réadaptation, la réhabilitation et la réinsertion des patients, c'est-à-dire tournées vers l'extra-hospitalier. Le développement de structures d'accueil originales s'est fait ainsi que la réduction des capacités d'hospitalisation temps plein.

Le rapport d'activité du secteur de Pontchâteau-Savenay de 2003 montre que la population couverte en 2003 était de 62 000 habitants. Celle-ci ne cesse de progresser ainsi que la file active totale et notamment les nouveaux patients.

La file active suivie à temps partiel continue à augmenter au contraire de celle suivie en hospitalisation temps plein. Les activités en CMP et en CATTP ne cessent de progresser.

La file active a augmenté de 11% entre 2001 et 2003 dont 70% des patients sont suivis exclusivement en ambulatoire (CMP et CATTP) et 10% exclusivement en hospitalisation temps plein.

Le nombre de prises en charge en hospitalisation temps plein a diminué de presque la moitié en 10 ans. Entre 2001 et 2003 il y a eu une diminution de 7% pour l'hospitalisation temps plein.

Les chiffres montrent donc une diminution de l'intra-hospitalier au profit de l'extra-hospitalier.

Désormais 90% des patients passent par le CMP.

A ce jour, l'équipement du service pour les adultes comprend en intra-hospitalier une unité d'admission, une unité intermédiaire de préparation à la sortie pour les patients ayant un long passé psychiatrique et ayant un projet de sortie à plus ou moins long terme et une unité de soins au long cours (USLC) pour les patients chroniques avec une pathologie psychiatrique lourde. Des places d'hospitalisation de nuit sont également disponibles (nombre stable depuis quelques années).

Depuis 2002, le nombre de lits en unités d'admission et intermédiaire est resté stable après une nette diminution. Cependant la durée moyenne de séjour continue à baisser.

Le nombre de places en unité de soins au long cours (devenue depuis peu intersectorielle) continue elle à diminuer depuis quatre ans, cela notamment grâce à l'ouverture des deux derniers logements protégés du service à Saint Gildas des Bois.

Pour l'équipement extra-hospitalier, le service comprend des places dans les deux CMP (Savenay et Saint Gildas des Bois), les deux CATTP (Savenay et Saint Gildas des Bois), ouverts cinq jours par semaine, les trois HDJ (celui intramuros, celui de Pontchâteau et celui de géronto-psychiatrie) et des places dans les quatre logements protégés.

Le nombre de places en HDJ est stable depuis 2002, ce qui signifie donc qu'on s'appuie toujours autant sur ces structures et que les patients continuent à en bénéficier.

Le nombre de places en logements protégés continue de progresser. A ce jour, on compte seize places avec l'ouverture des quatre logements (le premier Le pré aux Clercs à Pontchâteau en 1988, le deuxième La Cadivais à Pontchâteau en 2002, le troisième Le Pré Neuf à Saint Gildas des Bois en 2003 et le quatrième Le Pré Labbé à Saint Gildas des Bois en 2004).

Il existe deux CMP et CATTP situés géographiquement aux deux pôles du territoire couvert par le service : le Nord et le Sud. Le nombre de personnel y travaillant à progresser en parallèle de l'augmentation de la file active.

Le secteur continue à développer son travail en réseau et son travail de psychiatrie de liaison (par exemple des conventions sont passées avec certains centres de convalescence, hôpitaux locaux et foyers du secteur). Le secteur maintient ses relations étroites avec les partenaires médicaux (médecins généralistes...), médicosociaux, les établissements scolaires, les maisons de retraite, les mairies, les forces de police... en vue d'améliorer la prise en charge des patients.

Le service possède une équipe pluridisciplinaire, médicale et non médicale.

Au cours des dernières années, il y a aussi eu une évolution dans la répartition du personnel entre l'intra-hospitalier et l'extra-hospitalier. En 2003, 41% du personnel du service travaille sur l'extra-hospitalier et 59% sur l'intra-hospitalier.

A noter aussi que depuis avril 2005, deux psychiatres sont entièrement dévolus à l'extra-hospitalier.

Dans le cadre de ce souci de privilégier les structures extra-hospitalières, de nouveaux professionnels sont apparus récemment sur ces dernières années. Les AMP (aides médico-psychologiques) font partie de l'équipe soignante depuis 2003, année de l'ouverture du troisième logement protégé du service. Les deux derniers logements ont été créés pour des patients lentement évolutifs en situation d'inadéquation au CHS mais ne relevant pas d'une orientation vers le médico-social. Ces logements réclamaient donc de nouveaux professionnels aux compétences adéquates.

Cette arrivée de nouveaux professionnels marque encore une fois le dynamisme du secteur sur l'extra-hospitalier.

L'évolution du service de Pontchâteau-Savenay est donc marquée par le développement de l'extra-hospitalier avec la réduction de l'intra-hospitalier. La réduction du nombre de lits d'hospitalisation temps plein a atteint son terme par contre la durée moyenne de séjour continue elle à diminuer.

L'évolution de la population couverte et de la file active fait que le découpage actuel du territoire Nord Loire pose question, d'où la naissance du projet de redécoupage du territoire Nord Loire en 3 pôles, avec chacun trois CMP, pour avoir un équilibre au sein de chaque secteur entre un pôle rural et un pôle urbain et un pôle nantais pour chacun : un secteur ouest Savenay-Pontchâteau-Guemené-Penfao, un secteur centre Châteaubriant-Blain-Orvault et un secteur est Ancenis-Nord-Sur-Erdre-La Chapelle-sur-Erdre. Chaque secteur comporte environ 90 000 habitants (annexe 4). Ce redécoupage est également entrepris pour pallier les inégalités en personnel médical entre les secteurs. Le but est de relancer la démographie médicale, une des faiblesses du CHS de Blain.

B- LES APPARTEMENTS PROTEGES DU SERVICE

1- Naissance du projet

L'écriture du projet du secteur de Pontchâteau-Savenay portant sur le développement des alternatives à l'hospitalisation a commencé en février 2001 et s'est achevé en 2003.

Ce projet de service va dans le sens du projet d'établissement du centre hospitalier spécialisé de Blain et correspond aux objectifs du décret et de l'arrêté du 14 mars 1986, de la circulaire du 14 mars 1990 (Loi Evin) et du SROS (schéma régional d'organisation sanitaire) numéro 2 (1999-2004).

Il est né de la réflexion de plusieurs groupes de travail pluridisciplinaire. Les principales orientations de ce travail étaient de créer des structures de soins avec hébergement, d'améliorer l'accessibilité des structures extra-hospitalières et les conditions d'accueil des personnes prise en charge, de développer l'articulation entre les différentes unités, avec les médecins généralistes (l'idée était de rencontrer systématiquement les généralistes du secteur et de leur proposer des actions de formation), les autres partenaires sanitaires et médico-sociaux et de diversifier l'offre de soins en développant par exemple des activités de médiation comme la sophrologie, la relaxation, l'équitation, la musicothérapie...

Cette écriture est en fait engagée depuis de nombreuses années dans le service. Le secteur de Pontchâteau-Savenay est en effet un des premiers des quatre secteurs du CHS de Blain à avoir eu l'initiative de créer un logement protégé.

Grâce au secteur, une association a été créée en 1984, l'association Ailleurs, association pour la création et le développement de structures intermédiaires des soins psychiatriques selon la Loi de 1901 du J.O. du 27 avril 1984. Elle est affiliée à la Fédération des associations Croix Marine.

Les objectifs de sa création étaient de promouvoir, d'organiser et de gérer des actions thérapeutiques, principalement extra-hospitalières, visant à la réinsertion et à la réadaptation des malades. Grâce au travail de réflexion de commissions mises en place, elle a œuvré depuis sa création pour la recherche de solutions alternatives à l'hospitalisation, moins onéreuses pour la collectivité et plus adaptées aux besoins actuels des malades mentaux en matière de traitement et de réadaptation sociale. A l'origine de ce projet de création d'association, différentes personnalités se sont

investies dans le conseil d'administration comme le médecin-chef coordonnateur hospitalier régional à la CRAM, le conseiller général, le directeur du CAT local puis par la suite le maire de Blain...

Cette association s'est par la suite intéressée aux trois autres secteurs de psychiatrie adulte de l'établissement.

Le premier appartement du secteur de Pontchâteau-Savenay ouvre ses portes en décembre 1986. Il se situe dans la cité du Pré Saint Laurent à Blain. Il était initialement prévu dans la commune de Pontchâteau mais le projet a été ajourné selon le souhait de l'équipe infirmière de l'hôpital de jour de Pontchâteau. Cela impliquait en effet une prise en charge des résidents trop lourde pour cette équipe (elle se serait occupée à la fois du suivi individuel des résidents et de l'appartement). La situation à proximité de l'hôpital a donc été privilégiée. C'est un type F4. Il a été utilisé d'emblée par trois résidents, venant des unités d'hospitalisation du service. Au départ il fonctionnait grâce à un encadrement soignant composé de deux infirmiers référents (issus de l'unité d'hospitalisation d'où venait le patient) par résident, soit six au total. Le contrat n'existait pas.

Ce logement existera jusqu'en 1995. Sa fermeture s'explique par sa localisation hors du secteur géographique et par son éloignement du deuxième appartement Le Pré aux Clercs (difficultés d'organisation pour l'équipe soignante).

Puis mars 1988 voit la naissance du deuxième appartement du secteur. Cet appartement de type F5 se situe dans la cité du Pré aux Clercs à Pontchâteau. Il est donc appelé le « Pré aux Clercs ». Il est né à la suite de l'évolution de la réflexion du service. L'idée désormais est l'encrage dans la cité. Le but est que l'environnement citadin favorise l'autonomie de déplacement des patients, que l'hébergement dans leur secteur géographique d'origine permette de garder les liens avec leur propre réseau et leurs repères liés à leur histoire et d'avoir des contacts avec les partenaires sociaux locaux facilitant l'insertion (centre médico-social, équipe municipale, associations locales...). Un type d'appartement plus grand a été choisi car les patients suivis à l'hôpital de jour de Pontchâteau et ayant des attaches dans cette commune étaient nombreux.

A l'ouverture il y avait trois résidents.

Quelques modifications de fonctionnement sont déjà à noter par rapport au premier logement. Tout d'abord, l'entrée, après une période d'essai de quinze jours, est scellée sous un mode contractuel engageant les soignants et les soignés. L'équipe soignante responsable de ce logement est celle de l'hôpital de jour de Pontchâteau. Ce logement comporte 4 places dont une réservée aux séjours d'essai (jour ou nuit).

Au début de l'année 1989, une réflexion pluridisciplinaire est engagée dans le service. Elle est centrée sur le travail de secteur avec la mise en place de commissions dont l'une a pour thème les structures intermédiaires. Ce travail porte sur les différentes formes de structures intermédiaires utilisables, sur les différentes possibilités d'accueil à l'appartement protégé et sur la notion de référent. De là va découler des orientations nouvelles et importantes telles que la mise en place d'une équipe extra-hospitalière, implantée dans la commune de Saint Gildas des Bois, avec la création d'un CMP et d'un CATTP et la prise en charge par cette équipe des deux appartements protégés.

Ce n'est finalement qu'en 1992 que se mettent en place cette équipe et le CMP-CATTP. L'équipe compte un membre en plus. Cette équipe constituée peut donc répondre à la demande ancienne de l'équipe de l'hôpital de jour de Pontchâteau en se positionnant comme tiers dans la prise en charge à l'appartement de Pontchâteau. Cela relance une dynamique dans un fonctionnement désormais moins individuel.

A partir d'avril 1993, la prise en charge complète des deux appartements du secteur est désormais assurée par cette équipe. L'équipe soignante des logements protégés est donc autonome vis à vis des autres unités (intra ou extra-hospitalières), c'est une étape importante du fonctionnement.

En avril 2002 naît le deuxième logement protégé à Pontchâteau (deuxième car celui de Blain a fermé en 1995). L'objectif d'ouvrir un deuxième logement est d'accroître l'offre de places, elle est désormais portée à huit (ce deuxième logement compte quatre places).

Son nom est « la Cadivais » en raison de son emplacement géographique dans la commune. Ce projet d'ouverture d'un deuxième logement est né dans le cadre du projet de service (2001-2003).

Ce projet prévoit de faciliter l'accès aux soins aux usagers par la création d'un CMP à Pontchâteau à partir de 2002 (puis en 2003 le CMP de Pontchâteau va se fondre avec celui de Saint Gildas des Bois) et l'extension des jours d'ouverture des CMP grâce à un renforcement du personnel infirmier (réalisé en juin 2003), de développer les CATTP, de soutenir le dispositif « logements protégés » par l'affectation d'un infirmier coordinateur de ces logements (réalisé en 2003) et de développer la pluri-professionnalité.

L'ouverture d'un troisième logement s'est donc faite en novembre 2003. C'est une maison de quatre places qui se situe dans la commune de Saint Gildas des Bois et

se nomme le « Pré Neuf ». Le choix du lieu s'est fait pour avoir une proximité avec le CMP et il s'est porté sur une maison pour l'intérêt de l'espace extérieur. Ce logement s'adresse à des personnes lentement évolutives, psychologiquement plus dépendantes, venant le plus souvent de l'unité de soins au long cours (USLC) du service et nécessitant un suivi plus important. Pour pouvoir répondre à un besoin d'étayage au quotidien plus conséquent pour ce type de patients, une équipe de professionnels qualifiés a été mise en place, à savoir des infirmiers ainsi que des aides médico-psychologiques (AMP). Pour ce nouveau logement, de nouveaux professionnels ont donc été intégrés, de nouvelles compétences utilisées pour diversifier les approches soignantes.

En 2003, l'offre de places disponibles en logements associatifs est donc portée à douze.

Tous ces logements sont des logements HLM.

Ils sont tous implantés dans des communes du secteur pour pouvoir travailler avec les différents partenaires et notamment les médecins généralistes et à proximité des deux CMP.

La recherche de ces logements n'est pas toujours simple. Par exemple il a fallu plusieurs mois pour trouver l'appartement de la Cadivais. Les démarches prennent en effet du temps : les communes sont choisies puis sollicitées (les sociétés HLM, les mairies, les agences immobilières ou les notaires dans le cas de propriétaires privés). Puis ces différents partenaires doivent être convaincus d'accepter la location. En général, il n'y a pas de difficultés avec eux.

Il faut de plus faire adhérer l'équipe de secteur au nouveau projet.

Les différents bilans annuels du service indiquent une continuelle augmentation de la file active des CMP et donc du travail de l'équipe extra-hospitalière. Le nombre de demandes de séjour dans les logements protégés continue d'augmenter et les trois logements existants n'arrivent plus à concrétiser tous les projets.

Le service a donc constamment de nouveaux projets d'ouverture de logements associatifs pour répondre le plus possible aux demandes de plus en plus nombreuses d'entrée ainsi qu'à celles ne correspondant pas aux indications des logements existants.

Un quatrième logement associatif a donc ouvert ses portes en mars 2004 : une maison à Saint Gildas des Bois qui porte le nom de Pré Labé et possède quatre places

Cette évolution vers la déchronicisation confirme le dynamisme du service et de façon général de l'établissement. L'idée toujours en cours est de faire du CMP le pivot du secteur et de redonner ainsi à l'hospitalisation temps plein tout son sens de moment thérapeutique en cas de crise dans la trajectoire du patient. Le nouveau projet d'établissement, commencé en 2004, a comme action principale de renforcer cette notion. Dans l'avenir, l'objectif est que la capacité d'accueil des logements associatifs équivaut à celle d'une unité hospitalière.

2- Le fonctionnement actuel

Le cadre de travail actuel est le fruit de diverses modifications de fonctionnement ayant eu lieu depuis la création des logements associatifs du secteur. L'organisation en cours répond à un protocole bien précis (2).

a- Les indications et les contre-indications

C'est le médecin psychiatre référent qui pose les indications, il se réserve le choix des patients en accord avec l'équipe infirmière.

Au fur et à mesure de l'utilisation des appartements protégés se sont dessinées les indications et les contre-indications.

Les indications se posent hors du contexte de l'urgence (11).

Actuellement les indications sont : les personnes adultes psychotiques dépendantes et les personnes ayant des troubles névrotiques graves. Le patient type est quelqu'un ayant une pathologie mentale stabilisée, venant de l'hôpital ou non. Cela s'adresse à des personnes ayant des difficultés de réinsertion sociale du fait d'une incapacité d'autonomie vis-à-vis des niveaux élémentaires de la vie quotidienne ou du fait d'une famille rejetante ou pathogène. Cela concerne des malades susceptibles de s'affranchir de la protection permanente de l'hôpital mais restant trop handicapés (au sens de leur fonctionnement psychosocial) pour s'adapter à un lieu de vie naturelle (domicile), à des personnes dont l'aptitude à une vie sociale en dehors d'un encadrement permanent est effective (34-37-38).

Les contre-indications sont : les personnes ayant des troubles addictifs importants, les psychopathes et les personnes en phase aiguë avec troubles du comportement importants. En fait ne sont pas admises toutes les pathologies entraînant une impossibilité à respecter le contrat de soins.

Les futurs résidents viennent de l'intra-hospitalier ou de l'extra-hospitalier le plus souvent (CMP, HDJ...).

b- L'entrée à l'appartement

Le projet d'entrée à l'appartement protégé émane soit du patient lui-même soit le plus souvent de l'équipe soignante en charge du patient. Le plus souvent c'est l'anticipation des soignants sur l'évolution possible du patient qui amène au projet, plus qu'un désir du patient.

Les projets de séjour sont évoqués ensuite lors des réunions appartements ayant lieu au CMP de Saint Gildas des Bois deux fois par mois. Sont présents les membres de l'équipe soignante référente des appartements, à savoir le médecin psychiatre et les infirmiers, les infirmiers des hôpitaux de jour, les infirmiers référents du patient (venant des CMP ou des unités d'hospitalisation), le psychologue et l'assistant social.

Le patient travaille son projet personnel avec ses attentes avec ses référents en collaboration avec l'équipe « appartement » et souvent aussi avec l'équipe de l'hôpital de jour concernée.

Si la candidature est acceptée, des séjours ponctuels ou appelés aussi séjours d'essai sont organisés par l'infirmier référent de la personne candidate (venant soit du CMP de Saint Gildas des Bois ou soit de celui de Savenay selon la commune d'appartenance du patient) et les deux infirmiers référents « appartement protégé ». Ainsi des essais d'une à plusieurs journées sont programmés. Cela permet d'évaluer le comportement du patient, ses capacités mais aussi ses fragilités. A l'issue de ces essais, une évaluation est réalisée par l'équipe soignante. De cette évaluation découle ou non la validation du projet, réalisée aux réunions mensuelles « appartement ».

Ces essais permettent au patient de prendre connaissance du règlement intérieur des appartements, de la teneur du contrat de soin et des autres résidents.

La suite de la mise en place du projet de séjour se passe par la consultation avec le médecin psychiatre référent « appartement ». C'est au futur résident de prendre contact avec lui pour faire sa demande.

Cet entretien préalable est un temps important qui permet de positionner le patient en tant que sujet et d'essayer de faire émerger une demande (38). Le travail de pré-admission induit un étayage pour inscrire l'appartement protégé dans le cadre du projet thérapeutique global du patient.

S'ensuit la signature du contrat de soins (annexe 2) par le futur résident, le médecin psychiatre référent « appartement », l'infirmier CMP référent du patient (signature tripartite). Le patient s'engage par écrit dans un processus actif. Sur le contrat sont

précisés les objectifs de soins, c'est à dire les attentes du patient, préalablement travaillées par le futur résident avec l'aide de son infirmier CMP référent. Le renouvellement du contrat thérapeutique se fait régulièrement, tous les trois mois, jusqu'à une période maximale en générale de deux ans. C'est l'occasion de reparler des différents points du contrat.

Le dossier de financement pour chaque futur résident est préparé avant l'entrée à l'appartement avec l'assistant social.

Une rencontre du médecin avec la famille du futur résident est également réalisée avant l'entrée à l'appartement, quand cela est possible. Cela permet d'une part de cerner la qualité des rapports familiaux afin de proposer une régulation de ces liens en explicitant que les visites ne sont autorisées à l'appartement qu'après avis de l'équipe et d'autre part d'inclure l'entourage dans la prise en charge.

Cela fait reposer sur les familles une part plus importante de responsabilités, un transfert des charges est ainsi réalisé (5).

a- La vie à l'appartement

A l'entrée à l'appartement protégé, le représentant de l'association Ailleurs intervient pour régler les modalités pratiques, à savoir recevoir l'adhésion du résident à l'association (achat d'une carte de membre de l'association, permettant l'implication dans la vie associative), faire l'état des lieux et signer le contrat de sous-location (annexe 3). Le résident est en effet sous-locataire de l'association Ailleurs, elle-même locataire de ces logements H.L.M.. Cette signature du contrat de sous-location inscrit le patient dans le champ socio-juridique. Il remet aussi le trousseau de clés au résident. Cette remise des clés marque une identité sociale, l'appropriation d'un espace de liberté personnelle et la reconnaissance par autrui.

Ce représentant perçoit ensuite tous les mois le loyer (200 Euros actuellement), sorte de participation forfaitaire, versé par chaque résident, couvrant les frais de résidence et de fonctionnement, à savoir les charges, les frais de gestion et d'entretien et l'amortissement à l'investissement. Le résident reçoit en échange une quittance de loyer. Les résidents reçoivent diverses allocations selon leur revenu (Revenu minimum d'insertion - RMI, AAH, invalidité, gestion soit personnelle mais le plus souvent par curatelle ou tutelle) : allocation logement ou allocation personnalisée au logement. Pour les nuits passées dans le cadre des séjours d'essai,

une participation forfaitaire est également demandée aux patients (6,5 Euros par nuit actuellement).

Le résident doit respecter les règles de copropriété de l'immeuble.

Il doit obligatoirement souscrire un contrat individuel de responsabilité civile pour couvrir les risques liés à la location. Chaque résident verse également dans une caisse commune toutes les semaines une somme fixée pour couvrir les dépenses alimentaires et d'entretien.

Le fonctionnement des appartements reprend les principes communs à toutes ces structures avec des aménagements propres.

L'occupation de l'appartement est limitée dans le temps, la durée maximale est de deux ans, renouvelable dans de rares cas selon l'avancée du projet de soin du résident (39).

Cette notion de temporalité est installée avec cette perspective de la fin présente dès le début. Le fait que ce soit un lieu de passage et de transition est précisé.

Cette durée établie après quelques années d'expérience est la durée nécessaire pour s'adapter à son nouveau milieu, acquérir une autonomie suffisante et réaliser son projet à la sortie de l'appartement.

Les appartements sont meublés (Ailleurs est propriétaire des meubles), possèdent des pièces communes (salle à manger, cuisine et toilettes) et des pièces à usage privé, les chambres fermées à clef (chaque résident a sa clef). Chaque résident a le droit de disposer d'un espace personnel, dont l'ameublement et la décoration sont libres, et le droit et l'obligation de partager les espaces communs dans un certain respect mutuel. L'appartement de la « Cadivais » possède quatre chambres et celui du « Pré aux Clercs » trois chambres et un lit réservé aux séjours d'essai.

L'occupation des appartements est mixte.

Si un résident est temporairement hospitalisé, il doit continuer à payer son loyer jusqu'à son retour à l'appartement.

Le contrat thérapeutique et le règlement intérieur précisent les règles garantissant le cadre soignant et les règles relatives à la structure. Ils précisent les droits et devoirs de chaque résident, c'est-à-dire l'interdiction de la violence, de l'alcoolisation et autre prise de produits toxiques, des relations sexuelles et de l'hébergement de personnes étrangères (leur non-respect peut être sanctionné par une exclusion temporaire ou définitive de l'appartement). Le contrat sert de médiateur entre les

résidents et l'équipe soignante, il sert de document de référence pour les deux parties. Il introduit une notion de sécurité.

La vie à l'appartement s'organise de telle sorte que les résidents partagent au minimum les tâches quotidiennes d'entretien de l'appartement. Cela s'apparente aux obligations qui rythment le quotidien d'une habitation classique (29).

Cette organisation peut inclure la participation, selon les besoins de chacun, d'une aide-ménagère sur un temps déterminé, concernant les espaces communs et/ou personnels. Cette aide non systématique sera payée par le résident en fonction de ses ressources, cela permet une approche de l'indépendance et de la réalité. Les tâches quotidiennes d'entretien ne sont pas confiées à l'équipe soignante pour bien différencier les différents accompagnements dans l'appartement (c'est ainsi moins persécutif pour les résidents).

Certaines activités peuvent être communes à tous les résidents. Elles sont facilitées par la proximité géographique des deux appartements protégés et changent en fonction des résidents présents et de leurs projets personnels. Cela peut-être des repas en commun (cela demande une organisation entre les résidents pour l'élaboration, la préparation et la confection des repas) ou des sorties au cinéma (cela demande un accord entre les résidents sur le choix du film ainsi que sur le jour et l'horaire). Ces activités se font sans la présence des soignants mais avec un accompagnement dans leur préparation.

Les visites d'amis ou de membres de la famille ne se font qu'avec l'accord préalable de l'équipe soignante. Ce fonctionnement est très important pour faire comprendre à l'entourage que ces logements n'ont pas qu'une dimension d'hébergement mais aussi une dimension de soin.

Le projet individuel soutient qu'il y ait obligatoirement pour chaque résident une activité choisie dans la journée. Le plus souvent cette activité entre dans le cadre du soin comme l'hôpital de jour ou le CATTP mais ça peut-être aussi parfois des études ou des formations. Ce temps en dehors des logements protégés n'est jamais sur un temps plein pour laisser du temps au soin. Il existe donc une relative souplesse de fonctionnement.

Cela permet aux patients d'investir ou réinvestir l'extérieur et d'avoir des interlocuteurs différents.

Le cadre institutionnel des appartements associatifs du secteur prévoit plusieurs réunions obligatoires pour les patients. Il existe deux types de réunions.

Les premières se déroulent avec la présence obligatoire des résidents.

Une réunion a lieu le premier lundi de chaque mois en début d'après midi dans les locaux du Centre Philippe Paumelle (HDJ) de Pontchâteau avec le médecin et les infirmiers référents des logements associatifs. Ces réunions, centrées sur le travail autour du groupe, sont le moment de discuter des problèmes de la vie quotidienne à l'appartement protégé et de l'évolution des projets de chacun. Ces réunions peuvent amener ainsi à des changements dans le fonctionnement des séjours.

Une réunion bihebdomadaire, les lundi et jeudi, se déroule également dans chacun des deux appartements à tour de rôle et est animée par un des infirmiers référents de ces structures. Son but est d'évaluer le cadre thérapeutique. Le résident peut retrouver la possibilité de communiquer, de se positionner au sein du groupe. Il peut exprimer son vécu, ses attentes, ses souhaits et ses problèmes rencontrés. Ces réunions permettent une reconnaissance de la parole et de son respect. Elles permettent aussi de confronter parfois les décalages entre le dit et l'agi dans un souci de cohérence avec la réalité.

Les deuxièmes réunions, dites institutionnelles, ne se déroulent qu'en présence des soignants. Ces réunions de professionnels sont de deux types.

Tout d'abord il existe deux réunions par mois, le mardi matin au CMP de Saint Gildas des Bois, appelées réunions « appartement protégé ». Elle rassemble l'ensemble du personnel soignant concerné par les logements associatifs, à savoir le médecin, le cadre infirmier, les infirmiers référents des logements associatifs, le psychologue, l'assistant social, les infirmiers des CMP référents des résidents, les infirmiers des unités d'hospitalisation ou des hôpitaux de jour référents des résidents ou de patients ayant un projet de séjour. Lors de ces réunions sont abordés les situations de soin des résidents actuels ou en projet, la validation ou non des projets de séjour, les modifications à apporter au protocole d'organisation des séjours ou bien les projets de nouveaux logements associatifs. Ces réunions possèdent donc un temps institutionnel et un temps clinique.

De plus des synthèses à propos d'un résident actuel ou en projet sont réalisées dans les unités intra ou extrahospitalières du service en fonction des besoins. Elles ont un rôle important d'analyse et d'articulation entre les différentes unités.

L'intervention de l'équipe soignante se fait entre 8h30 et 17h en semaine selon les besoins. En dehors de ces horaires et pendant les week-ends, les patients feront appel au médecin de garde de la localité. Ils peuvent aussi laisser un message sur le répondeur du CMP de Saint Gildas des Bois. La sécurité est assurée aussi par un

lien téléphonique toujours possible avec le CHS de Blain. Pendant le temps de présence infirmière, le résident peut trouver une aide dans sa vie à l'appartement.

En plus de ce suivi institutionnel, le suivi individualisé des résidents est assuré par des entretiens avec leur psychiatre traitant et leur infirmier référent au CMP.

On retrouve donc dans ce fonctionnement la notion de manque. Il n'y a pas de soignants le soir, la nuit, le week-end, les repas ne sont pas tous préparés, les résidents ne vont pas tous les jours à l'hôpital de jour ni tous les week-ends dans leurs familles...Ces temps de séparation dans l'hébergement sont indispensables. Ils permettent un processus actif de pensée avec une mouvance nécessaire au changement.

La dualité est retrouvée partout : la dynamique de groupe et celle de l'individuelle, le règlement intérieur, commun à tous, et le contrat individualisé, les réunions et les entretiens individuels, les lieux communs et la chambre, les activités communes et celles personnelles...le passage de l'un à l'autre se fait sans cesse. La dualité permet d'un côté d'essayer de favoriser un accès à un espace psychique propre, faisant défaut chez le psychotique, en prenant en compte la problématique et les désirs de chacun, et de l'autre de tenter de renouer du lien social, de se réinscrire symboliquement dans la communauté par les prises en charge commune.

Le suivi somatique de chaque résident est assuré par le médecin traitant de chacun (les visites à domicile sont autorisées) (34).

b- La sortie de l'appartement

Après un séjour au maximum de deux ans (sauf cas particulier où le contrat de séjour peut être renouvelé selon l'évolution du projet de soin), le résident quitte l'appartement protégé pour se diriger vers d'autres structures qui sont, selon le projet de soin, un appartement personnel, un foyer occupationnel ou bien une structure de réinsertion par le travail...

Un état des lieux est réalisé avec le représentant de l'association Ailleurs.

Au terme de ce séjour dans les appartements protégés, un bilan de séjour et personnel est réalisé pendant les réunions hebdomadaires avec les autres résidents, ce qui permet de faire le point sur l'apport du séjour pour le résident et sur l'état de son projet de soin.

Un préavis d'un mois est obligatoire ainsi que la consigne de laisser sa chambre propre et en état.

Le suivi individuel est poursuivi (médecin psychiatre traitant et/ou infirmier référent du centre médico-psychologique et/ou suivi en hôpital de jour et /ou visites à domicile...). La vie continue après ce passage dans les logements protégés.

3- Une évolution permanente

Au fil des années, le fonctionnement de ces logements associatifs a connu de nombreuses modifications. L'originalité de ces structures est en effet d'opérer des changements perpétuels de façon à s'adapter pour relancer la dynamique des appartements. Ce système n'est pas figé, évolue autour d'un protocole de soin bien défini, le cadre institutionnel, et garde quelques souplesses.

L'équipe soignante, grâce aux réunions entre les différents partenaires, est en constante réflexion pour la recherche d'amélioration de la qualité des soins offerts aux résidents.

Les divers changements depuis leur création se sont opérés à différents niveaux.

a- Le personnel

Concernant le personnel soignant intervenant, une année importante est celle de 1989. Grâce au travail de réflexion pluridisciplinaire, la notion de référent est définie. Cela a permis la mise en place d'une équipe spécifique de secteur pour les logements associatifs, les référents institutionnels, installée au CMP de Saint Gildas des Bois mais finalement véritablement opérationnelle qu'à partir de 1992.

De plus pour la référence des patients, des changements ont eu lieu : les infirmiers venaient initialement des unités d'hospitalisation puis après des deux CMP.

b- Le fonctionnement

En ce qui concerne le fonctionnement, des orientations nouvelles et importantes ont eu lieu durant toutes ces années. Au cours de l'utilisation des appartements protégés, des changements du protocole de soin se sont opérés comme le type, le nombre et la fréquence des réunions, l'apparition de la notion de contrat en 1988, la création de séjours d'essai en février 1991, la définition de la durée de séjour maximale, le type d'activités communes et de nouvelles indications.

En février 1991 pour répondre au manque de souplesse du système, il est décidé d'ouvrir les appartements à des utilisations plus ponctuelles, à des séjours courts. Parfois une simple visite ne débouchant pas sur un séjour ou bien des séjours courts permet une évaluation et une rupture qui servent à optimiser ou à orienter les projets de soin.

De nouvelles indications et contre-indications se sont dessinées avec l'expérience permettant de cibler le plus possible les personnes susceptibles de bénéficier au mieux des logements associatifs. Les patients bénéficiaires sont désormais bien sûr des patients « chronicisés » par un séjour en institution mais aussi des patients ayant déjà eu des potentialités d'insertion mais avec une pathologie plus active les handicapant dans le champ social.

Une date particulièrement importante est celle d'avril 1993 : un travail de l'équipe soignante sur la promotion de cet outil de soin a lieu. Ce travail a essayé de répondre à un certain nombre de questions comme : comment susciter des indications ? Les soutenir ? Les mener à bien ? Ce travail avait pour but d'essayer

que ces structures intermédiaires soient plus présentes dans la panoplie des soins. Cela s'est traduit par la suite par une utilisation plus soutenue et une augmentation des projets significative. En janvier 1995, seize personnes ont bénéficié de l'appartement de Blain et dix-neuf de celui de Pontchâteau.

Une autre date est importante : celle de janvier 1995. A cette date, une nouvelle remise en question de la pratique extra-hospitalière a lieu. Tout d'abord, on définit la composition et on met en place des soignants intervenant dans les appartements : trois infirmiers, un cadre de santé et un médecin psychiatre. De plus, un élargissement des indications est proposé avec des demandes d'entrée à la fois de l'intra-hospitalier et de l'extra-hospitalier. Le fonctionnement se structure désormais en quatre étapes. D'abord la préparation à l'entrée en deux temps avec l'expression de la demande et la réunion de cas des appartements, la vie à l'appartement, la sortie et le relais avec le suivi. Le cadre institutionnel est maintenant bien défini, ce qui permet que les différentes interventions des soignants prennent un sens commun pour tous (soignants et soignés).

Au fur et à mesure des années d'existence, la pertinence de ces structures s'est clairement définie avec un sentiment de satisfaction des soignants et des soignés.

Le bilan de ces quelques années de fonctionnement permet de voir l'évolution et l'adaptation de ces structures au regard des besoins identifiés.

Des ouvertures et des projets d'ouverture de logements associatifs continuent à être travaillés : un troisième et quatrième logements protégés pour patients plus dépendants ont été créés dans la commune de Saint Gildas des Bois, respectivement en 2003 et 2004.

4- L'association Ailleurs

L'association Ailleurs, créée à l'initiative du secteur de Pontchâteau-Savenay en 1984, est une association pour la création et le développement de structures intermédiaires des soins psychiatriques selon la Loi de 1901 du J.O. du 27 avril 1984. Elle est affiliée à la Fédération des associations Croix Marine, où elle est représentée à chaque congrès annuel. Elle est constituée d'un président, de deux vice-présidents, d'un secrétaire, d'un secrétaire-adjoint, d'un trésorier et d'un trésorier-adjoint.

Elle a plusieurs rôles.

D'une façon générale ses objectifs sont de promouvoir, d'organiser et de gérer des actions thérapeutiques, principalement extra-hospitalières, visant à la réinsertion et à la réadaptation des malades.

Tout d'abord, elle se charge du budget d'investissement de ces structures. Les recettes sont représentées par le loyer mensuel des résidents, les subventions du CHS, la caisse d'entraide et un fond social (mis en place par l'association pour venir en aide aux malades en difficulté), les cotisations des résidents et les intérêts du compte-dépôt.

Elle assure la gestion des logements associatifs des quatre secteurs du CHS de Blain.

Les résidents participent au budget de fonctionnement en versant tout les mois une somme « le loyer » à l'association.

Elle loue des logements H.L.M. aux communes (elle verse un loyer mensuel) et s'occupe de les meubler. Elle s'offre comme garantie par rapport à l'office public des H.L.M.

Un des représentants s'occupe de faire signer un contrat de sous-location aux résidents ainsi qu'un état des lieux à l'entrée et à la sortie des appartements.

Elle s'occupe du respect de la conservation par les résidents du bon état de ses biens.

De plus elle est chargée de réaliser des statistiques concernant les résidents pour mieux les connaître et leur proposer ainsi un service de qualité. La population passée par ces logements est désormais nombreuse. Diverses études sont constamment menées pour permettre d'avoir une vision plus précise de l'utilisation thérapeutique de ces logements

Des axes de réflexion, par l'intermédiaire de commissions mises en place, sont constamment développés sur de nouveaux projets, de nouvelles stratégies. Elle innove et échafaude constamment des projets. Par exemple, initialement un projet de création d'un hôtel thérapeutique a été travaillé pour être ensuite abandonné. D'autres projets ont également été évoqués comme la création d'appartements protégés individuels. De nouveaux projets d'ouverture de logements sont toujours en cours. Cette instance de réflexion et de recherche continue donc d'œuvrer pour la recherche de solutions alternatives à l'hospitalisation, moins onéreuses pour la collectivité et plus adaptées aux besoins actuels des malades mentaux en matière de traitement et de réadaptation sociale. En permanence elle essaye de diversifier l'offre de soin pour orienter au mieux les patients selon leurs besoins.

Les représentants de cette association jouent aussi un rôle de tiers car ils viennent de la cité et ont un autre regard sur cette prise en charge. Ils servent de pont vers la cité facilitant ainsi une inscription dans le tissu social de celle-ci. Grâce à elle, le résident reste attaché à la communauté humaine (7).

5- Une équipe pluridisciplinaire

Ces appartements fonctionnent grâce à la prise en charge par les équipes de secteur. Cette équipe, fixe, basée sur le volontariat, a pour particularité d'être constituée de membres représentant diverses professions, à savoir un médecin psychiatre, un cadre de santé, des infirmiers, un psychologue, un assistant social et depuis 2003 des AMP (uniquement pour le troisième et le quatrième logements à Saint Gildas des Bois) qui travaillent ensemble (2-22).

La notion d'équipe éclatée est indispensable dans les conditions d'hébergement thérapeutique. Il est nécessaire que le patient rencontre des personnes différentes.

Cette collaboration de différents acteurs de la santé mentale avec leurs compétences propres offre un étayage multiple (36).

a- L'équipe infirmière et le cadre de santé

L'équipe infirmière référente appartements du CMP de Saint Gildas des Bois intervient à plusieurs niveaux. Elle n'est pas présente en permanence.

Elle est chargée d'évaluer la capacité d'autonomie de chaque résident et de le solliciter dans les activités du quotidien.

Ce travail de mobilisation psychique du patient et de réhabilitation du présent se fait autour d'un accompagnement de la gestion du quotidien (35-37-40) : prise médicamenteuse, la toilette et l'hygiène, les vêtements, le ménage, la gestion du budget, des formalités administratives, du temps (un emploi du temps), de l'espace (l'investissement de l'appartement par la personnalisation de la chambre et celui de l'extérieur par les contacts avec les voisins), le respect des lois et du règlement intérieur et des sorties... Elle organise un rythme de vie.

Un travail d'autonomisation est réalisé pour permettre une réinsertion des résidents dans la vie de la commune.

Elle aide le résident à vivre avec l'autre.

Elle sert de médiateur par sa présence régulière dans les lieux. Elle permet de dédramatiser les situations de crise, à supporter le réel.

Tout cela se fait par des entretiens, de l'accompagnement, des réunions, des activités...

Elle assure la continuité et la cohérence de la prise en charge à l'appartement en garantissant l'application du projet thérapeutique du résident.

Elle donne une valeur thérapeutique au quotidien par le cadre fiable et les situations de soins qu'elle apporte.

Elle a donc un rôle éducatif par un travail individuel (travail du projet personnel) et de groupe.

Elle est le garant du bon fonctionnement par l'application et le maintien du cadre contractuel et du règlement intérieur (22).

Leur présence a pour but aussi que cette expérience puisse se dérouler dans un certain confort et de sécurité.

Elle est le garant du maintien du lien entre le résident et les différents partenaires du soin mais aussi entre le patient et l'environnement. En effet, le suivi du résident demande une coordination entre tous les partenaires.

Elle travaille les liens avec l'environnement, que ce soient l'entourage avec les familles et les autres personnes ressources, les tuteurs, les structures comme le CAT, le voisinage, les aide-ménagères, les partenaires municipaux et associatifs des commune, les médecins traitants, les assistants sociaux...

Elle informe l'entourage du patient par des rencontres ou des visites sur le séjour et sur les deux dimensions (hébergement et soin) des appartements et l'aide si besoin.

Elle soutient les familles grâce à un partenariat développé avec elles (5).

Elle travaille les liens avec les infirmiers des CMP référents patients et le médecin psychiatre traitant.

Un travail de lien avec les hôpitaux de jour et les CATTP est aussi réalisé quand le soin du résident a besoin d'un étayage plus important.

Enfin des liens sont aussi travaillés avec les unités d'hospitalisation temps plein, notamment lors de la mise en place du projet de séjour.

L'association AILLEURS est aussi concernée grâce à la présence de représentants de l'équipe soignante aux réunions et au sein de l'association. La gestion matérielle des logements se fait par leur intermédiaire.

Un lien est aussi travaillé entre les deux appartements protégés par l'intermédiaire d'activités communes (invitations chez les uns et les autres à manger, à pique-niquer, à aller au cinéma...).

b- Le médecin psychiatre

Le médecin psychiatre référent appartement intervient dans la dynamique de groupe de cette organisation.

Son action cautionne la nature soignante de ces structures. Il supervise la prise en charge au sein des appartements protégés (22-39).

Il décide en collaboration avec l'équipe infirmière de la validation ou non des projets de séjour en réunions. Il lui revient la responsabilité de l'indication.

Il assure la consultation, sollicitée par le futur résident, de pré-séjour à l'appartement pour interroger la demande.

Il rencontre le patient et sa famille, avant l'entrée à l'appartement, pour expliquer le fonctionnement et est garant de la signature du contrat de soin.

Il revoit tous les deux-trois mois le résident pour l'évaluation du projet (le trajet de soins parcouru et les nouvelles exigences à poursuivre) au travers du renouvellement de son contrat de soin.

Il participe au fonctionnement et à la gestion des difficultés avec le reste de l'équipe aux réunions institutionnelles qu'il anime. Il a la responsabilité du maintien du cadre et du contrat.

Il a un rôle de régulateur. Il apporte ses compétences propres, son éclairage.

Il clôt le séjour du patient par un bilan fait avec lui de ce qui s'y est passé.

Il ne va pas à l'appartement voir les patients. Il n'est d'ailleurs pas obligatoirement le référent médical de chaque résident. La double référence, psychiatre traitant et psychiatre référent des appartements, n'est cependant pas toujours simple à tenir.

c- Le psychologue

Le psychologue participe à la prise en charge pluridisciplinaire en assistant aux réunions appartement. Il apporte ses compétences et interroge la clinique. Il a un rôle distancié vis-à-vis des résidents.

d- Les autres intervenants

Le personnel non soignant intervenant aux appartements protégés, comme les assistants sociaux, les aide-ménagères ou l'association Ailleurs, propose un accompagnement individuel et sert de pont vers la cité.

L'assistant social établit le dossier de financement avec chaque résident. Il intervient si besoin dans la gestion du budget de chacun et surtout il travaille les projets de sortie (CAT, logement seul, institution de post-cure...).

De nouvelles catégories professionnelles soignantes ont fait leur apparition sur l'extra-hospitalier avec l'ouverture des deux derniers logements protégés : les aides-soignantes et les aides médico-psychologiques (AMP). Elles interviennent en complémentarité des infirmiers au niveau des soins, du soutien psychologique relationnel, de l'accompagnement du quotidien et de l'apprentissage. Leur apparition s'est faite dans le cadre de la réflexion au sein du service sur la recherche de professionnels adéquats.

6- Réalités et difficultés

Suite à l'ouverture des deux premiers logements associatifs, il n'y a pas eu de rejet de la population.

Peu de problèmes avec le voisinage ont été constatés, hormis de temps à autre des problèmes de nuisance sonore ou de comportement (violence verbale, attitude jugée bizarre par le voisinage...). Il n'y a jamais eu d'actes de violence physique. Cela dépend en fait des résidents en place, ils ont plus ou moins de contacts avec les voisins.

En fait pour que l'intégration au sein de la cité se fasse le mieux possible, l'équipe crée du lien avec le voisinage mais aussi d'autres acteurs, comme la police, la gendarmerie, les commerçants, les gardiens d'immeuble..., en expliquant et surtout en écoutant.

Il existe un système de répondeur téléphonique au CMP à disposition du voisinage. Le voisinage a donc là un interlocuteur privilégié et l'a bien compris car il est rarissime qu'il fasse appelle à d'autres interlocuteurs comme la gendarmerie, le concierge de l'immeuble ou la société HLM.

L'équipe fait également de la régulation régulière sur place.

Des invitations du voisinage aux réunions institutionnelles sont aussi possibles. Ces invitations sont l'occasion de présenter les structures, les différents partenaires du soin, le travail soignant fait au quotidien à moyen et long terme mais aussi de discuter des problèmes rencontrés et d'essayer de trouver des mesures adéquates.

Grâce à ce lien travaillé par le téléphone, le dialogue sur place et les réunions, une relation de confiance est établit et les problèmes sont le plus souvent rapidement désamorçés (26).

Pour illustrer cette gestion quotidienne des difficultés avec le voisinage, voici quelques exemples. Une plainte a été déposée en 2003 par une voisine pour un problème de vomissure d'un patient sur son balcon, cris nocturnes et des attitudes et propos bizarres. Devant cette colère et cette inquiétude du voisinage sur l'éventuelle dangerosité des résidents, l'équipe infirmière a rencontré les personnes concernées. Cela a permis d'apaiser les tensions.

En septembre 2004, un groupe de voisins des appartements ont été conviés à une réunion (appartements) pour s'expliquer sur des nuisances sonores.

Les craintes et résistances à l'ouverture de ces logements protégés étaient multiples. La violence actuelle ou passée des patients ne fait-elle pas courir un danger à la société? N'y a-t-il pas un risque d'externement abusif ?

Par l'implantation de telles structures de soins dans la cité, l'image de la folie chez nos concitoyens peut évoluer (10).

Cependant, il faut rester vigilant en maintenant un lien avec le voisinage pour continuer à expliquer, écouter et dédramatiser afin de maintenir l'intégration des patients dans les immeubles. Elle peut toujours être remise en cause.

Ce lien avec le voisinage permet à l'équipe de constamment retravailler les indications, le dynamisme du groupe pour continuer sans cesse à avancer sur le plan de la citoyenneté et de l'intégration dans la cité.

Cette médiation avec l'extérieur, par l'intermédiaire de rencontre avec les différents acteurs de la cité, permet une vie locale de qualité et bien tolérée (34).

Cependant l'intégration des résidents reste difficile. Les sorties sont en fait limitées souvent aux courses, il y a peu de participation régulière des résidents aux loisirs et à la vie associative de la commune. Ceci est sûrement dû au temps soignant limité qui ne permet ainsi qu'un accompagnement très limité.

La charge de travail n'est-elle pas trop lourde pour le personnel intervenant aux appartements et notamment les infirmiers ? Le mode de recrutement du personnel intervenant aux appartements protégés est basé sur le volontariat et il est en nombre limité malgré l'augmentation constante des demandes de séjour. N'y a-t-il pas un manque de personnel (6)?

Initialement la charge de travail n'avait pas été maîtrisée avec au départ quasiment peu d'articulation entre l'équipe des appartements et les autres unités, ce qui compromettait la continuité des soins.

Le personnel doit en effet avoir des compétences spécifiques.

Cette question autour du personnel soignant aux logements protégés est régulièrement réévaluée en réunions institutionnelles.

La gestion de ces logements demande beaucoup de temps. Il faut toujours s'adapter, être dynamique, échanger, imaginer, réfléchir, élaborer pour répondre aux difficultés de la vie quotidienne. Il faut résoudre au coup par coup les aléas de la vie collective (33).

Gérer les appartements associatifs est un pari permanent (39).

Le travail de l'équipe soignante demande un investissement important, un dynamisme constant. Il faut en permanence ajuster les interventions pour faire progresser le résident à travers diverses étapes d'organisation de la vie quotidienne.

Le travail de l'équipe soignante est demandeur de temps et d'énergie mais apporte des gratifications professionnelles au vu des évolutions des résidents. Certaines évolutions sont surprenantes (26-41).

Les soignants cherchent en permanence à comprendre quelque chose de ce qu'ils font, comment cela marche pour certains résidents ? Prend-on les bonnes décisions ? Parfois la rapidité de l'effet positif du séjour à l'appartement pour certains patients est étonnante (6). Comment un contexte de vie, hors de l'hôpital, dans un cadre de soin pertinent et adapté, permet-elle une réelle « transformation » de ces patients ?

Avoir des interrogations constantes de la part de l'équipe soignante entretient le dynamisme de ces structures (39).

Les problèmes les plus souvent rencontrés au sein des logements touchent surtout deux domaines.

Le premier est lié à l'argent. La gestion de l'argent est source de conflits entre les résidents, d'où la mise en place d'une caisse commune.

Le deuxième sujet sensible est la répartition des tâches ménagères et celles relatives à l'alimentation (organisation des courses, fabrication des repas...), d'où un inventaire et un planning hebdomadaire des tâches à accomplir ainsi qu'un travail fait sur l'intérêt de la convivialité des repas en commun.

D'autres sujets sont parfois abordés comme le tabac avec une réflexion en 2003 par exemple sur les espaces fumeurs et ceux non fumeurs, la gestion de la violence entre les résidents ou avec l'équipe soignante, la gestion des éventuels trafic de toxiques, les intrusions de personnes extérieures aux appartements...

L'alcool et les toxiques sont des contre-indications normalement. Malheureusement beaucoup de pathologies actuelles sont intriquées à ces dépendances, notamment les psychoses. L'équipe est donc obligée de travailler avec une certaine souplesse vis à vis de ces débordements du cadre afin de ne pas rompre le contrat de soins.

Cependant avec la pacification des symptômes psychotiques par cette prise en charge, on constate souvent une atténuation importante de ces abus toxiques avec le temps.

Le psychotique a des mécanismes de défense spécifiques (délires, anxiété, dépression...) (29). Certains ont besoin de tester la solidité du cadre thérapeutique. Ces attaques incessantes au cadre peuvent déstabiliser les soignants.

Ces mises à l'épreuve de l'équipe soulignent la difficulté à rester soignant de manière permanente.

Le fonctionnement lacunaire de ces structures ainsi que la permanence et la solidité du cadre sur un temps suffisamment long permet aux soignants de supporter les attaques des patients (36).

III- ESSAI D'EVALUATION DU ROLE DES APPARTEMENTS ASSOCIATIFS DE PONTCHATEAU DANS LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS DE PSYCHIATRIE ADULTE : A PARTIR DE L'EXPERIENCE DE DIX PATIENTS

A- PRESENTATION DE L'EVALUATION ET METHODOLOGIE

Evaluer les résultats d'un travail à visée à la fois thérapeutique et social en milieu psychiatrique est une chose peu aisée. Les logements associatifs sont-ils un outil thérapeutique pertinent ?

Pour répondre à la question du rôle des appartements associatifs dans la prise en charge des psychotiques adultes, je me suis intéressée à l'évolution clinique et sociale de dix patients ayant séjourné dans les deux appartements de la commune de Pontchâteau. Je me suis basée sur l'étude du dossier médical et le témoignage de chacun. Tous sont sortis du Pré aux Clercs et de la Cadivais depuis au moins un an. Je voulais avoir ce recul par rapport à leur sortie de façon à savoir si leur état clinique et social actuel est similaire ou non à celui qu'il avait acquis à l'appartement protégé.

J'ai pour cela effectué un travail de recherche, avec l'aide du personnel du CHS de Blain et des CMP de Savenay et de Saint Gildas des Bois, pour retrouver ces patients. Je les ai contactés par courrier puis par téléphone pour leur fixer un rendez-vous. Chaque personne a été interrogée lors d'un entretien individuel par l'intermédiaire d'un questionnaire semi-directif comportant onze questions (annexe 5). Les questions portent sur l'avant, le séjour et l'après appartement protégé.

Entre février 1998 et août 2005, un peu plus de trente patients sont passés par ces deux logements de la commune de Pontchâteau, certains n'ayant fait que des séjours d'essai.

Je me suis intéressée à cette période précise car les patients retenus y ont séjourné à ce moment là.

Le nombre de patients finalement rencontrés est de dix car je n'ai pas réussi à retrouver certains d'entre eux (arrêt de suivi ou absence de coordonnées récentes) et d'autres ont refusé de participer. Le nombre de cas cliniques exposés est de huit car quelques uns se recoupaient.

Parmi ces dix patients, tous sont psychotiques, la plupart schizophrènes, âgés de 20 à 40 ans et avec souvent un parcours en psychiatrie important. La majorité a déjà

été hospitalisée en psychiatrie avant l'entrée en logement associatif. La représentation entre les deux sexes est quasi-identique.

Ces patients peuvent laisser apparaître une trajectoire sensiblement identique de part leur pathologie. Pourtant, j'ai choisi de les différencier en reprenant une particularité de leur prise en charge à l'appartement protégé. Toutes ces particularités illustrent bien les problématiques auxquelles les équipes soignantes doivent faire face dans ces structures de réhabilitation.

Le nombre de cas étudié n'est pas suffisant pour établir des conclusions statistiquement valides mais apporte déjà des informations permettant de répondre à la question posée.

Mon but n'est pas ici de faire un bilan chiffré (combien d'entre eux ont un logement autonome, un travail...) mais plutôt d'expliquer ce qu'a apporté le passage en appartement protégé à chacun.

J'ai préféré privilégier l'aspect qualitatif à celui quantitatif et la présentation de portraits me semble plus parlant.

Cette nouvelle forme de soin est une expérience humaine avec de ce fait des paramètres difficiles à maîtriser. De part ce statut, même si des indications et des contre-indications sont posées dès le départ, l'évolution des patients reste incertaine et est parfois surprenante. Les résidents ont chacun une trajectoire personnelle, non linéaire. Ce sont des personnes qui cheminent selon des parcours et à des rythmes qui leur sont propres. Il est de plus difficile d'établir des critères communs à tous permettant de conclure qu'un séjour est considéré comme « bénéfique » ou non.

C'est un outil d'action différent et supplémentaire face à la maladie mentale.

B - LES CAS CLINIQUES

1- Engager chez un patient déficitaire un processus de réinsertion professionnelle

Le séjour en appartement protégé permet de travailler non seulement l'insertion sociale mais aussi celle professionnelle. Un grand nombre de résidents est demandeur de trouver ou retrouver une activité professionnelle. Beaucoup ont le souhait d'une autonomie qu'ils ont du mal à mettre en place seuls (42).

Le temps passé à l'appartement amène à une évaluation des capacités de gestion du quotidien de chacun. Le résident pallie petit à petit à ses incapacités, ses pertes sociales liées à sa pathologie. Devant la découverte de ses propres aptitudes, qu'il méconnaît souvent, l'estime de soi est renforcée. L'appartement associatif sert donc d'étayage narcissique (30).

La stabilité du cadre proposé permet au psychotique de s'assurer de sa solidité par ses attaques et ainsi de pouvoir se fier à lui. Le séjour induit un processus psychique de construction. Cet espace transitionnel amène à la reconnaissance pour le patient-résident d'un statut dans lequel sa maladie n'est plus au centre des préoccupations

Cette autonomie psychique travaillée à travers le quotidien de l'appartement protégé amène à une autonomie sociale. Le séjour aide le patient à se réadapter et ainsi à se resocialiser. Le résident peut ainsi se projeter avec moins d'angoisse dans le monde du travail (33).

La vie à l'appartement rétablit également un emploi du temps permettant ainsi un retour à un équilibre psychique et à la réalité.

Les logements sont situés au cœur de la cité, favorisant ainsi l'intégration sociale du résident par les allers et retours.

Pour illustrer ces propos, voici l'exemple d'un résident pour qui l'insertion professionnelle a été réussie malgré les difficultés initiales.

CAS CLINIQUE N°1 : JOEL

Joël, 41 ans, est suivi en psychiatrie depuis 1992 (à l'âge de 27 ans) pour une schizophrénie simple avec accès d'angoisse et polyaddictions (alcool, tabac et dépenses compulsives).

Entre 1992 et 2002, Joël a été hospitalisé à de nombreuses reprises. Joël n'a jamais présenté d'éléments délirants lors de ses décompensations.

Ses symptômes se sont stabilisés depuis 1992. Progressivement, il a perdu tout intérêt, initiative et petit à petit ses relations sociales se sont restreintes de façon importante. Sur ce fond d'inertie, il a des comportements impulsifs : comportements addictifs vis-à-vis du tabac très important, de l'alcool et des jeux de grattage.

Il présente une dissociation psychique caractérisée par une pauvreté de la parole et des pensées concrètes centrées sur ses intérêts. Il est incapable de rester concentré longtemps et se montre souvent impatient. Joël a deux préoccupations principales qui accaparent beaucoup son temps : la garde de ses filles (qu'il souhaiterait plus importante et chez lui) et son rapport à l'argent avec une plainte fréquente exprimée d'en manquer. Il ne présente pas de dissociation affective.

Joël a eu une première union avec la naissance d'une fille, qui a aujourd'hui 17 ans et qu'il ne voit pas. Il a eu ensuite une deuxième compagne, dont il est séparé, avec deux filles âgées de 14 et 9 ans. Les relations avec sa dernière compagne sont tendues et ses filles vivent avec leur mère.

Joël est issu d'une fratrie de douze (sept sœurs et quatre frères).

Joël a une formation agricole et a travaillé jusqu'en 1992 dans de petits emplois en intérim (BTP, cidrerie...). Il vit, depuis, de l'allocation adulte handicapé (AAH) et d'une pension d'invalidité. Il est sous curatelle renforcée.

Avant son entrée à l'appartement protégé, Joël vit chez ses parents depuis sa deuxième séparation. Il sort peu et a peu de loisirs (il accompagne seulement son père au jardin). Aucune réinsertion professionnelle n'a pu avoir lieu depuis qu'il vit chez eux. Le handicap social est donc grand. Il voit ses deux dernières filles chez ses parents ou chez sa sœur (droit de visite). Les relations avec ses parents sont conflictuelles. Les rapports avec ses parents existent beaucoup au travers de la garde de ses filles et des problèmes d'argent s'y rapportant.

Joël rentre au Pré aux Clercs en juin 2002, entrée faisant suite à des essais. Il y restera un peu plus de 3 ans (sortie en août 2005). Son contrat a été renouvelé au delà de deux ans pour permettre la mise en place complète de son projet de vie. Joël est impatient de rentrer à l'appartement.

Le projet initial est une remise en situation d'autonomie socioprofessionnelle en passant par un éloignement de la famille.

Ce projet s'est fait en deux étapes avec l'accord de Joël. Tout d'abord la priorité a été mise sur l'adaptation au travail puis le travail s'est poursuivi par la mobilisation à trouver un logement seul pour recevoir ses filles. Joël est très demandeur de quitter le logement parental. La construction de ce projet s'est toujours faite autour de sa demande permanente d'être père et de pouvoir voir ses enfants.

Durant cette période, Joël a initialement un suivi en HDJ et en CATTP. Puis il rentre en CAT dans les espaces verts, suite à une reconnaissance de travailleur handicapé par la COTOREP. L'entrée en CAT a été envisagée devant la capacité de Joël à tenir les activités d'HDJ et de CATTP dans le temps. Joël avait auparavant effectué plusieurs contrats de CES (contrat emploi solidarité) par l'intermédiaire de Réagis également dans les espaces verts.

Joël s'intègre bien à l'HDJ, au CATTP, au CES et ensuite au CAT. Le bilan est positif avec un bon investissement. Cette remise en situation de travail dynamise Joël qui reprend ainsi confiance en lui et prend désormais une autre place dans le groupe de l'appartement. Cela a renforcé positivement son image. Il se dit moins angoissé. L'apragmatisme initial a fait place à plus d'initiatives. Il a décidé de reprendre contact avec sa mère. Quelques exemples encore illustrent cela : il décore son logement pour les fêtes de Noël, achète des cadeaux pour ses filles...

Sa compulsion vis-à-vis de l'argent est moins présente et il diminue ainsi ses jeux de grattage.

Au début, Joël est revendiquant vis-à-vis du cadre : il se plaint du nombre de réunions qu'il juge trop nombreuses, n'est d'ailleurs pas présent à toutes, fume dans l'appartement et refuse de le faire sur le balcon qui est défini comme lieu pour les fumeurs.

Il connaît certains moments difficiles. Il s'est alcoolisé, en rapport souvent avec des relations difficiles avec certains résidents. Des moments d'angoisse avec hallucinations auditives et visuelles ont eu lieu lorsqu'il se retrouvait seul à l'appartement. Tout cela a conduit à des hospitalisations courtes en 2003 et 2004.

Il est plus autonome sur bon nombre de domaines (meilleure gestion de l'argent, des repas...). Les capacités d'apprentissage de Joël se confirment et il montre un intérêt pour les repas et la cuisine.

Ses relations avec les autres résidents ont toujours été bonnes.

Ce séjour a permis un éloignement avec sa famille, responsable d'un apaisement chez Joël. Il a rendu visite à ses parents et ses parents sont venus le voir à l'appartement. Les relations sont devenues moins conflictuelles, se construisant désormais moins autour de l'argent.

Joël a toujours des difficultés vis-à-vis du ménage, sa sœur venait le faire à sa place à l'appartement, à l'insu des soignants. Il a toujours considéré que ce n'était pas à lui de le faire, s'identifiant à son père. L'équipe a travaillé ce point avec Joël : arrêt d'une activité CATTP de la semaine pour laisser à Joël le temps de faire du ménage puis il a été décidé finalement de faire venir une aide-ménagère pour l'aider.

Le constat final de ce séjour est que Joël éprouve toujours des difficultés dans les tâches quotidiennes et il ne peut s'occuper seul de ses filles. Un soutien éducatif est donc nécessaire. Sous couvert d'un encadrement, par exemple l'aide d'une aide-ménagère dont il a bénéficié, il assure seul la gestion de son linge, la planification des menus, les courses et les repas.

Ce besoin d'accompagnement permanent et le faible investissement de Joël dans la recherche d'un logement (inquiétude initiale à quitter l'appartement protégé) a amené l'équipe soignante à douter des capacités de Joël à vivre seul. Plusieurs pistes d'hébergement sont donc envisagées.

La piste d'un accueil en SAVs (service d'accompagnement à la vie sociale) est retenue pour la sortie permettant un soutien éducatif en plus du suivi psychiatrique. Joël a montré et a pris conscience qu'il ne pouvait s'occuper seul de ses filles (ses sœurs prenaient systématiquement le relai) d'où l'évolution du projet vers un logement avec un soutien éducatif.

Depuis sa sortie de l'appartement en août 2005, Joël vit dans un appartement seul qu'il a trouvé près du CAT. La recherche de ce logement autonome n'a pas été de son initiative au départ mais il a saisi la proposition de l'équipe soignante et l'a bien investie par la suite.

Il s'est adapté à un nouveau lieu de vie, une nouvelle localité et même un nouveau médecin traitant.

Ses préoccupations sur le manque d'argent restent présentes mais il prend de plus en plus de recul. Il continue à fumer mais ne s'alcoolise plus et joue moins aux jeux de grattage.

Son suivi s'est espacé petit à petit. L'équipe infirmière du CMP ne le voit plus désormais que toutes les trois semaines. Il n'est plus suivi par un psychiatre du secteur mais par le psychiatre du CAT depuis fin 2005. Il n'a pas été de nouveau

hospitalisé depuis sa sortie de l'appartement protégé. Son traitement médicamenteux, diminué lors de son séjour à l'appartement protégé, reste inchangé depuis sa sortie.

Il a accepté le relais de sa prise en charge par une autre équipe de CMP.

Il continue d'aller au CAT en mobylette.

Il bénéficie d'un encadrement par le SAVs pour les courses et l'élaboration des repas. Il s'est adapté à l'absence d'aide-ménagère, au départ imposé par des raisons financières, en assurant seul l'entretien de son appartement de façon convenable.

Il a notamment besoin lors de ses vacances d'une prise en charge au CATTP : il a besoin d'être occupé, l'ennui provoque chez lui un mal-être.

Il reçoit ses filles à son domicile, les voit plus souvent par l'intermédiaire d'un service éducatif en milieu ouvert (AEMO) : un week-end sur deux maintenant.

Il revoit sa mère et sa sœur désormais à son initiative.

Il a une amie.

Ses projets sont d'avoir une voiture et de travailler en milieu ordinaire.

L'objectif de départ est donc atteint : avoir une autonomie socioprofessionnelle et prendre de la distance avec sa famille pour pouvoir accueillir ses filles.

Ce projet a pu être mis en place et tenir grâce au souci de l'équipe soignante de tenir compte du souhait de Joël de voir ses enfants et de l'importance de l'identification à son père : travailler dans le jardin et ne pas faire le ménage.

La remise en situation de travail réussie a amené une amélioration clinique permettant ainsi à Joël de vivre seul (même si initialement cela semblait difficile à réaliser). Il a trouvé un équilibre par ce travail encadré. Il a trouvé sa place dans le monde du travail.

Il y a donc un grand pas franchi à partir d'une stabilisation de cette schizophrénie sur un mode déficitaire pour aller vers une réinsertion professionnelle.

2- Aider le patient à tisser des relations sociales

La psychose amène petit à petit à une marginalisation du fait de la perte des liens sociaux. Le psychotique vit parfois dans son monde et se replie sur lui-même (9).

La vie en logement associatif provoque un assaut relationnel important luttant ainsi contre le fonctionnement mental propre au psychotique qui est de tenir l'autre à distance. La vie communautaire facilite le rencontre avec l'autre et la sortie d'isolement.

Le partage d'activités quotidiennes réhabilite le présent en obligeant le psychotique à construire le présent à plusieurs, il doit faire avec l'autre. Cela permet de lutter contre la toute puissance du psychotique.

Un des principes de fonctionnement des logements protégés est la rencontre objectale. Le résident rencontre d'autres résidents et plusieurs intervenants dans le personnel soignant qui pensent différemment les uns des autres. Ces rencontres amènent à découvrir l'autre comme sujet ayant un espace propre et des désirs (30-36).

L'épreuve de la séparation et du manque permet l'émergence de désirs, de lutter contre l'émoussement affectif par un retour des affects.

Ce travail dans la relation à l'autre et à l'environnement au travers du cadre institutionnel amène à une construction ou une reconstruction des liens sociaux. Il peut être illustré par les deux cas cliniques suivants.

a- ENKYSTEMENT DU DELIRE CAS CLINIQUE N°2 : PATRICK

Patrick, âgé de 49 ans, est suivi en psychiatrie depuis 1990, à l'âge de 33 ans. Le diagnostic reste encore incertain, deux hypothèses ont été évoquées au fil du temps : une schizophrénie paranoïde et une psychose maniaco-dépressive avec décompensations mélancoliques et autoaccusations délirantes. L'évolution déficitaire et la constance du délire au travers du temps sont plutôt en faveur du diagnostic de schizophrénie paranoïde avec un déclenchement tardif.

La première décompensation est tardive et remonte à 1990 : Patrick est hospitalisé au CHS de Blain pendant dix mois, à sa demande, pour idées suicidaires importantes et conduites d'alcoolisation massives. Le diagnostic retenu à l'époque est celui d'un syndrome anxio-dépressif.

Un suivi en HDJ et des visites à domicile par l'équipe infirmière sont organisés suite à cette première hospitalisation.

Patrick est de nouveau hospitalisé en juillet 1993. Désormais des éléments délirants à thématique sexuelle, de sorcellerie, de culpabilité et d'autoaccusation sont présents. Il est porteur d'un délire interprétatif, persuadé d'avoir commis des actes de pédophilie sur ses enfants et d'autres et fait régulièrement des démarches auprès des forces de l'ordre dans ce sens. Il est très angoissé, notamment à la perspective d'aller en prison et ses conduites d'alcoolisation quotidiennes dans les cafés servent à émuquer ses angoisses.

Patrick est aussi préoccupé par la recherche d'un travail (il s'inscrit régulièrement à l'ANPE) et le souhait de voir ses filles.

Le suivi ambulatoire est repris.

Son état se stabilise au cours du temps avec un délire plus ou moins exprimé, une angoisse toujours très présente et l'apparition de signes déficitaires : un repli et une passivité importants.

Il manque de confiance en lui, a peu de contact avec les autres et sa famille (les relations avec sa mère sont difficiles en raison de son délire : sa mère l'aurait ensorcelé et il n'a pas de nouvelles de ses filles depuis 1991) et ses journées sont ritualisées par les courses, les siestes et les allées et venues au café. Il a peu d'activités à l'extérieur. Patrick exprime sa souffrance vis à vis de cette solitude.

Des activités en CATTP puis un projet d'entrée à Billiers (centre de post-cure et de réadaptation sociale agricole de l'Ouest) sont donc démarrés dans l'optique de rompre son isolement, d'essayer de le réinscrire dans la vie quotidienne et de répondre à son envie de travailler. Patrick reste deux ans à Billiers. Le bilan est plutôt positif malgré des débuts difficiles. On constate une amélioration clinique (diminution de son délire et de ses alcoolisations) et une progression de ses capacités. Cependant il présente toujours un manque de dynamisme important et a donc toujours besoin d'être accompagné.

Patrick a été marié dix ans, divorcé en 1990 à sa demande pour infidélité de sa femme. Il ne voit plus son ex-épouse. Il a deux filles de 22 et 24 ans. Il a deux frères et trois sœurs avec qui les contacts sont pauvres.

Il a une formation de CAP boucher-charcutier et a exercé ce métier de 1973 à 1990 (date d'un licenciement pour faute professionnelle). Il est depuis 1990 sous curatelle renforcée. Il touche une pension d'invalidité et le RMI.

Suite à sa séparation, il a d'abord vécu chez sa mère puis a habité seul dans un appartement sur Donges jusqu'en 1997, date d'un essai en CAT précédant l'entrée à l'appartement protégé.

Patrick est rentré à l'appartement protégé Le Pré aux Clercs en février 1998 après des essais. Ce projet avait été évoqué par lui dès 1996. Il y restera jusqu'en juillet 2000.

Il a été hospitalisé au CHS de Blain au début de son séjour pour une semaine.

Le projet de soin de départ est de continuer le travail entrepris à Billiers : le sortir de la souffrance de son isolement en favorisant la relation à l'autre.

Il va mieux sur le plan clinique. Il dit se sentir bien à l'appartement. L'équipe soignante le trouve plus épanoui. Il ne présente plus de ruminations pédophiles. Il persiste quelques angoisses et il consomme de temps en temps de l'alcool le week-end. Cela s'avère compliqué d'empêcher complètement les conduites d'alcoolisation à l'appartement du fait de la non permanence soignante et de la dépendance au produit.

Il prend des responsabilités par rapport aux autres résidents, il organise et assure en partie les repas en commun en utilisant ses connaissances de boucher. Il se montre petit à petit présent pour l'autre. La dynamique de groupe lui est profitable. Il reprend confiance en lui. Cette place prise à l'appartement permet l'atténuation de ses angoisses et de son sentiment de dévalorisation, ce qui explique la levée progressive de son repli et ses échanges plus nombreux avec les autres résidents et les soignants.

Ce narcissisme moins défaillant et ce délire plus enkysté permettent à Patrick de renouer des liens avec sa famille à la fin du séjour : visites de et chez ses parents et correspondance avec visites à ses filles, il est même allé au mariage de sa sœur.

Il élargit peu à peu son cercle relationnel à l'extérieur de l'appartement et en dehors du réseau organisé autour de l'alcool : il sort régulièrement de l'appartement, voit des amis dans la commune, va à la piscine.

Il participe bien aux activités mais garde son manque d'initiatives.

Durant cette période de deux ans et demi, Patrick continue son suivi à l'HDJ. Il dit y aller avec plaisir.

Son traitement a été diminué devant l'amélioration clinique.

Il a retrouvé son autonomie antérieure pour la gestion du linge et des repas (préparation), par contre son hygiène corporelle ainsi que le ménage sont restés médiocres malgré une légère amélioration.

Patrick, toujours dans le projet de reprendre une activité professionnelle, est reconnu travailleur handicapé par la COTOREP, mais continue à s'inscrire à l'ANPE. Aucune place ne s'est libérée en CAT.

Le travail d'un projet de retour à un logement autonome a débuté dès 1999.

Depuis sa sortie de l'appartement protégé en juillet 2000, l'état de Patrick reste fluctuant.

Le délire reste constant avec les mêmes thématiques mais avec plus ou moins de recul selon les périodes, les angoisses sont encore bien présentes. Ces variations des symptômes s'accompagnent de périodes d'alternance de réalcoolisation et d'abstinence. Son traitement est globalement le même.

Son manque d'initiative et de dynamisme justifie toujours un encadrement aussi important : visites à domicile régulières par les infirmiers, l'HDJ, des séjours thérapeutiques et un suivi psychiatrique régulier.

Il a été réhospitalisé en 2004 presque deux mois et en 2005 pour accentuation des symptômes et des alcoolisations, souvent en rapport avec une rupture de soins de sa part.

Il a retrouvé un logement seul sur la commune de Pontchâteau.

L'entretien de son logement et de sa personne reste précaire avec un refus d'aide-ménagère.

Patrick a gardé les amis rencontrés pendant son séjour à l'appartement protégé : il les voit et les reçoit à son domicile régulièrement. Il part de plus en plus en vacances (dans le cadre de séjours thérapeutiques).

Il voit souvent ses deux filles.

Ses relations avec sa mère restent difficiles mais il la voit plus fréquemment ainsi que ses sœurs.

Le projet professionnel s'est soldé par un échec : il reste sans emploi, aucune place en CAT ne s'étant libérée (à noter juste une place en CES pour une activité jardinage-ferme-école en 2001). Ses difficultés ne lui ont pas permis de se réinscrire dans le travail.

Il n'a pas de vie sentimentale.

Il garde néanmoins quelques projets d'avenir : vacances avec ses amis ou bien refaire sa vie avec une femme.

Depuis sa sortie, malgré la stagnation de certains symptômes, le constat est que Patrick est sorti de son isolement : son réseau amical est désormais bien présent. Il trouve maintenant sa place quand il se trouve dans un groupe.

b- SORTIE DU REPLI AUTISTIQUE CAS CLINIQUE N°3 : SYLVAIN

Sylvain, âgé de 34 ans, est suivi en psychiatrie depuis 1993 pour une schizophrénie hébéphrénique.

C'est en 1993, à l'âge de 21 ans, que débutent les premiers symptômes : manifestations pseudo-névrotiques représentées par des symptômes phobiques flous et handicapants avec des troubles du comportement (apathie et agressivité). Sylvain est réformé du service militaire au bout de trois semaines. Il est alors suivi exclusivement en ambulatoire dans la région de Nantes. A cette époque, il est célibataire et vit chez ses parents à Savenay.

En octobre 1994, Sylvain consulte au CMP du secteur. Un accès délirant à thème de persécution et de mécanisme interprétatif et intuitif est présent désormais avec la persistance du repli social et des impulsions hétéro-agressives. Ce suivi ambulatoire (HDJ associée) n'a pas permis de stabiliser la situation.

C'est à la fin de l'année 1994 que Sylvain est hospitalisé pour la première fois au CHS de Blain en HDT (hospitalisation à la demande d'un tiers) pour la persistance de ses troubles du comportement majeurs (hostilité avec hétéro agressivité envers ses parents, repli, perte d'intérêt avec inertie et aboulie), de son délire et de ses graves troubles du cours de la pensée (discours abstrait, flou et pseudo ésotérique) avec étrangeté et froideur du contact et du regard.

Sous traitement, il y a une amélioration rapide initiale des symptômes puis l'apparition d'un apragmatisme et d'un isolement plus importants, d'un émoussement affectif et la mise en place de défenses psychiques rigides par rationalisations avec un déni de la pathologie rendant l'adhésion aux soins difficile. Sylvain présente un négativisme marqué et n'accepte de ce fait rien de l'autre.

A sa sortie, Sylvain bénéficie d'une prise en charge en HDJ et en CATTP et retourne chez ses parents.

Un suivi familial, débuté dès 1993, montre une complexité et une fragilité de la dynamique familiale.

Le suivi ambulatoire est rapidement interrompu par Sylvain en 1996, s'ensuit une nouvelle hospitalisation en HDT pour reprise de l'état délirant. Il présente désormais un repli autistique, n'a plus de contacts sociaux (pas d'amis), s'est marginalisé et n'a plus d'emploi du temps (inversion du rythme nyctéméral).

Sylvain est réhospitalisé en 1997 et en 1998 en HO (hospitalisation d'office) en raison d'une rupture de soins réactionnelle à un remaniement du système familial (retraite de sa mère).

A sa sortie, la prise en charge ambulatoire continue et Sylvain s'installe dans un appartement seul à Pontchâteau. Sa mère s'occupe en fait de la gestion des courses et du ménage. Sylvain quitte rapidement son logement en raison d'un sentiment d'insécurité et d'une solitude insupportable.

Sylvain est demandeur dès 1996 d'un projet de réinsertion professionnelle. Il effectue donc un stage cette même année à l'APAIS (association psychothérapeutique d'aide à l'insertion socioprofessionnelle), le bilan est positif.

Il rentre ensuite au centre de réadaptation de Billiers en 2000 et ce pour un an (Sylvain est réhospitalisé durant son séjour à Billiers pour résurgence des symptômes). Le bilan de Billiers est que Sylvain éprouve une grande difficulté dans les activités professionnelles, sa progression est quasi-nulle, il est incapable d'acquérir les apprentissages de base et sa compréhension est limitée. Cette mise en situation professionnelle réaliste est donc un échec.

Il est de nouveau réhospitalisé à sa sortie de Billiers.

Avant son entrée à l'appartement protégé, Sylvain se trouve donc dans un repli autistique (l'autre n'existe pas) majeur, un apragmatisme, un syndrome dissociatif important touchant la sphère idéique et verbale et un délire moins présent. L'évolution s'est faite vers un état déficitaire. Ses possibilités d'adaptation sociale sont donc pauvres.

Il est le dernier d'une fratrie de cinq (trois frères et une sœur). Sylvain a un écart d'âge important avec ses frères et sa sœur. Sa naissance a été mal acceptée par sa mère, elle était âgée et sa grossesse n'était pas désirée. Sylvain était un enfant précoce et timide.

Il possède un BEP secrétariat, a fait quelques stages au cours de sa formation et a entamé une année en lycée technique pour l'obtention d'un bac professionnel. Il n'a jamais eu d'emploi.

Sylvain rentre à l'appartement du Pré aux Clercs, après quelques séjours d'essai, en décembre 2001. Il y restera un peu plus de deux ans.

L'objectif est de sortir Sylvain de son isolement en l'amenant à rencontrer l'autre en l'intégrant dans le groupe appartement et au travers d'activités quotidiennes à l'appartement, à l'HDJ et au CATTP.

L'optique est ainsi de continuer à favoriser l'autonomie de Sylvain grâce à une prise en charge désormais plus axée sur le soin.

Sylvain est au départ évasif et angoissé par l'idée puis s'investit très vite, ce projet devenant très important pour lui. Ce nouveau projet a pu être travaillé avec Sylvain grâce à son renoncement et celui de ses parents désormais à une réinsertion professionnelle. La reconnaissance par la COTOREP d'une impossibilité de travailler et l'obtention de l'AAH ont confirmé cela.

Il prend sa place petit à petit à l'appartement grâce aux habitudes de vie du quotidien. Il sort un peu de son repli autistique. Il s'appuie sur les différentes activités organisées (repas en commun, réunions, sorties au cinéma...) qui deviennent quasiment des rituels (il insiste par exemple pour que les repas en commun soient maintenus). Au début, elles semblent dépourvues de sens pour lui, comme si seul comptait le contenant. Puis peu à peu, elles sont devenues des espaces où des échanges entre les uns et les autres se font. Il prend progressivement spontanément la parole aux réunions. C'est même lui qui rappelle aux autres les horaires des réunions et aussi le règlement intérieur. Il est donc capable de prendre une place « d'ancien » à l'appartement qui tient le cadre. L'autre commence à exister progressivement. Les relations avec les autres résidents s'améliorent et deviennent progressivement souples et conviviales (même si Sylvain continue à dérouter parfois par ses propos ésotériques et peu rationnels). Les contacts sont plus riches.

Les activités principales entreprises sont l'imprimerie et la cuisine. L'accent a été mis sur l'atelier cuisine car Sylvain n'en avait jamais fait.

Des séjours thérapeutiques sont aussi organisés avec l'HDJ qu'il apprécie. Il est capable d'exprimer ses émotions, sa satisfaction : il exprime son contentement d'être à l'appartement protégé et d'aller aux activités. Il va bien à l'appartement et le dit. Il est dorénavant souriant, content et fier.

Son aspect extérieur change.

L'alliance thérapeutique s'améliore ainsi pour être totale à la fin (il n'est plus dans le déni de ses troubles). Son traitement est donc petit à petit diminué.

Il a des projets, des initiatives maintenant. Il a moins besoin d'être stimulé. Il a repris la guitare. Il fait des demandes pour s'inscrire à des activités extérieures à l'appartement comme la bibliothèque. Dès la fin de l'année 2002, il se dit même prêt à soutenir un projet de logement autonome et sa recherche de logement autonome, qu'il fait en partie seul, est parfaitement adaptée.

Cependant Sylvain a gardé tout de même une partie de son angoisse à l'appartement, les changements trop brusques ou imprévus le déstabilisent (par exemple le départ d'un résident ou la perte de son portefeuille). C'est pourquoi le projet d'appartement seul s'est fait progressivement pour être suffisamment sécurisant pour lui.

Il a été hospitalisé une fois en 2003 suite à la réactivation des symptômes devant la précision de la mise en place du projet d'appartement autonome et l'échec du renforcement du suivi ambulatoire réactionnel.

La gestion du quotidien se passe rapidement bien : il fait seul ses courses après un accompagnement initial, il lave son linge régulièrement, il gère mieux son argent et il a même reçu un réparateur pour le chauffe-eau sans problème. Il s'autonomise progressivement.

La tenue d'un agenda est aussi travaillée car Sylvain a tendance à oublier les rendez-vous.

Il a gardé dans ses apprentissages antérieurs la conduite automobile et emmène même les autres résidents aux différentes sorties communes (cinéma...).

Il a pris de la distance vis à vis de ses parents à sa demande et ne les voit plus qu'un week-end tous les quinze jours comme il le souhaitait. Les relations entre eux sont meilleures.

Sylvain est maintenant dans un logement seul dans la commune de Pontchâteau depuis février 2004.

Il s'adapte aux changements sans trop d'angoisse désormais (par exemple le relais de sa prise en charge d'un HDJ du secteur à un autre, la restructuration récente de l'HDJ, l'arrêt des visites à domicile...). Il n'est plus déstabilisé par l'inconnu.

L'autre existe maintenant et n'est plus menaçant. Sylvain garde un meilleur contact avec l'autre, est moins distant et exprime des affects.

Il voit désormais des personnes à l'extérieur (va au cinéma) mais encore trop peu.

Son suivi individuel est de plus en plus espacé et diminue (suivi psychiatrique mais plus infirmier depuis la fin de l'année 2005). Il continue HDJ trois fois par semaine. Les visites à domicile se sont arrêtées en fin d'année 2005. Son traitement continue à diminuer.

Il respecte dorénavant ses rendez-vous et prend son traitement. L'adhésion aux soins est toujours totale, il répond favorablement aux propositions de soins de l'équipe soignante. Il n'a pas été réhospitalisé. Il n'est plus dans le déni de ses difficultés (notamment professionnelles).

Cependant il sort peu de son domicile et n'a plus de projet (il ne veut rien changer à sa vie). La poursuite de l'HDJ ainsi que l'organisation de séjours thérapeutiques

permettent de continuer à travailler dans ce sens, à maintenir le contact avec les autres et à découvrir de nouveaux centres d'intérêt. L'équipe essaie donc de continuer à solliciter Sylvain pour aller vers l'autre par la mise en place d'une activité extérieure par le biais d'une association par exemple.

Tout récemment, il a dit être capable d'envisager des changements dans sa vie et a le projet d'aller à la piscine.

Il est capable de structurer son quotidien (ses courses, ses repas, son hygiène et son ménage). Il a maintenant un rythme de vie bien organisé.

Sylvain s'est autonomisé vis à vis du système familial : il ne les voit plus que tous les quinze jours maintenant.

Il est toujours célibataire.

Il ne travaille pas.

Il a toujours sa voiture.

3- ATTENUER LA DEPRESSION DU PSYCHOTIQUE

L'appartement protégé apporte un étayage narcissique important.

Le déni du psychotique de ses désirs et de ses compétences se traduit par une autodépréciation qui peut mettre en échec les différentes prises en charge instaurées (11).

Au travers du partage communautaire du quotidien, le résident agit et acquière une nouvelle autonomie. L'accomplissement des tâches entraîne une satisfaction des besoins et une confiance en soi. La reconnaissance des soignants provoque un enrichissement narcissique par une revalorisation de son image.

La vie en groupe permet à chacun de travailler sa place et sa différence (7-36).

Les notions d'anticipation mesurée et de temporalité interviennent aussi dans l'amélioration de l'image de soi. La limite de durée de séjour dans le temps permet de lutter contre le caractère continu et répétitif de la maladie psychotique qui représente une blessure narcissique importante.

Le psychotique est désormais dans un processus de construction psychique et il peut prendre un autre statut que celui de malade (29-37).

La notion de « chez soi » est primordiale. C'est un lieu de construction d'un espace intime et identitaire (41).

Le séjour à l'appartement protégé permet aussi de rétablir le lien avec l'environnement extérieur. La rencontre avec des personnes différentes (soignants et soignés) avec des opinions divergentes, travaillée dans ce cadre institutionnel, favorise la construction ou la reconstruction des liens sociaux à l'extérieur de l'appartement protégé.

Les temps d'absence soignante incitent le psychotique à porter seul des actes pour son inscription dans la cité. Cela pousse le psychotique à appréhender seul la réalité et envisager ainsi un autre « ailleurs ».

Les logements associatifs sont situés au cœur même de la cité pour favoriser les interactions entre les résidents et le milieu extérieur. Par l'investissement de l'extérieur, le psychotique peut retrouver sa place au sein de la cité.

Les logements associatifs offrent un cadre proche, permanent et chaleureux. Ce contenant sécurisant permet de diminuer l'angoisse d'abandon propre au psychotique. Le sentiment d'insécurité disparaît laissant la place à une ouverture sur la cité. Ils servent d'assise sur laquelle le patient peut se poser.

L'exemple de Maryse témoigne de ces actions des logements associatifs. Dans cet exemple, la patiente, par un nouvel investissement dans le social, peut lâcher un peu ses idéaux professionnels qui la confrontaient sans cesse à ses incapacités et donc à un vécu dépressif.

CAS CLINIQUE N°4 : MARYSE

Maryse, âgée de 32 ans, est suivie en psychiatrie depuis 1997 pour une schizophrénie paranoïde avec des épisodes délirants hallucinatoires persécutifs.

La première consultation psychiatrique remonte à quelques jours avant sa première hospitalisation à la demande du médecin traitant.

Elle est hospitalisée pour la première fois en mars 1997 au CHS de Blain en HDT, à l'âge de 23 ans, pour une décompensation psychique sévère avec un délire de persécution sur un mode interprétatif vis à vis de ses parents et d'importants troubles du comportement (fugues, tristesse et repli). Elle y reste trois mois et sort avec un suivi psychiatrique et psychologique en raison de la persistance sous traitement d'un émoi affectif et d'un apragmatisme. Elle retourne vivre chez ses parents à Saint Gildas des Bois.

Elle est de nouveau hospitalisée fin 1998-début 1999 et en 2000, à sa demande, suite à une fugue du milieu familial pour dégradation progressive de celui-ci. Les relations avec ses parents restent conflictuelles avec beaucoup de violences verbales. Maryse a fait déjà plusieurs tentatives de suicide.

Elle retourne chez ses parents à chaque sortie avec le même suivi antérieur.

A cette époque, Maryse se trouve dans l'incapacité de quitter le domicile des parents malgré son souhait de le faire. Les parents sont également d'accord avec le non retour de leur fille chez eux. Elle est demandeuse d'une autonomie qu'elle ne peut assumer et qu'elle n'arrive pas à mettre en place seule. Elle souhaite reprendre ses études et a des projets professionnels inadaptés. Depuis 1997, de nombreux emplois saisonniers, entretiens d'embauche et concours pour entrer dans l'administration se sont soldés par des échecs. Aucune activité professionnelle n'a pu être réalisée.

Maryse possède une idéalisation permanente voire une idée de toute puissance autour d'ambitions professionnelles élevées, une reprise d'études alors qu'il existe une évolution de sa schizophrénie avec des accès paranoïdes hallucinatoires et un automatisme mental réguliers. Son ambivalence psychotique se manifeste vis-à-vis du travail essentiellement : elle veut travailler mais à chaque fois le projet échoue car trop élevé pour elle. Elle ne peut cependant se résoudre à autre chose. Cette incapacité à concrétiser un projet professionnel, à ne pas vivre « normalement » amène à un vécu dépressif permanent.

Un projet de foyer type CHRS (centre d'hébergement et de réinsertion sociale) et un d'appartement associatif sont donc travaillés avec elle. Une évaluation COTOREP et une demande d'AAH sont également faites.

Maryse a une licence en sciences économiques. Elle a interrompu ses études en maîtrise.

Elle est la deuxième d'une fratrie de deux (une sœur-doctorat en ingénierie industrielle- qui ne vit pas au domicile des parents et est professeur en informatique à la faculté).

Elle n'a pas d'amis, a des difficultés à s'intégrer dans un groupe ou une activité et sort peu (quelques sorties avec sa sœur). Elle est célibataire et n'a jamais eu d'expérience amoureuse.

Elle a vécu deux ans en cité universitaire auparavant en ne rentrant que les week-ends chez ses parents (avec une bonne autonomie). Elle a presque toujours habité au domicile parental. Le fonctionnement familial est peu ouvert sur l'extérieur.

Elle intègre le Pré aux Clercs en août 2000, après quelques essais et un séjour de vacances (chantier de restauration) organisé par le CHRS, directement après sa dernière hospitalisation.

Le projet travaillé est d'évaluer ses capacités à investir des activités de loisirs à l'extérieur de l'appartement protégé tout en la laissant mener ses désirs professionnels.

Elle va en HDJ et participe à des activités au CATTP (cuisine, équithérapie...) durant tout son séjour à l'appartement.

Puis progressivement elle intègre avec un investissement important plusieurs activités de loisirs dans la commune, hors du soin, comme le dessin en groupe (activité qu'elle avait stoppée depuis de nombreuses années) ou la randonnée. Elle s'investit dans certaines responsabilités comme les Restos du Cœur.

Elle va à la rencontre de l'autre. Elle est plus détendue et tisse des liens de qualité avec les personnes qu'elle rencontre. Par exemple, le groupe de randonneurs de la commune la sollicite régulièrement pour qu'elle revienne. Elle reçoit quelques visites de ses parents, de voisins et d'amis rencontrés lors des activités extra-soin. Elle est invitée par la suite aux réveillons chez des amis et participe aux soirées organisées par les habitants de l'immeuble.

Elle reprend confiance en elle. Ainsi son sentiment de dévalorisation par rapport à ses capacités et son vécu dépressif diminuent, Elle sort de son apragmatisme et de son repli. Il y a eu peu de décompensation psychotique aiguë avec des éléments délirants à l'appartement.

Elle est toujours dans la perspective d'une évolution de son projet professionnel (nombreuses démarches encore). Par l'UFFORE (Unité Fonctionnelle de Formation

et de Réinsertion-Les Briords), elle fait de nombreux stages dont un dans un supermarché (dans un atelier de décoration) une fois par semaine.

Elle rencontre cependant des difficultés relationnelles avec les autres résidents et dans la gestion des tâches quotidiennes. Elle dit être souvent en conflit avec les autres du fait d'une mésentente. Elle trouve l'ambiance mauvaise et elle ne supporte pas le fait que l'occupation soit mixte (les hommes ne la mettent pas à l'aise). Elle juge la répartition des tâches difficile à mettre en place, notamment lors des repas en commun. Au départ elle sollicite beaucoup l'équipe soignante pour la gestion du quotidien puis de moins en moins et assure seule sa part de travail.

Elle trouve son séjour à l'appartement pesant, elle attend une réponse de sa demande de logement éducatif (via une association œuvrant dans l'insertion sociale par le logement), formulée avant son entrée à l'appartement protégé et elle recherche un logement par les mairies et les agences immobilières.

Elle sort en août 2002.

Elle continue avec assiduité ses activités en milieu associatif (couture, dessin, randonnée, bénévolat dans une bibliothèque et aux Restos du Cœur).

Elle éprouve de la difficulté pour occuper son temps libre surtout lors des périodes de vacances scolaires où les activités associatives s'interrompent.

Elle voit toujours ses amis rencontrés lors de son passage à l'appartement protégé mais le nombre est limité. Le contact avec les autres reste quand même difficile.

De temps en temps, on assiste à une reprise des idées délirantes, souvent en relation avec une anxiété générée par ses projets professionnels.

Son traitement et son suivi ont diminué : suivi psychiatrique, psychologique et infirmier tous les mois maintenant. L'HDJ et le CATTP se sont arrêtés car Maryse préfère voir des personnes à l'extérieur de la psychiatrie (un essai de reprise de CATTP a été entrepris en 2004 lors de l'arrêt de son CES mais il a été rapidement stoppé car Maryse n'aimait pas les activités proposées).

Elle a son propre logement dans la même commune que celui de l'appartement protégé.

Elle a fait un CES pendant un an et demi à la bibliothèque de Pontchâteau par l'intermédiaire de l'UFFORE (ex APAIS). Depuis elle reste sans activité professionnelle stable (elle a de temps en temps des petits emplois comme des ménages).

Une demande d'atelier protégé (orientation COTOREP et AAH obtenues) a été faite mais elle adhère peu aux propositions. Un essai en CAT à Pontchâteau a été peu concluant (elle n'arrivait pas à tenir le rythme de travail). Elle n'a finalement pas fait le deuil totalement d'une réinsertion dans un milieu ordinaire même si elle reconnaît ses relations difficiles avec ses collègues du fait de sa lenteur et de son manque d'initiatives. Elle continue à mal accepter son handicap.

Récemment un projet en centre de réadaptation (Billiers) a été travaillé avec elle mais il n'a pas encore abouti (il devrait voir le jour si son ambivalence habituelle ne vient pas mettre ce projet en échec).

Les relations avec ses parents sont meilleures depuis son activité professionnelle (même si elle n'a pas tenu), elle les voit ainsi que sa sœur. Ses parents ne lui mettent plus la pression pour trouver un travail.

Elle a acheté un véhicule récemment, après de nombreuses interrogations, mais elle ne l'utilise que pour des trajets courts. Elle avait déjà son permis de conduire depuis quelques années mais elle avait trop peur de conduire. Elle a repris quelques leçons de conduite.

Elle est toujours célibataire, souffre de cet isolement affectif et s'interroge à ce sujet.

Le séjour à l'appartement protégé a permis à Maryse de s'appuyer sur la vie de la cité pour lâcher un peu de ses idéaux professionnels. Elle a réussi à s'intégrer dans des activités de loisirs hors du soin et seule. Elle prend conscience progressivement qu'il n'y a pas que le travail qui existe et qu'elle peut s'investir dans autre chose dans la cité comme le réseau local associatif.

Ce temps a mis de la distance avec sa famille permettant ainsi de s'autonomiser (vivre seule, gestion seule du quotidien, reconduire et acheter une voiture).

4- PERMETTRE LA CONTINUITÉ D'UN TRAITEMENT ANTIPSYCHOTIQUE ET FAVORISER UNE ALLIANCE THÉRAPEUTIQUE

L'entrée à l'appartement protégé est un événement psychique important.

Ce logement offre un cadre contenant et rassurant. Cette fonction « maternante » favorise la continuité du traitement et l'alliance thérapeutique.

De ce fait, la vie en communauté avec le partage des tâches quotidiennes, le projet thérapeutique mis en place et la durée de passage limitée permettent une sollicitation permanente de toutes les ressources restantes du psychotique pour les optimiser,

Cette mobilisation psychique aide le psychotique à sortir de son repli, de son aboulie et de son apragmatisme. Il est désormais porteur d'un projet, de désirs et s'investit dans des démarches nouvelles, gagne de nouveaux espaces.

Le manque permet à l'individu de trouver ses investissements propres et de mettre en jeu ses initiatives, c'est-à-dire sortir d'une position aliénante de soumission et de dépendance (24).

Ainsi l'évolution déficitaire n'est pas favorisée et la chronicisation, quasi-inéluctable à la psychose, est enrayée (7-35-37-41).

Le cas d'Angelina illustre parfaitement ce rôle des appartements protégés.

CAS CLINIQUE N°5 : ANGELINA

Angéline, âgée de 29 ans, est suivie en psychiatrie depuis 1997 pour une schizophrénie catatonique.

Sa première hospitalisation a eu lieu en 1997, à l'âge de 20 ans, pour apparition de troubles du comportement, d'un délire avec hallucinations et d'une anxiété.

Cette année correspond à l'arrêt de ses études en seconde générale. Ses études se sont toujours bien passées jusqu'en troisième (redoublement). Elle commence sans la terminer une formation en gérontologie.

Son état s'améliore sous neuroleptiques malgré une alliance thérapeutique difficile.

Un suivi ambulatoire à sa sortie d'hospitalisation est alors mis en place avec des activités en CATTP (cuisine) et des entretiens réguliers au CMP (psychiatrique et infirmier).

Son refus de soins et de traitement amène à de nouvelles hospitalisations par la suite (souvent en HDT). Angéline est désormais aboulique et apragmatique.

Un essai en foyer en 2000, au CHRS, est fait sans résultats.

Angelina est également restée huit mois dans un appartement seule à Nantes en 2001, mais rapidement ses troubles du comportement caractérisés par un repli autistique sont réapparus et rendent la gestion du quotidien impossible (ménage, repas, hygiène corporelle...). Angéline retourne en hospitalisation en HDT pour dix-sept mois en 2002. Cette hospitalisation est la cinquième. Son état est préoccupant et stationnaire malgré le traitement instauré : elle reste dans son repli, les relations à l'autre sont quasi-inexistantes et distantes, le contact est difficile et marqué par des attitudes d'opposition et un négativisme important, l'élan vital est pauvre avec peu d'investissements dans les activités proposées (ergothérapie et sociothérapie) allant jusqu'au mutisme. Elle présente une anorexie. Elle est dans le déni de ses troubles.

Elle est incapable de concrétiser et de tenir un projet (logement, professionnel ou affectif).

Puis après la mise en place de neuroleptique retard, son état clinique s'améliore doucement avec la levée du repli et de la catatonie. Son projet d'insertion socioprofessionnelle et d'autonomisation peut enfin être pensé.

Angéline vit chez ses parents. Elle est issue d'une famille d'origine portugaise et elle est la dernière d'une fratrie de huit (cinq sœurs et deux frères). Les contacts entre la fratrie sont peu nombreux. Son père est décédé par suicide, vécu traumatisant pour Angéline.

Angéline a déjà vécu en colocation lors de ses études et a été jeune fille au pair en Angleterre à 18 ans pendant sept mois.

Elle a travaillé en tant que remplaçante en maison de retraite et a fait quelques petits travaux en CDD (emplois saisonniers).

Angéline sort peu et a peu d'amis. Ses relations avec sa mère sont difficiles. Sa vie sentimentale est marquée par une unique histoire pendant huit mois.

Angéline a effectué quelques séjours d'essai à l'appartement protégé. Elle entre ensuite à la Cadivais en novembre 2003. Elle y restera en tout dix-sept mois.

Le but de ce séjour à l'appartement est d'offrir un cadre contenant (surveillance de la régularité des injections de neuroleptique retard) et sécurisant pour permettre

d'avoir une continuité du traitement et ainsi une alliance thérapeutique. Dans ce contexte l'équipe soignante va pouvoir la solliciter et mettre à sa disposition des choses dont elle pourra se servir.

L'alliance thérapeutique se construit peu à peu grâce à la réassurance apportée par le cadre.

A aucun moment le traitement ne sera arrêté comme auparavant. Angelina commence même à pouvoir nommer ses difficultés, notamment sa tendance à l'inertie.

Angelina s'adapte par la suite assez rapidement à l'appartement : elle sort de son repli et de son mutisme, investit vite les lieux et trouve une place centrale au sein de l'appartement. Par exemple, elle prend la parole au début de chaque réunion.

Elle accepte finalement l'autre, la cohabitation ne pose pas de difficulté.

Elle commence assez vite à faire des démarches à l'extérieur comme prendre des cours de guitare, aller à la bibliothèque, faire du dessin et rechercher du travail.

Angéline est détendue, souriante.

La gestion des tâches quotidiennes (à un moment elle s'est retrouvée seule et l'appartement était très propre) n'a pas posé de problèmes.

Sa mère lui rend quelques visites. Les relations avec elle sont meilleures.

Elle va de façon concomitante au CATTP et au CMP. Cette prise en charge se termine en mars 2004, date du début de son CES, via l'association Réagis, dans les espaces verts. Angéline, même si les débuts sont difficiles avec beaucoup d'absences, s'organise et prend le train.

Elle a désormais un ami, lui-même patient, rencontré à l'appartement protégé.

Elle prend des vacances avec son ami et le suit dans ses sorties tout en maintenant son indépendance.

A sa sortie en mars 2005, correspondant à l'arrêt de son CES, Angéline vit seule dans un logement à Nantes.

Elle continue avec assiduité son suivi psychiatrique et infirmier au CMP. Malgré la distance géographique entre son logement et le CMP-CATTP, Angéline est toujours venue en train et n'a jamais raté de rendez-vous.

Angéline s'adapte maintenant mieux aux changements sans trop d'angoisse. Par exemple, son psychiatre habituel est parti et a été remplacé en 2004, cela ne l'a pas déstabilisée. Son suivi a été relayé sur Nantes récemment sans crainte.

Son traitement médicamenteux a diminué ainsi que la fréquence de son suivi. Elle n'a pas été réhospitalisée.

Elle gère dorénavant mieux le quotidien. Elle se projette dans une nouvelle organisation de vie : au départ quelques temps avant son installation seule en appartement elle demandait à réserver sa place à l'appartement protégé, ce qu'elle a pu par la suite abandonner. Elle structure bien ses journées en respectant son emploi du temps.

Même si son réseau amical reste peu développé, elle a toujours son ami.

Les relations avec sa mère sont plus sereines.

Elle reste sans emploi pour l'instant depuis la fin de son CES malgré de nombreuses démarches auprès d'associations (UFFORE, Réagis) et de l'ANPE. Elle a par exemple fait un essai en septembre 2004 de travail sur Saint-Herblain et une formation informatique.

Angéline souhaite travailler en milieu ordinaire. Elle met en œuvre avec beaucoup d'énergie une recherche d'emploi.

Elle bénéficie de l'AAH et de l'APL.

Les objectifs initiaux ont donc été atteints. Il y a un contraste important entre la rapidité de son amélioration clinique (en grande partie due à l'instauration du traitement par neuroleptique retard) à l'appartement protégé et la longueur voire la chronicité de ses troubles dissociatifs à l'hôpital. Malgré le pronostic sévère de cette forme de schizophrénie, l'appartement protégé a permis la poursuite du traitement et d'obtenir l'alliance thérapeutique, indispensable à la mise en place d'un projet de réinsertion socioprofessionnelle.

Elle a construit un projet professionnel à l'appartement, qu'elle dit avoir pu tenir grâce à ce séjour. Elle continue à être dans une dynamique d'insertion professionnelle. Elle a révélé de réelles capacités sociales. Elle va à la rencontre de l'autre et a même une relation affective durable.

5- EVALUATION DES CAPACITES POUR AMENER LE PATIENT A UN PROJET DE VIE PLUS REALISTE

L'appartement est un lieu de transition et d'observation.

Le passage à l'appartement protégé permet dans la majorité des cas d'évaluer les réelles capacités d'autonomie de chacun. Un état des lieux peut être fait sur les aptitudes existantes, celles qui peuvent être acquises mais aussi les limites atteintes (11-30-31).

Parfois ce séjour amène le résident à devoir faire l'expérience de ses propres lacunes et limites. Il apprend à intégrer les affects douloureux au travers des situations de soin et ainsi à faire le deuil de ses projets de vie irréalistes. Le projet initial peut être réajusté par la suite.

Voici le parcours d'un résident pour qui le séjour à l'appartement protégé a permis de mettre en place un projet de vie adéquate, c'est-à-dire de renoncer à vivre seul.

CAS CLINIQUE N°6 : PATRICE

Patrice, âgé de 53 ans, est suivi en psychiatrie depuis 1979 pour une schizophrénie paranoïde.

Cette schizophrénie s'est déclenchée en 1979.

Entre 1979 (il était âgé de 26 ans) et 2001, Patrice a été hospitalisé presque une vingtaine de fois. Ses hospitalisations avaient pour origine soit une angoisse importante avec une agitation soit des symptômes dépressifs. Entre les différentes hospitalisations, Patrice n'a pas eu de suivi spécifique en psychiatrie, il était suivi par son médecin généraliste. L'évolution de Patrice est marquée par l'apparition progressive de signes déficitaires importants (anhédonie, ralentissement psychomoteur, anorexie et insomnie) et la disparition d'éléments productifs psychotiques.

Patrice est de nouveau hospitalisé en 2001 et ce pour dix-sept mois. Patrice est très angoissé (il a peur de son frère). Sa vie est ritualisée par des défenses psychotiques s'aménageant sur un mode obsessionnel. Patrice se repli sur lui-même, voit l'autre comme persécuteur, est dans l'opposition et le négativisme et est complètement

désocialisé. Cette grande fragilité psychique amène au constat que Patrice ne peut retourner vivre avec son frère, ce qu'il ne souhaite pas d'ailleurs.

Cependant Patrice a des projets de vie irréalistes comme vivre seul dans une chambre ou être SDF. Il a toujours refusé une prise en charge en HDJ.

Un cadre protecteur et rassurant étant nécessaire, l'équipe a rapidement proposé à Patrice plusieurs projets d'hébergement comme un foyer occupationnel, une famille d'accueil thérapeutique ou une place en appartement protégé.

Après refus, il finit par accepter l'idée. Patrice effectue donc des essais en foyer occupationnel et en appartement protégé en fin d'année 2001. Ces séjours permettent à Patrice de se confronter à sa propre réalité avec ses limites et ses difficultés pour commencer ainsi à faire le deuil de sa vie antérieure et de son projet de vie seule.

Patrice a toujours vécu chez ses parents avec un de ses frères. Ses parents sont partis en maison de retraite en 2000 et Patrice a donc vécu au domicile familial à Pontchâteau avec son frère par la suite.

La fratrie est de trois frères.

Patrice est célibataire, il n'a jamais eu d'expérience affective et n'a pas d'enfants.

La vie familiale est marquée par de nombreux conflits avec violences physiques notamment de la part du frère alcoolique. Sa vie quotidienne au domicile parental était ritualisée (il s'occupait essentiellement des animaux) avec peu de contact avec l'extérieur.

Patrice a fait un apprentissage à 16 ans (dans la boucherie) et n'a jamais eu d'emploi stable (quelques emplois très brefs comme un dans le commerce).

Le système familial s'était organisé de façon pathologique autour de la maladie de Patrice et de l'alcoolisme du frère. Les relations familiales étaient fusionnelles et marquées par de nombreux conflits. Patrice n'a pas pu évoluer et aucun projet d'autonomisation n'a pu être réalisé. Ce fonctionnement a été remis en cause par le départ en maison de retraite des parents. Patrice a vécu depuis 2000 dans un climat hostile instauré par son frère.

Patrice intègre La Cadivais en janvier 2002.

Ce projet a pour but d'évaluer les capacités réelles (existantes et celles pouvant être acquises) de gestion de la vie au quotidien (hygiène corporelle, ménage, courses, repas...) de Patrice à distance de sa famille pour essayer de le resocialiser.

Au départ, il n'y a pas de difficultés. Patrice a des relations correctes avec les autres résidents.

Il gère convenablement sa part de tâches quotidiennes, il se montre relativement autonome et a même quelques initiatives (cela se remarque dans les tâches ménagères notamment).

Il va à l'HDJ où un travail de l'hygiène et de l'élaboration des repas entre autre est fait.

Il a en parallèle un suivi psychologique.

Ses visites à ses parents sont limitées à deux par mois.

Mais rapidement, l'angoisse et l'agitation de Patrice reprennent une place importante et le figent dans ses capacités.

Il fait un voyage pathologique à Paris.

Sa relation aux autres se dégrade (non respect de la distance avec les femmes et violence physique). Il ne trouve pas sa place dans le groupe.

Il a une grande difficulté à gérer le quotidien et à respecter le rythme de la collectivité. Malgré le soutien d'une aide-ménagère, il ne participe plus aux tâches ménagères, ne se lave plus, ne mange plus, inverse son rythme nyctéméral (il ne dort plus) et fait de nombreuses transgressions au cadre (il n'assiste plus aux réunions ni aux rendez-vous). Patrice prétend que certains résidents ne respectent pas le cadre par la consommation de toxiques au sein du logement.

Patrice est donc de nouveau hospitalisé en juillet 2002. Durant cette hospitalisation longue (jusqu'en mars 2004), le projet d'appartement protégé est abandonné et les projets de foyer occupationnel et de famille d'accueil sont de nouveau d'actualité.

Patrice est de nouveau dans l'opposition et le négativisme, reprend son projet de vie inadapté à ses capacités auquel il avait auparavant renoncé, a un discours plaintif, poursuit ses troubles du comportement alimentaire et son délire interprétatif mégalomane resurgit avec des hallucinations auditives à connotation sexuelle.

En mars 2004, Patrice intègre un foyer pour personnes dépendantes vieillissantes à Guenrouët.

Patrice dit être finalement content de vivre dans cette institution et d'avoir pu sortir de l'hôpital où il a passé de nombreuses années.

Il reste angoissé et délirant et son comportement reste difficile à gérer pour le personnel : il met souvent à mal le cadre et conserve ses troubles alimentaires. C'est pourquoi depuis six mois, il est hospitalisé régulièrement de façon programmée pour un séjour de rupture et de réassurance. Cela permet à l'équipe du foyer de ne pas devenir trop persécutrice.

Son traitement et son suivi restent très importants.

Il participe là-bas à des activités (cuisine, jardinage...) qu'il investit peu.
Il sort peu du foyer, sauf pour aller voir ses parents en maison de retraite et son réseau amical est resté inexistant.

En cassant cette organisation familiale particulière, un projet d'autonomisation a pu être mis en place pour Patrice.

Le séjour à l'appartement protégé a permis de sortir Patrice de l'hôpital et de son milieu familial et d'évaluer ses capacités. Ça l'a confronté à ses limites et ses difficultés pour ainsi le remettre dans la réalité et faire le deuil de sa vie antérieure et de ses projets inadaptés. Sa confrontation avec son « échec » à l'appartement lui a fait accepter les projets de foyer occupationnel ou de famille d'accueil sociale : cadre de vie sécurisant.

Le séjour a permis une mise à distance de la famille, limitant ainsi les conséquences sur Patrice de ces relations pathologiques.

6- ACCEPTER SA MALADIE

Les logements associatifs peuvent être un moyen de lutter contre le déni du psychotique face à sa pathologie.

Le déni de la maladie chez le psychotique renvoie au déni de ses désirs de dépendance et aussi au déni de ses compétences (27).

La temporalité est une des notions importantes de ces structures intermédiaires. Le temps de séjour est déterminé au départ. Ce temps est suffisamment long pour que le psychotique puisse éprouver la stabilité, la résistance et la constance du dispositif, du cadre par ses attaques et défenses. Il peut ensuite s'assurer de sa solidité et se fier à lui (29).

Cette permanence et cette solidité du cadre de soignant sont nécessaires pour qu'il y ait une alliance thérapeutique. Le psychotique accepte ainsi plus facilement son statut d'handicapé.

De plus, le psychotique est confronté à l'appartement protégé à la réalité de la vie quotidienne et peut ainsi prendre conscience de ses limites.

Le cas clinique suivant illustre parfaitement ce rôle des logements associatifs.

CAS CLINIQUE N°7 : BENOIT

Benoit, âgé de 24 ans, est suivi en psychiatrie depuis 1999 pour une psychose maniaco-dépressive.

Il est hospitalisé pour la première fois en septembre 1999, à l'âge de 18 ans, pour un épisode maniaque contemporain d'une consommation de toxique. L'hospitalisation est courte devant la régression rapide des symptômes sous neuroleptiques.

Il devient sous traitement rapidement apragmatique, il arrête sa scolarité puis son traitement et son suivi.

Benoit est de nouveau hospitalisé en septembre 2000 pour un état hypomane responsable de troubles du comportement importants (agitation et agressivité verbale) et d'un délire à thématique mystique et mégalomaniacale. Benoit a repris sa consommation de cannabis.

A sa sortie, un suivi psychothérapeutique en HDJ est organisé.

Durant son suivi, Benoit passe tantôt d'un état hypomane à un état dépressif avec une anxiété importante amenant ainsi au diagnostic de psychose maniaco-dépressive. Une adaptation du traitement permet une stabilisation clinique, d'autant que Benoit ne prend plus de toxique.

A noter que dans sa famille, un oncle paternel et son père sont atteints de la même pathologie.

En mars 2002, la prise en charge en HDJ est poursuivie à mi-temps car Benoit commence un CES dans les espaces verts via l'association Réagis.

Mais suite à un arrêt de traitement et une reprise de consommation de cannabis, Benoit redécompense sur un mode maniaque deux mois plus tard et est de nouveau hospitalisé. Le traitement thymorégulateur n'amendant pas tout à fait les symptômes, Benoit bénéficie de plusieurs séances de sismothérapie avec résultat.

Durant cette hospitalisation de plusieurs mois, devant la difficulté du retour au domicile parental et la tendance de Benoit à vouloir se ranger du côté de la normalité (désir d'un appartement, d'une voiture...c'est-à-dire d'une vie comme celle de son frère), un projet de soin est proposé à Benoit auquel il adhère tout de suite : poursuite de l'HDJ et entrée en appartement protégé.

Benoit a toujours vécu chez ses parents.

Il a deux frères, dont un est très proche de lui, ne vivant plus au domicile familial. Benoit est en conflit permanent avec ses parents et surtout son père (toujours présent au domicile car en invalidité pour raison de santé).

Il a interrompu ses études et n'a jamais travaillé.

Il a un réseau amical important et a une passion pour le foot.

Benoit rentre au Pré aux Clercs en novembre 2002 après quelques séjours d'essai.

Le projet est d'amener Benoit à accepter sa maladie et ainsi de pouvoir travailler une autonomie par rapport à sa famille mais aussi financière et professionnelle.

Le but est d'utiliser le cadre de l'appartement, dispositif rassurant, pour travailler l'alliance thérapeutique, indispensable au développement d'une autonomie socioprofessionnelle.

Benoit adhère progressivement au suivi.

Le respect du cadre est au début difficile, Benoit sort le soir et le week-end de l'appartement sans prévenir l'équipe soignante.

Il prend bien son traitement en reconnaissant qu'il en a besoin.

Il ne prend plus de toxiques. Il dit avoir pris conscience des effets négatifs sur lui lors de consommations.

La prise en charge se poursuit à mi-temps et Benoit reprend son CES à Réagis. Il continue ses entretiens avec le psychologue.

Il obtient par la suite l'AAH et est placé sous sauvegarde de justice.

Il gère de façon convenable l'entretien de l'appartement.

Benoit a pris de la distance avec ses parents et son frère qu'il ne voit plus que les week-ends avec un apaisement des relations. Il dit pouvoir désormais plus s'affirmer. Il parle moins de son frère.

Il a rencontré une amie à l'appartement.

Il passe son permis de conduire et achète la voiture de son frère.

Ses relations avec les autres restent cependant difficiles car Benoit a du mal à supporter les problèmes des autres résidents. Il dit ne pas les apprécier et les trouve bizarres et très malades.

Il dit souffrir de la cohabitation et du manque de liberté imposé par le cadre (il ne supporte pas le règlement), il demande donc régulièrement à partir de l'appartement protégé. L'équipe soignante a donc façonné un compromis avec lui : combinaison d'un mi-temps à l'appartement protégé et d'un mi-temps à

l'appartement de son frère. Il est sensible aux objections des soignants et a aussi très peur de redécompenser et de perdre ce qu'il a commencé à acquérir.

Benoit quitte finalement l'appartement protégé en novembre 2003.

Il poursuit son suivi et son traitement. Ces derniers sont moins importants : arrêt de l'HDJ et des entretiens psychologiques. Sa prise en charge a été relayée sur Nantes récemment du fait de son déménagement.

Il est stable au niveau de sa thymie, il n'a pas été hospitalisé depuis son passage à l'appartement protégé. Il ne prend plus de toxique.

Ses angoisses se sont émoussées. Un exemple : il s'est bien adapté à la proposition du relais de sa prise en charge par une autre équipe sur Nantes.

Il vit au départ chez un ami à Saint Sébastien puis dans un appartement prêté sur Campbon avant d'avoir son propre logement d'abord sur Bouguenais puis sur Nantes. Tous ces logements ont été trouvés par lui sur initiatives personnelles.

Il assure seul les tâches quotidiennes d'entretien.

Après la fin de son CES en septembre 2003, il a essayé de trouver un emploi par l'intermédiaire de l'ANPE sans succès. Il a fait une formation menuiserie sur Rezé (niveau CAP) puis a enchaîné sur une autre formation sur Nantes pour préparer l'équivalent du bac, qu'il a obtenu et cherche maintenant un emploi en intérim.

Benoit est autonome financièrement grâce à l'obtention de l'AAH et la mise en place de la sauvegarde de justice lui permettant ainsi de se libérer de l'emprise maternelle.

Il a toujours son amie rencontrée à l'appartement protégé. Il a conservé son réseau d'amis.

Ses relations avec sa famille sont moins conflictuelles.

Le constat est que le cadre posé à l'appartement a permis à Benoit d'accepter sa maladie et de créer une alliance thérapeutique de qualité. Il reconnaît que son passage à l'appartement lui a permis de se stabiliser : il a pris conscience que le respect du cadre, la renonciation à l'alcool et aux toxiques et la continuité du traitement médicamenteux l'aident à ne pas redécompenser. Grâce à cette acceptation, Benoit a pu obtenir l'autonomie qu'il souhaitait : avoir un logement seul, gérer le quotidien et son argent et avoir une voiture.

Il a ainsi pu s'éloigner de sa famille et plus spécialement de son frère sur qui il avait tendance à reporter son besoin d'étayage.

7- AIDER LE PATIENT A SORTIR D'UNE RELATION FUSIONNELLE AVEC UN MEMBRE DE SA FAMILLE

Le passage dans un de ces logements protégés permet souvent une mise à distance avec la famille. Cette distance redéfinie ainsi des relations avec l'entourage moins difficiles et plus sereines.

L'entrée à l'appartement protégé change totalement l'image de soi-même pour le résident. Il renvoie également une toute autre image à son entourage. Il devient une personne avec un logement et des projets. Cette revalorisation induit des liens différents avec la famille, liens qui auparavant étaient souvent conflictuels voire pathologiques.

Le résident expérimente par ce séjour la séparation. Cette rupture dans la relation avec l'entourage est indispensable au changement du psychotique qui n'accepte pas la frustration liée aux expériences de manque. Cette épreuve du manque permet une perte de l'illusion de permanence des liens, notamment ceux familiaux. Cela permet de lutter contre le mode de fonctionnement du psychotique : l'installation dans un vécu intemporel où tout est éternel et symbiotique (29-36).

Pour illustrer cela, je vais retracer l'histoire d'une ancienne résidente.

CAS CLINIQUE N°8 : ISABELLE

Isabelle, âgée de 34 ans, est suivie en psychiatrie depuis 1996 (à l'âge de 23 ans) pour une dysharmonie évolutive de structure psychotique ayant ensuite évoluée vers une schizophrénie.

Elle présente un léger retard mental et un relâchement de ses facultés de concentration et d'attention. Elle demande à interrompre un entretien ou une activité plusieurs fois pour aller aux toilettes.

La dissociation psychique est importante, se traduisant par une pensée excessivement concrète et répétitive et parfois envahie de subjectivité et par un discours diffluent avec de temps en temps des digressions incontrôlables. Elle n'a jamais manifesté d'éléments délirants.

Isabelle a toujours vécue chez ses parents, tous deux alcooliques. Les conflits entre les parents et entre Isabelle et ses parents sont nombreux. La mère d'Isabelle est

très envahissante vis à vis de sa fille, elle cherche à la maintenir constamment auprès d'elle. Elle a tendance à limiter l'autonomie d'Isabelle pour ne pas se séparer d'elle.

Chez ses parents, Isabelle est aboulique, apragmatique et triste. Souvent, elle manifeste des colères impérieuses vis-à-vis de sa mère avec des crises de larmes.

Isabelle n'a jamais été hospitalisée en psychiatrie. Son suivi n'a été qu'ambulatoire (HDJ, CMP et CATTP).

Elle est l'aînée et a un frère.

Isabelle sort peu et n'a pas de vie amicale ni affective. Elle a des difficultés pour communiquer avec l'autre et s'isole.

Isabelle a poursuivi ses études jusqu'en troisième puis a commencé un CAP de collectivité pour pouvoir travailler en maison de retraite, formation qu'elle a interrompue. Elle a effectué quelques stages en maisons de retraite dans le cadre de sa formation et a travaillé en gardant des enfants. Elle n'a jamais eu d'emploi durable et s'est la plupart du temps retrouvée au chômage. Elle vit du RMI (revenu minimum d'insertion).

Isabelle rentre aux Pré aux Clercs après quelques séjours d'essai en mai 1999. Elle va y rester trois ans au total.

Le projet principal travaillé durant ce séjour est une mise à distance progressive avec la famille. Cette entrée fait suite à une demande d'Isabelle. Sa demande s'élabore autour d'une impossibilité de continuer à vivre au domicile parental.

Ses relations avec les autres résidents sont au départ difficiles. Elle exprime le fait de ne pas trouver sa place au sein du groupe, de ne pas s'entendre avec tout le monde et de ne pas supporter pas le bruit des autres. Elle a tendance à s'isoler.

En réalité Isabelle a des symptômes obsessionnels avec des rituels divers, prononcés et très contraignants. Par exemple, elle doit éteindre le chauffage en entrant dans une pièce ou bien elle étend le linge d'une certaine façon.

Elle se montre aussi souvent intrusive envers les autres résidents. Elle rentre fréquemment sans autorisation dans les autres chambres pour s'occuper du linge.

Elle fait beaucoup de bruit (musique trop forte).

Elle vit dans son monde et ignore les autres. Son monde est indépendant de la logique de la réalité et de l'existence de l'autre.

Grâce au cadre reposé régulièrement par l'équipe soignante, elle se montre par la suite moins envahissante dans le groupe et est plus respectueuse de l'autre. Pour le bruit par exemple, l'équipe lui a refusé toute activité de groupe à l'appartement tant

qu'elle continuerait. Isabelle a ensuite demandé aux autres résidents de la reprendre. Elle abandonne certaines positions de toute puissance en acceptant de s'adapter aux autres.

Durant son séjour Isabelle expérimente des situations nouvelles pour elle comme des relations amoureuses et amicales (elle se lie d'amitié avec certains résidents). Elle change petit à petit de présentation : elle se vêtit de façon différente et se maquille.

Elle investit rapidement les lieux (elle a très vite décoré sa chambre par exemple, elle est présente lors d'achats de matériels pour l'appartement, rapporte des légumes de la ferme-école où elle participe régulièrement à des activités...).

Même si les débuts sont difficiles (Isabelle présente une angoisse importante liée à la séparation avec sa mère, elle est triste et pleure souvent en évoquant sa solitude), elle exprime par la suite assez rapidement sa satisfaction d'être à l'appartement en parlant d'un sentiment de liberté retrouvé. Elle est plus détendue. Elle reçoit des visites de ses parents et va à leur domicile. Ces rencontres sont gérées par l'équipe soignante et sont de moins en moins nombreuses avec le temps. Isabelle arrive à se détacher de sa mère.

L'équipe est aussi amenée à intervenir auprès de la mère pour la rassurer et tenter de la recentrer sur des intérêts plus personnels (comme participer à des fêtes locales). Cela a pour but d'éviter que la mère d'Isabelle ne s'enfonce dans une dépression réactionnelle à la séparation.

Sa mère intervient de moins en moins dans la vie de sa fille à l'appartement protégé, continue à gérer son argent mais lui laisse plus de liberté pour des achats de vêtements par exemple.

Isabelle montre vite des capacités d'autonomisation en gérant bien les activités du quotidien : les courses, l'organisation des repas, la gestion du linge et de son argent... Elle a appris toutes ces activités auprès de sa mère et prend du plaisir à les faire.

Des remises en situation professionnelle à l'extérieur de l'appartement protégé au travers de stages avec des associations (Réagis...comme dans les espaces verts, la ferme-école) ont été faites et ont débouché sur le constat d'inaptitude d'Isabelle à travailler en milieu ordinaire devant sa lenteur et son manque d'initiatives. Une orientation en milieu de travail protégé type CAT et une demande d'AAH sont décidées. Cette décision est acceptée très facilement par Isabelle.

Mais Isabelle garde d'importantes difficultés, notamment pour les démarches à l'extérieur de l'appartement. Par exemple Isabelle ne peut aller seule chez le

coiffeur. Le lien avec l'autre reste encore essentiel pour pouvoir affronter le monde extérieur.

A sa sortie de l'appartement protégé, Isabelle regagne finalement le domicile parental et ce jusqu'en janvier 2004, date de son entrée en foyer d'hébergement. Un projet de logement seul n'est pas possible du fait des limites d'autonomie d'Isabelle et de son angoisse de solitude. Isabelle a également fait le constat de son inaptitude à vivre seule.

Isabelle vit depuis le début d'année 2004 dans un foyer d'hébergement proche du CAT de Savenay.

Sa mère a finalement accepté que sa fille parte du domicile parental car l'équipe lui a montré qu'elle avait aussi aidé Isabelle à concrétiser un projet professionnel. Elle est sortie de sa tristesse, de son apragmatisme et de son isolement. Même si un cadre est toujours nécessaire, elle a abandonné sa position de toute puissance et vit au foyer avec d'autres femmes sans heurts.

Sa prise en charge s'en est ressentie. Son suivi psychologique est stoppé, la fréquence de ses entretiens infirmiers au CMP a diminué et la prise en charge par le psychiatre a été relayée par le psychiatre du CAT et est plus espacée.

Elle travaille depuis cette même période au CAT de Savenay. Elle a révélé des capacités professionnelles nettes dans ce milieu adapté.

Elle bénéficie de l'AAH et est sous curatelle.

Elle continue au foyer d'assurer toutes les tâches ménagères convenablement.

Elle voit ses parents tous les quinze jours.

Elle a un ami qu'elle voit régulièrement.

Elle ne conduit pas et ne veut pas passer son permis.

L'objectif de soin initial est donc atteint, Isabelle est sortie de sa relation fusionnelle avec sa mère et a désormais avec elle des rapports de meilleure qualité. Elle a pu prendre conscience de ses capacités de gestion du quotidien et ainsi envisager un logement hors du domicile familial.

CONCLUSION

Ces logements associatifs, faisant partie des lieux de soins et d'accueil psychiatriques alternatifs en milieu ouvert, existent en France véritablement depuis les années soixante.

Ils ont un rôle à la fois thérapeutique et social grâce à leurs fonctions spécifiques. Ce type de prise en charge se révèle non seulement comme une réelle alternative à l'hospitalisation temps plein mais aussi un outil thérapeutique précieux dans le dispositif de soins en santé mentale.

L'esprit novateur de ces structures intermédiaires, en particulier les logements associatifs et thérapeutiques, est d'allier l'hébergement avec le soin. L'hébergement fait partie intégrante des soins. Ce sont des prises en charge dynamisantes et restructurantes car elles se déroulent dans un lieu de rencontre du dedans : la réalité intra psychique et du dehors : la réalité extérieure.

L'accent est mis aujourd'hui sur le besoin d'une nécessaire discontinuité qui suit les mouvements de l'évolution du patient et permet d'éviter de nouvelles dépendances. Ces logements proposent des prises en charge souples, à la carte, qui s'adaptent à chaque patient. Le projet initial peut être réajusté ou réorienté à n'importe quel moment. Ainsi certaines évolutions sont parfois surprenantes. Cette expérience de vie peut de ce fait être bénéfique pour tous. Les « échecs » des tentatives d'inclusion dans le circuit social peuvent être thérapeutiques en étant au moins « matûrants ».

Les prises en charge partielles sont privilégiées pour ne plus satisfaire à la totalité des besoins et laisser place au manque. Le patient est encouragé à être actif, à tester ses capacités, à sortir de sa dépendance et à être sujet de désir. Le psychotique se revalorise et peut sortir de son auto-dépréciation. Il peut ainsi s'investir plus facilement dans une vie sociale, dans une perspective d'un ailleurs.

Les équipes soignantes proposent un cadre thérapeutique original, dont le but est d'apporter une autre dimension dans le soin, à savoir l'autonomisation et la réinsertion sociale.

Il est primordial de lutter contre l'exclusion en maintenant une diversification des liens sociaux. Le principe de ces aires transitionnelles est de tirer parti des ressources offertes par la communauté.

La réadaptation, la réhabilitation et la réinsertion sociale se font grâce à un processus centrifuge (de la dépendance à l'autonomie et de l'intra-muros à l'extra-muros) dans un environnement concret, sécurisant, sur un temps donné et sur un mode contractuel.

Cependant une notion est importante à souligner, l'intégration dans la cité du psychotique a des limites. Elles sont en partie dues au comportement parfois hostile de l'entourage social et aux troubles encore actuellement inaccessibles aux traitements médicamenteux.

Comme le souligne Vidon : on ne saurait minimiser le rôle joué par le déplacement d'un patient du lieu de l'asile à celui d'une structure à taille humaine proche de la communauté : il rend possible une vie sociale plus étendue et plus proche de la nôtre et augmente les chances d'expériences authentiques de re-socialisation.

L'étude de la trajectoire des dix patients ayant séjourné dans les logements associatifs de la commune de Pontchâteau illustre ces conclusions. Cette expérience a apporté à chacun une évolution dans son parcours de vie. A des niveaux différents, que ce soit du domaine clinique ou social, le passage dans ces appartements a représenté une étape importante dans leur prise en charge et leur vie. Le devenir de trois d'entre eux est même étonnant et difficilement imaginable au départ compte tenu de leurs grandes difficultés initiales.

Ces logements ont toutefois leurs limites, lacunes et imperfections.

Cependant il faut rester vigilant. Il y a plusieurs écueils à éviter pour que ces expériences de soin continuent à se distinguer de l'institution hospitalière.

La fonction hébergement ne doit pas primer sur celle thérapeutique. Les déficiences sociales sont parfois tellement importantes qu'elles prennent beaucoup de place.

Ces structures peuvent être source de dépendance avec un risque de néochronicisation et de retour à l'inertie asilaire. La multiplicité des lieux de soin dans un même secteur pose en effet le problème du risque de dérive vers un contenant global. C'est pourquoi pour ne pas recréer un « asile » hors les murs, les dimensions temporelle et contractuelle de ces logements doivent absolument restées au premier plan. Le principe d'un accompagnement du patient dans les actes

de la vie quotidienne discontinu doit aussi ne pas être oublié. Les structures doivent garder une souplesse de fonctionnement.

Malheureusement, le développement de ces structures est soumis à quelques obstacles pour le futur.

La crise économique, le manque d'effectif humain et la démographie médicale en chute sont au devant de la scène et ne permettent pas le développement de nouvelles structures extra-hospitalières.

L'augmentation de la demande de soins est telle qu'il faut aussi rester vigilant à ce qu'il n'y ait pas de « dérive sociale » de la psychiatrie.

Un autre aspect est aussi important à souligner. Le souci d'économie financière est une préoccupation qui reste d'actualité en politique en général et dans le domaine de la santé en particulier. Le prix de revient de ces logements associatifs (coût de l'hébergement et salaires des soignants), selon une étude nationale, est 3 à 4 fois moins important que celui d'une hospitalisation temps plein.

Espérons que ce type de structures, soutenues fortement par les associations d'usagers, les familles et les soignants, continue à se développer. La diversification des pratiques est une richesse de la psychiatrie contemporaine. Il ne faut pas craindre d'innover.

Aujourd'hui le patient porteur d'une schizophrénie est une personne dont l'avenir est totalement différent de ce que nous aurions pu imaginer il y a une vingtaine d'années. De nouvelles armes nous sont offertes, comme les logements associatifs, pour une stratégie thérapeutique globale.

BIBLIOGRAPHIE

1. LANTERI-LAURA G : Histoire de l'institution psychiatrique, Sciences humaines, 2004, numéro 147, 22-25
2. VIDON G, GOUTAL M : L'hébergement thérapeutique : une alternative à l'hospitalisation psychiatrique? , Edition ERES, 1990
3. PASCAL J-C : Qualité des soins, hébergement et architecture en psychiatrie, Le concours médical, 2004, numéro 14, 763
4. DE MUNCK J : Folie et citoyenneté, Sciences humaines, 2004, numéro 147, 38-44
5. PASCAL J-C, SIMONNOT L, FAUCHER L, GARRET-GLOANEC N : Alternatives à l'hospitalisation psychiatrique de l'adulte, Encycl Med Chir Psychiatrie, 37-930-N-10, 2003, 1-10
6. GOUTAL M : Les appartements thérapeutiques : Etat des lieux en France en 1988, Actualités psychiatriques, 1988, numéro 8, 1-11
7. GOUTAL M : Considérations générales sur les appartements thérapeutiques en France et l'association A.P.A.R.T., Actualités psychiatriques, 1988, numéro 8, 12-19
8. THELLIEZ P : Alternatives à l'hospitalisation : trouver le bon équilibre, Le quotidien du médecin, 2005, numéro 7849, 21
9. GUELFY J-D, BOYER P, CONSOLI S, OLIVIER-MARTIN R : Psychiatrie, Edition PUF FONDAMENTAL, 1993, 190-225
10. LEBORGNE C : La ville où le malade mental est accueilli, Le concours médical, 2004, numéro 28, 1673
11. AVET R : Psychose et structure intermédiaire, VST, 1989, numéro 11, 6-7

12. COLDEFY M, BOUSQUET F, ROTBART G : Une typologie des secteurs de psychiatrie générale en 1999. Etudes et résultats numéro 163, Direction régionale des établissements sanitaires et sociaux, Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, 2002, numéro 163
13. PIEL E, ROELANDT J-L : De la psychiatrie vers la santé mentale, Rapport du Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, juillet 2001
14. CLERY-MELIN P : Approfondir les propositions et les hiérarchiser, Le concours médical, 2003, numéro 31-32, 1873
15. SKURNIK N, ALEZRAH C, FRUTOSO M-F : Démographie médicale : une crise sanitaire se profile, Le quotidien du médecin, 2005, numéro 7849, 4
16. OLIE J-P : La psychiatrie en manque de moyens, Le quotidien du médecin. Edition spéciale, 2006, numéro 8057, 1
17. AZOULAY J, CAROLI F, LEGUAY D : La désinstitutionnalisation : signification et devenir des soins, Mosaïque, 1999, numéro 10, 1-4
18. PASCAL J-C : La psychiatrie dans et hors des murs de l'hôpital, Le concours médical, 2005, numéro 6, 363-364
19. POINDRON P-Y : Pour une refonte du système de soins psychiatrique français, Le concours médical, 2003, numéro 31-32, 1871-1873
20. VIDON G : Aspects théoriques et pratiques de l'hébergement thérapeutique, Synapse, 1994, numéro 103, 134-141
21. VIDON G : La réhabilitation psychosociale en psychiatrie, Edition FRISSON/ROCHE, 1995
22. www.sante.gouv.fr : Discours de Mr Douste-Blazy : Psychiatrie et Santé mentale : Projet de plan 2005-2008, 4 février 2005
23. POINDRON P-Y : Le plan du gouvernement. De bonnes intentions...à suivre, Le concours médical, 2005, numéro 6, 362
24. www.lemonde.fr : Psychiatrie : Mr Douste-Blazy promet 1,05 milliard d'euros en 5 ans, 11 février 2005

25. PETTENATI H, TURK J, SERHAN A, BOISSEL C, GARRE J-B : De l'hôpital à la cité : les structures de réinsertion des adultes malades et handicapés mentaux (et l'exemple du Maine et Loire), Revue de neuropsychiatrie de l'ouest, 1997, numéro 123, 2ème trimestre, 3-20
26. LETANG E, BESANCON G : Allers-retours à l'appartement protégé ou les vicissitudes de la vie à l'appartement protégé, Revue de neuropsychiatrie de l'ouest, 1989, numéro 97, 13-18
27. LABRUNE N, CARRIER S, LLORCA P-M, VEDIE M-C : Réflexions à propos des appartements associatifs au Centre Hospitalier Valvert, Revue française de psychiatrie et de psychologie médicale, 1997, numéro 4, 12-15
28. KAPSAMBELIS V, BONNET C : Mesures sociales et réhabilitation dans le traitement des patients psychotiques, Encycl Med Chir Psychiatrie, 37-295-E-10, 2002, 1-11
29. FOUILLET M, KAPSAMBELIS V : Sur quelques conditions de coexistence des termes "hébergement" et "thérapeutique", Information psychiatrique, 1997, volume 73, numéro 6, 517-527
30. DECKER M : Rôle d'un appartement thérapeutique dans la réadaptation de patients psychotiques, Information psychiatrique, 1997, volume 73, numéro 6, 552-562
31. MILLAN M, JACOB E, ETIENNE D : du rôle thérapeutique des appartements relais, Objectif soins, 1996, numéro 46, 13-15
32. www.gerart.com : Hébergement thérapeutique et G.E.R.A.R.T.
33. HAJBI M, VERIEN D : La dimension thérapeutique des lieux d'hébergement pour psychotiques, une idée oubliée de notre pratique. A propos d'une expérience d'appartements associatifs d'une équipe de secteur, Perspectives psychiatriques, 2003 volume 42, numéro 1, 68-74
34. BOURGEOIS D, TEPPA J : L'appartement protégé peut-il être un enjeu dans la relation thérapeutique ? , Perspectives psychiatriques, 1992, numéro 32, 102-105

35. CHABANNES J-P, ANTONIOL B, BOTTAI T, GUEDJ M-J, JONAS C, KAPSAMBELIS V, RAYMONDET P, TATU P, TYRODE Y, WALTER M, VACHERON M-N, MOLKO M : Chronicité et stratégies thérapeutiques, *Nervure*, 2000, volume 14, numéro 3, 14-18
36. BARNOUIN G, MAS D, PENTOLINI A, RAYSSAC R, BOUSQUET N : Le fonctionnement lacunaire du dispositif soignant en appartement thérapeutique, *Soins psychiatriques*, 2002, numéro 218, 29-32
37. CATZ M : Accès à un logement personnel : rôle thérapeutique pour les psychotiques? , *Information psychiatrique*, 2002, volume 78, numéro 4, 386-396
38. GOUTAL M : Le processus d'admission en appartement thérapeutique, *Actualités psychiatriques*, 1988, numéro 8, 21-26
39. GOUTAL M : Le suivi thérapeutique pendant le séjour en appartement thérapeutique, *Actualités psychiatriques*, 1988, numéro 8, 28-36
40. DERMENGHEM J-F, GARINO J-P, POISSENOT A, JOLIVET B, PLAZE D: L'accompagnement, *Revue pratique de psychologie de la vie sociale et d'hygiène mentale*, 1996, numéro spécial 4, 1-10
41. LAVIELLE H : Entre toit et moi, *Santé mentale*, 2000, numéro 47, 16-19
42. SINGER L, KAPPER T-H : La réhabilitation dans la cité et en milieu professionnel des schizophrènes. Importance et avenir, *Revue de neuropsychiatrie de l'ouest*, 1997, numéro 123, 2ème trimestre, 93-96

ANNEXES

Annexe 1 : La carte des quatre secteurs du territoire Nord Loire

Annexe 2 : Le contrat de soin

Annexe 3 : Le contrat de sous-location

Annexe 4 : La carte de l'évolution de la population du territoire Nord Loire

Annexe 5 : Le questionnaire

NOM : GICQUAUD

PRENOM : CLAIRE

Titre de Thèse : **LES APPARTEMENTS ASSOCIATIFS : UN OUTIL THERAPEUTIQUE ET SOCIAL. L'EXEMPLE DES LOGEMENTS PROTEGES DU SERVICE PUBLIC DE PSYCHIATRIE ADULTE DE PONTCHATEAU-SAVENAY**

RESUME

Au cours de mon résidanat, j'ai découvert l'existence des appartements protégés de la commune de Pontchâteau. Ce sujet m'était totalement inconnu et a suscité ma curiosité.

Le but de ce travail est d'expliquer le rôle de ces logements dans la prise en charge des patients psychotiques.

Après un rappel historique de la naissance de la sectorisation et des alternatives à l'hospitalisation temps plein en psychiatrie, les différentes structures intermédiaires, notamment les hébergements thérapeutiques et associatifs, et la schizophrénie sont présentées.

La suite de ce travail se porte sur la présentation du CHS de Blain, du secteur de psychiatrie générale adulte de Pontchâteau-Savenay et sur la naissance et le fonctionnement des deux appartements protégés de la commune de Pontchâteau.

Dans la troisième partie, j'explique en quoi ces logements sont thérapeutiques. L'étude de dix patients, ayant séjourné dans ces deux appartements, permet de repérer les fonctions spécifiques de cette expérience d'hébergement et de montrer que les objectifs théoriques collent à la réalité.

MOTS-CLES

Désinstitutionnalisation - sectorisation - alternatives à l'hospitalisation - structures intermédiaires - hébergements thérapeutiques et associatifs - schizophrénie - réadaptation - réhabilitation - réinsertion - insertion - CHS de Blain - secteur de Pontchâteau - Savenay - appartements protégés de Pontchâteau