

UNIVERSITE DE NANTES

FACULTE DE MEDECINE

Année 2007

N°1

THESE

pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

DES DE MEDECINE GENERALE

Par

SOPHIE TAISNE-BRUNDO

Née le 20 avril 1980 à CAMBRAI

Présentée et soutenue publiquement le 16 janvier 2007

**ETUDE DU VECU DES PATIENTS PSYCHOTIQUES VIVANT
DANS
LES MAISONS PROTEGEES DE SAINT GILDAS DES BOIS**

Président: Monsieur le Professeur VANELLE JEAN MARIE

Directeur de thèse: Docteur LE MAUFF PIERRE

LEXIQUE DES ABREVIATIONS

- AAH : Allocation Adulte Handicapé
- AMP : Aide Médico-Psychologique
- ASH : Agent Sanitaire Hospitalier
- CAT : Centre d'Aide par le Travail
- CATTP : Centre d'Action Thérapeutique à Temps Partiel
- CHS : Centre Hospitalier Spécialisé
- CMP : Centre Médico-Psychologique
- DVD : Data Vidéo
- HDJ : Hôpital De Jour
- IDE : Infirmières Diplômées d'Etat
- IJ : Indemnités Journalières
- Km : Kilomètres
- m : Mètres
- Me : Mme : Madame
- Mr : Monsieur
- PQVS : Profil de Qualité de Vie Subjective
- SGDB : Saint Gildas Des Bois
- TS : Tentative de suicide
- RDV : Rendez-vous
- WE : Week-end

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	6
PREAMBULE	8
I- HISTORIQUE	8
I-1 L'AVENEMENT DE L'ASILE	8
I-2 LE GRAND RENFERMEMENT	8
I-3 PSYCHOTHERAPIE INSTITUTIONNELLE	9
I-4 LA SECTORISATION	9
I-5 LA MISE EN PLACE PROGRESSIVE D'UN ARSENAL JURIDIQUE ET LE MOUVEMENT DE DESINSTITUTIONNALISATION	10
II- LES MAISONS PROTEGEES	12
II-1 CREATION DE L'ASSOCIATION « AILLEUR »	12
II-2 LES PREMIERS LOGEMENTS MIS EN PLACE ETAIENT DES APPARTEMENTS PROTEGES.	13
II-3 LES MAISONS PROTEGEES OU COMMUNAUTAIRES	13
METHODOLOGIE	18
I- LES ENTRETIENS INDIVIDUELS STRUCTURES	19
I-1 DEFINITIONS	19
I-2 CARACTERISTIQUES	19
I-2-1 Le recueil des données :	19
I-2-2 Le traitement des résultats obtenus	21
II- LE CHOIX DE LA METHODE	22
III- LES OBJECTIFS DE L'ETUDE	23
IV- LE QUESTIONNAIRE	23
V- LES PERSONNES PARTICIPANT A L'ETUDE	27
VI- LE DEROULEMENT DES ENTRETIENS	27
RESULTATS	29
I- INTEGRALITE DES REPONSES OBTENUES CLASSEES PAR QUESTION (CF. ANNEXE 1)	30
II- ANALYSE DES RESULTATS PAR QUESTION (CF. ANNEXE 2)	30
III- REGROUPEMENT DES RESULTATS PAR THEME OU OCCURRENCES (CF. ANNEXE 3)	30
IV- REGROUPEMENT DES THEMES EN DIMENSIONS	30
IV-1 L'OBJECTIF THERAPEUTIQUE	30
IV-1-1 Le projet à l'initiative de l'équipe soignante	30

IV-1-2 Les soins et l'autonomie du patient	30
IV-1-3 Les liens contractuels	30
IV-1-4 Les liens communautaires entre les résidents	30
IV-1-5 Les liens communautaires avec les soignants	30
IV-2 LES SENTIMENTS EPROUVES PAR LES PATIENTS	30
IV-2-1 Les sentiments éprouvés dans la maison	30
IV-2-2 L'intégration	30
IV-2-3 La restauration narcissique	30
IV-2-4 Dynamique de progrès et d'avenir	30
IV-2-5 Doléances et réactions	30
IV-3 L'ASPECT FINANCIER	31
IV-3-1 Les ressources et le financement	31
IV-3-2 Les liens contractuels	31
IV-4 LA VIE QUOTIDIENNE	31
IV-4-1 La communauté et le partage	31
IV-4-2 La vie individuelle	31
V- SYNTHESE DES RESULTATS SUIVANT LE CLASSEMENT PAR DIMENSION	31
V-1 L'OBJECTIF THERAPEUTIQUE	31
V-1-1 Le projet à l'initiative de l'équipe soignante	31
V-1-2 Les soins et l'autonomie du patient	32
V-1-3 Les liens contractuels	33
V-1-4 Les liens communautaires entre les résidents	33
V-1-5 Les liens communautaires avec les soignants	34
V-2 LES SENTIMENTS EPROUVES PAR LES PATIENTS	35
V-2-1 Les sentiments éprouvés dans la maison	35
V-2-3 La restauration narcissique	36
V-2-4 Dynamique de progrès et d'avenir	37
V-2-5 Doléances et réactions	37
V-3 L'ASPECT FINANCIER	38
V-3-1 Les ressources et le financement	38
V-3-2 Les liens contractuels	38
V-4 LA VIE QUOTIDIENNE	39
V-4-1 La communauté et le partage	39
V-4-2 La vie individuelle	40
<u>DISCUSSION</u>	<u>41</u>
I- DISCUSSION AUTOUR DE LA METHODE	43
I-1 RAPPELS SUR LA METHODE UTILISEE POUR L'ETUDE	43
I-2 INTERETS ET LIMITES DE CETTE METHODE	43
I-2-1 Les atouts :	43
I-2-2 Les inconvénients :	44
I-3 COMPARAISON A UNE AUTRE METHODE D'ENQUETE QUALITATIVE : LE FOCUS GROUP.	45
I-3-1 Définition : le FOCUS GROUP	45
I-3-2 Comparaison des deux méthodes d'entretien [1,2,4,5]	46
I-4 ANALYSE THEMATIQUE DES RESULTATS	47
II- DISCUSSION AUTOUR DES RESULTATS	48
II-1 L'ACTION THERAPEUTIQUE DE L'HEBERGEMENT DANS LES MAISONS COMMUNAUTAIRES	48

II-1-1 Le projet à l'initiative de l'équipe soignante	49
II-1-2 Soins et autonomie du patient	50
II-1-3 Les liens contractuels :	50
II-1-4 Les liens communautaires	52
II-2 SENTIMENTS EPROUVES PAR LES PATIENTS	55
II-2-1 Les sentiments éprouvés	55
II-2-2 Le sentiment d'intégration	56
II-2-3 La restauration narcissique	57
II-2-4 Dynamique de progrès et d'avenir	58
II-2-5 Doléances et réactions	58
II-3 VIE QUOTIDIENNE	59
II-3-1 La vie en communauté	59
II-3-2 La vie individuelle	60
II-5 COMPARAISON AUX AUTRES ETUDES DU MEME ORDRE	61
II-5-1 Evaluation de la qualité de vie de patients psychotiques chroniques vivant en appartements protégés [20].	61
II-5-2 Les appartements thérapeutiques de Créteil (Thèse réalisée à partir de témoignages de patients [44])	63
<u>CONCLUSION</u>	<u>66</u>
<u>BIBLIOGRAPHIE</u>	<u>69</u>
<u>ANNEXE 1</u>	<u>74</u>
<u>ANNEXE 2</u>	<u>109</u>
<u>ANNEXE 3</u>	<u>124</u>
<u>ANNEXE 4</u>	<u>127</u>

INTRODUCTION

Comment l'idée d'étudier le vécu des patients des maisons protégées a-t-elle pu germer dans mon esprit ?

Interne en médecine générale, j'ai fait le choix de réaliser pour mon troisième semestre un stage en psychiatrie dans un des services du CHS de Blain. Il s'agissait du secteur Pontchâteau/Savenay. Les deux premières semaines de mon arrivée furent consacrées à la découverte du service et de ses activités, que ce soit dans l'intra hospitalier ou dans l'extra.

C'est durant cette période d'intégration au CMP de Saint Gildas des bois, qu'une infirmière du secteur me proposa d'aller visiter les maisons communautaires, afin de me faire découvrir son activité quotidienne. Il s'agissait de deux logements ouverts depuis peu et qui présentaient des différences importantes avec les premiers appartements protégés du service. Lorsque j'entrai dans les lieux, je découvris petit à petit deux demeures proches du CMP, habitées par des personnes souffrant apparemment d'une maladie mentale, et qui bénéficiaient d'un étayage très important avec notamment la présence quotidienne à domicile d'Aides médico-psychologiques. Curieuse de nature, j'en ai profité pour poser un grand nombre de questions sur le fonctionnement de la structure, les patients, les objectifs de ces maisons. Les réponses obtenues ont ensuite été complétées par des recherches personnelles sur les logements protégés. Un élément qui m'a paru alors intéressant pour ma compréhension de ces logements fut la définition de REVERZY [25] d'une structure intermédiaire comme étant : « 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. »

Un grand nombre d'articles et de livres abordaient ce sujet des logements protégés depuis la vague de désinstitutionalisation. Cependant une grande majorité abordaient les appartements, et non les maisons qui apportent un soutien plus important. De plus il s'agissait le plus souvent de descriptions des professionnels sur la mise en place de ces logements, d'explications concernant les bases psychopathologiques à l'origine d'une telle organisation ou de calculs de pourcentage de réussite en cas de non-réhospitalisation, mais quasiment jamais de l'opinion des patients eux-mêmes. Ainsi, de part la nouveauté de cette structure

intermédiaire et l'absence d'enquête sur le vécu des patients y habitant, j'étais décidée à réaliser cette étude.

PREAMBULE

I- HISTORIQUE

I-1 L'AVENEMENT DE L'ASILE

Dès l'origine [7,9], il n'existait pas de structures adaptées aux soins des malades mentaux. D'ailleurs, même si Hippocrate, 400 ans avant J.C, avait évoqué que le cerveau était « le siège de la maladie et du délire », cette connaissance fut tardive. Le moyen âge estimait qu'il s'agissait d'une punition divine. De 1199 à 1317, ce sont les papes INNOCENT III et JEAN XXII qui autorisèrent l'Inquisition, donc la torture et l'assassinat sur le bûcher de nombreuses personnes « possédées par le démon » : c'était « la chasse aux sorcières ».

Ce n'est qu'à la Renaissance qu'un médecin, le Dr WYER (1515-1588), démontra que les prétendues « sorcières » étaient en réalité des malades mentaux. Malgré cela, l'Ancien Régime continua d'emprisonner tous les insensés par des lettres de cachet.

C'est ensuite au 18^{ème} siècle que l'asile prit naissance pour les malades mentaux en abolissant les chaînes des prisonniers. Pinel instaure alors la première réhabilitation du malade mental en ce qu'il entend respecter « les droits sacrés de l'humanité », et Esquirol dresse le principe de la conjonction d'un lieu de vie et d'un lieu de soin par sa célèbre formule : « la maison d'aliénés est le meilleur instrument de guérison entre les mains d'un médecin habile ». Il s'agissait d'une véritable révolution à l'origine du courant de psychothérapie institutionnelle de l'après-guerre, mais aussi de la théorie de l'isolement thérapeutique.

I-2 LE GRAND RENFERMEMENT

C'est la loi du 30 juin 1838 [8,9,10,33] sur les aliénés (loi n° 7443) qui officialisera cette conjonction entre lieu de vie et lieu de soins et cet isolement thérapeutique : chaque département est tenu d'avoir un établissement public, spécialement destiné à recevoir et soigner les aliénés. Il s'agit d'établissements publics ou privés

destinés à accueillir des patients en placement volontaire ou en placement d'office. L'asile offre tout : le gîte, le couvert, mais aussi le soin. Malade au-dedans, on est sensé être guéri au dehors.

Mais, à la fin du 19^{ème} siècle, l'esprit Esquirolien se perd, faisant des asiles des lieux de gardiennage plus que des lieux de vie avec l'internement des vieillards aux cotés des malades mentaux.

I-3 PSYCHOTHERAPIE INSTITUTIONNELLE

Ce n'est qu'à la fin de la seconde guerre mondiale [8,9] que les conditions dramatiques des aliénés avec les carences alimentaires, les épidémies, le surencombrement des asiles, firent réagir un petit groupe de psychiatres autour de TOSQUELLES et BONNAFE. Ils considérèrent alors que l'asile ne doit plus être un lieu de réclusion mais un lieu d'échanges et de discussions entre les médecins, les infirmières et les malades. Ceci réintroduit alors les principes d'Esquirol la conjonction entre les lieux de vie et les lieux de soins mais dans un contexte politique et idéologique différent. C'est la psychothérapie institutionnelle. Cependant ce modèle sera également critiqué en raison du nouveau risque d'« asilisation » qu'il risquait d'induire par la confusion du lieu de vie et du lieu de soin.

I-4 LA SECTORISATION

Même si le mouvement de psychothérapie institutionnelle a joué un rôle important dans l'évolution de l'hôpital psychiatrique, certains psychiatres comme Daumezon l'opposent à la sectorisation : «Ce n'est pas la même chose. Je dirai presque que c'est antinomique, parce que la psychothérapie institutionnelle, cela consiste à utiliser au maximum l'institution hospitalière, alors que le secteur cela consiste à être hors de l'hôpital et à n'être pas maître de l'institution. »

La circulaire du 15 mars 1960 [8,9,10,33] concernant l'organisation et l'équipement en santé mentale institua en France la notion de Secteur. Elle permit pour la première fois de dissocier les lieux d'hébergement et les lieux de soins en réduisant la part hospitalière pour développer des structures de soins extrahospitaliers, l'objectif étant la déchronicisation.

La sectorisation psychiatrique consiste essentiellement à diviser le département en un certain nombre de secteurs géographiques, à l'intérieur de chacun desquels la même équipe médico-sociale devra assurer pour tous les malades la continuité des soins en allant du dépistage au traitement sans hospitalisation quand cela est possible, à l'hospitalisation et à la surveillance de post cure. La circulaire définit également des normes nationales en ce qui concerne le nombre de lits d'hospitalisation par secteur et définit les structures extrahospitalières nécessaires à la prévention. Parmi ces structures on retrouve le dispensaire d'hygiène mentale, ancêtre de nos CMP actuels, l'hôpital de jour, le foyer de postcure, et les ateliers protégés.

I-5 LA MISE EN PLACE PROGRESSIVE D'UN ARSENAL JURIDIQUE ET LE MOUVEMENT DE DESINSTITUTIONNALISATION

La circulaire de mars 1960 [8,9,10,33] n'avait pas force de loi et laissait à l'instigation de chacun, médecins et administratifs, la possibilité de créer ou non ces alternatives à l'hospitalisation. Elle fut donc suivie d'un certain nombre de textes qui permirent au fur et à mesure l'organisation de cette sectorisation. On retrouve alors :

- La loi du 31 juillet 1968 qui intègre les hôpitaux psychiatriques dans le système hospitalier général et leur fournit une autonomie économique et juridique.
- Le décret du 11 mars 1970 définit le statut de psychiatre des hôpitaux.
- La circulaire du 18 janvier 1971 relative à la lutte contre les maladies mentales et l'élaboration de la carte sanitaire.
- L'arrêté du 14 mars 1972 définit le « règlement départemental de lutte contre les maladies mentales, l'alcoolisme et les toxicomanies ».
- La circulaire du 14 mars 1972 impose la création de commissions techniques régionales pluridisciplinaire et d'équipes spécialisées dans la cure et la postcure des alcooliques et des toxicomanes. Elle aborde aussi la création des inter secteurs de pédopsychiatrie.
- La circulaire du 12 décembre 1972 définit les conseils de santé mentale de secteur.

- La circulaire du 9 mai 1974 insiste sur l'organisation générale de la sectorisation au niveau du personnel, de l'équipement et du financement.
- La loi du 25 juillet 1985, et celle du 31 décembre 1985 légalisent le secteur en officialisant le rôle des établissements qui sont chargés des missions de prévention, de diagnostic et de soins.
- Le décret du 14 mars 1986, est le décret d'application de la loi précédente et précise les équipements de lutte contre les maladies mentales avec la notion d'hébergement : les unités d'hospitalisation, les appartements thérapeutiques, et les centres de post cure.
- La circulaire du 21 décembre 1987 définit la carte sanitaire en psychiatrie.
- La circulaire du 14 mars 1990 énonce de nouveau les principes de la sectorisation psychiatrique : prévention, programme d'action, échanges entre les différents partenaires médico-sociaux, importance des structures psychiatriques et pose la question de la chronicisation.
- L'arrêté du 11 février 1991 relatif à l'élaboration de la carte sanitaire propose une réduction du nombre de lits, au nombre « suffisant et nécessaire pour 1000 habitants » avec la notion d'indice global représentant toutes les places dans toutes les structures de soins de chaque secteur, et l'indice partiel qui représente uniquement les places d'hospitalisation complète.
- La circulaire du 14 mars 1993 relative à l'organisation du schéma régional de la psychiatrie par les préfets des régions.

Ce mouvement de désinstitutionnalisation [10,33,40] a été privilégié par le développement de la politique de secteur évoquée ci dessus et a ainsi favorisé le développement de structures intermédiaires. Le patient peut donc trouver à proximité de son domicile une structure qui lui convient et la possibilité de continuer ses soins.

II- LES MAISONS PROTEGEES

II-1 CREATION DE L'ASSOCIATION « AILLEUR »

« AILLEUR » est une association à but non lucratif, régie par la loi du 1^{er} juillet 1901 qui prend aussi le nom d' « Association pour la création et le développement de structures intermédiaires de soins psychiatriques ». Elle adhère à la fédération des Sociétés Croix Marine. Créée en 1985, au CHS de Blain par des membres du personnel de l'hôpital, elle a pour but de promouvoir, d'organiser et de gérer des actions thérapeutiques hospitalières et extrahospitalières visant la réadaptation et la réinsertion des patients traités dans les différents secteurs du CHS. Il s'agissait alors de rechercher de nouvelles solutions pour des patients restant en hospitalisation faute de structure adaptée à leur situation, en dehors de l'institution. Le but était de créer des structures intermédiaires, des alternatives à l'hospitalisation psychiatrique.

Les membres de l'association peuvent être des membres fondateurs ; des membres actifs, personnes volontaires portant un intérêt aux questions de la santé mentale dans le cadre des activités du CHS; des membres honoraires, personnes portant un intérêt aux buts de l'association et désignées par le président. Ils se réunissent de façon annuelle dans le cadre de l'assemblée générale de l'association organisée par le conseil d'administration, où se traitent les questions du renouvellement des membres, de la situation financière de l'association, des cotisations, des statuts, et des exercices en cours ou en projet.

Les ressources financières de l'association sont constituées par : les cotisations de ses adhérents, les subventions de l'état, département ou région ou même encore les collectivités locales, les dons ou legs, les produits des manifestations qu'elle organise et bien sûr les participations financières du CHS dans le cadre de subventions ou de conventions avec l'association.

Des conventions établies donc entre le CHS de Blain et « AILLEUR » permettent à celle-ci de disposer des locaux et des terrains, des équipements et d'obtenir des subventions, notamment à l'occasion de l'ouverture de chaque nouveau logement protégé, une subvention de fonctionnement annuelle, et le règlement de frais de déplacement aux membres de l'association dans le cadre de leur activité.

II-2 LES PREMIERS LOGEMENTS MIS EN PLACE ETAIENT DES APPARTEMENTS PROTEGES.

Les premiers logements créés par l'association étaient des appartements protégés. Le premier s'est ouvert à Blain, à proximité de l'hôpital en 1986, et le deuxième à Pontchâteau en 1988. Le principe de l'ouverture des appartements dans des lieux différents permettait aux patients d'avoir la possibilité de vivre dans leur secteur géographique d'origine, et donc de garder des liens privilégiés avec leur équipe soignante. Ce fut la première expérience de création d'une structure intermédiaire qui selon REVERZY est définie par « la création d'un espace communautaire à petite échelle insérée au maximum dans la vie sociale et pouvant servir d'intermédiaire dans toutes les situations de rupture avec celle-ci. »

L'équipe soignante, constituée d'infirmières et d'un médecin référent, est présente sous forme de visites à domicile et a pour rôle de garantir le cadre contractuel, d'aider les résidents dans leur travail d'autonomisation, de les accompagner, et de garantir le lien avec les autres intervenants du soin ainsi qu'avec les familles.

II-3 LES MAISONS PROTEGEES OU COMMUNAUTAIRES

II-3-1 PROJET

Après cette première expérience de logements protégés, le projet de la première maison communautaire du secteur a été réalisé en novembre 2003. Il est important de faire la distinction entre ces deux types de logement : la maison étant destinée à des patients présentant les mêmes pathologies que les résidents des appartements, mais avec une dépendance beaucoup plus importante de l'institution hospitalière. Elle était donc destinée à des patients de l'unité de soins au long cours de l'hôpital.

G.VIDON [7] explique qu' «à la dépendance sans fin hospitalière doit succéder une dépendance extrahospitalière construite autour d'institutions souples autorisant un relâchement progressif des liens transférentiels. »

II-3-2 LA MAISON COMMUNAUTAIRE EST UN LOGEMENT ASSOCIATIF AVEC UN BUT THERAPEUTIQUE

➤ LOGEMENT ASSOCIATIF

Il existe une différence entre logement associatif et logement thérapeutique, qui est explicitée dans l'arrêté de novembre 1986 sur les structures intermédiaires, mais dans tous les cas ils ont pour but la réhabilitation de patients désocialisés. Une maison dite communautaire, protégée ou associative est distinguée du modèle thérapeutique par les éléments suivants :

- Le lieu d'hébergement est loué par une association à but non lucratif, et ensuite est sous loué aux patients.
- Les patients payent donc un loyer, ils sont locataires, contrairement au modèle thérapeutique où ils payent le forfait journalier, et donc avec une prise en charge par la Sécurité sociale.
- Elle fonctionne sur le mode à flux fermés : c'est-à-dire que les loyers des patients perçus par l'association servent à financer le loyer de la maison, les charges communes, le mobilier. Aucun bénéfice n'est réalisé.
- Le temps de présence des soignants est discontinu, avec absence le soir et le dimanche, contrairement à la maison thérapeutique où leur présence est continue, même le soir et le week-end.

➤ UN ESPACE THERAPEUTIQUE

Le mot « thérapeutique » utilisé ici, suppose l'existence d'un projet de soins. C'est donc dans ce projet que l'hébergement est conçu comme vecteur et moyen d'une démarche thérapeutique. C'est une pièce essentielle du dispositif de soins. Le but n'est pas uniquement le logement de ces patients, mais aussi de favoriser un assouplissement des processus psychotiques dont ils sont prisonniers.

1. AUTONOMISATION

Ce terme d' « autonomisation » [7] nous renvoie au terme de « dépendance » et à celui de la « chronicisation ». Dans la « chronicisation », on entend une aggravation ou la pérennisation des troubles, lorsque l'hospitalisation se prolonge et n'est plus facteur de changement. De plus, cette hospitalisation à long terme est forcément génératrice de régressions. En effet, faire le ménage, faire la cuisine, nettoyer le linge, organiser ses sorties, ses vacances, faire ses courses, s'occuper de son argent, de ses documents administratifs, sont des fonctions qui sont assurées au quotidien par les soignants qui surprotègent les patients, engendrant leur oubli. Ces régressions, associées au repli psychotique sont alors les causes de la grande dépendance des patients à l'institution totalisante, pouvant ainsi mimer la relation existant entre une mère et son jeune enfant.

2. REHABILITATION PSYCHOSOCIALE

D'après G.VIDON [7] « la réhabilitation psychosociale sous-entend le maintien des malades psychiatriques chroniques dans la communauté et vise à construire pour eux des systèmes de soutien en dehors des hôpitaux. Elle se définit comme les actions à développer pour optimiser les capacités persistantes d'un sujet malade et atténuer les difficultés résultant de conduites déficitaires ou anormales ».

Il s'agit alors selon l'équipe du secteur Pontchâteau/Savenay [28] « d'offrir aux patients un cadre de vie soignant, sécurisant, hors des murs de l'hôpital, afin d'y travailler avec eux les pertes de repères liées à leur pathologie et renforcées par une longue hospitalisation : se laver, s'habiller, se nourrir. Il s'agit de les accompagner progressivement dans la satisfaction de leurs besoins. Le cadre de soins doit permettre à travers les gestes de la vie quotidienne le maintien des acquis et une évolution vers une nouvelle autonomie. »

De plus, d'après le modèle de WOOD [7], le champ de la réhabilitation psychosociale s'étendrait aux incapacités et aux désavantages (handicap) et engloberait alors ce qu'on appelle la réadaptation et la réinsertion. La « réinsertion », introduite en 1965 par le dictionnaire Le Petit Robert, définit le fait de « réinsérer, c'est-à-dire de réintroduire quelqu'un dans une société ou dans un groupe. ». La « réadaptation », quant à elle, est un terme encore plus ancien utilisé dans la psychiatrie de l'après guerre et définissant « un processus complexe qui a pour but de rétablir la valeur sociale de l'individu et plus particulièrement sa

capacité de travail au plus haut niveau». Par la suite ce sont les thérapies réadaptatives qui prirent la suite du travail énoncé plus haut.

Il s'agit donc de redonner une place au malade mental dans la société afin que celui ci puisse y vivre et s'y sentir utile. Ceci est travaillé dans les maisons communautaires et leur multiplication associée à un travail avec la famille pourraient encore améliorer les choses.

3. RESOCIALISATION

Ce terme de resocialisation [7] utilisé en psychiatrie depuis la mise en place de la sectorisation, signifie faciliter la rencontre avec l'autre, à la fois dans le groupe de résident lui-même, avec les soignants, mais aussi à l'extérieur en permettant des rencontres dans la cité.

II-3-3 LES LIEUX

Saint Gildas Des Bois est une petite commune d'environ 3000 habitants, située dans le département de la Loire Atlantique, à des distances approximatives de 57 Km au nord-ouest de Nantes et 36 Km au nord est de Saint-Nazaire. Deux maisons y ont été louées par l'association « AILLEUR », le « Pré Neuf » depuis novembre 2003, et le « Pré l'Abbé » depuis mars 2005. Toutes deux sont situées à une distance d'environ 400 m du bourg et donc des commerces les plus proches, mais aussi près du CMP, à des distances respectives de 700 et 370 m dans le but de faciliter les trajets, que ce soit pour les soignants ou pour les patients. Ainsi en cas de problème, les patients peuvent se déplacer à pied jusqu'au CMP.

Outre le problème de la localisation, elles répondent toutes deux à un cahier des charges précis en ce qui concerne l'intérieur. Elles sont en effet destinées à héberger quatre personnes pouvant être de sexe différent: on y retrouve donc nécessairement quatre chambres individuelles, une voire deux salles d'eau, une cuisine et une salle de séjour, suffisamment grande pour pouvoir accueillir les quatre résidents en même temps ainsi que les AMP. Une pièce indépendante pouvant faire œuvre de bureau pour les soignants est également importante, ainsi qu'un jardin pouvant faire l'objet de nombreuses activités.

Chaque maison a cependant ses particularités. En effet le logement du « Pré l'abbé » est une construction neuve, le jardin n'est pas encore réalisé, mais il a été aménagé une sorte de petite terrasse permettant quand même de sortir un peu.

Quant au logement du « Pré Neuf », plus ancien, il dispose d'une véranda donnant accès sur le jardin, bien entretenu, et dispose également d'un petit hangar où les patients peuvent y ranger leurs vélos par exemple.

II-3-4 INDICATION ET NON-INDICATION

Les bénéficiaires [7,26,28] sont des patients adultes stabilisés sur le plan psychologique, hospitalisés ou non, ayant des difficultés de réinsertion sociale, du fait d'une insuffisance d'autonomie à des niveaux élémentaires de la vie quotidienne ou du fait d'une famille rejetante ou pathogène.

Les pathologies présentées par ces patients peuvent être ou non des troubles psychotiques chroniques. Il se trouve malgré tout qu'ici les patients présentent tous des troubles psychotiques. Il s'agit de patients graves, au long passé institutionnel, dont la symptomatologie productive et les troubles du comportement sont très atténués par la chimiothérapie, mais qui gardent des troubles psychiques persistants, ne permettant qu'une adaptation partielle à la réalité.

Cependant les patients atteints d'états psychotiques aigus ou ayant des conduites addictives importantes, les patients atteints de troubles de la personnalité de type paranoïaque, et les patients psychopathes représentent les contre-indications majeures d'une admission dans ce type de logement.

METHODOLOGIE

I- LES ENTRETIENS INDIVIDUELS STRUCTURES

I-1 DEFINITIONS

Les entretiens individuels dits structurés représentent une méthode d'enquête qualitative, où une personne pose des questions à un ou plusieurs utilisateurs afin de rassembler des informations et des connaissances sur un sujet particulier [4]. Chaque sujet est interrogé à l'aide du même protocole et de la même liste de questions établies à l'avance. Seule la forme interactive de l'entretien permet alors de saisir les finesses dans les réponses ou de préciser le sens d'une question. Cette technique fait appel au point de vue de la personne interrogée, à son expérience vécue et permet alors de faire émerger des émotions, des sentiments amenant à l'évaluation de certaines pratiques.

La notion d'enquête n'est pas récente [5] mais s'est véritablement développée à partir des années 1930. Ses différentes techniques, notamment celle de l'entretien, prennent ses origines scientifiques de la sociologie des organisations, avec comme exemple les expériences de la Western Electric commencée en 1924 et la théorie des relations Humaines en 1938 par E. MAYO et M-J DICKSON [5]. Mais elle prend aussi ses origines de la psychologie sociale avec des études menées par des psychothérapeutes, comme C. ROGERS qui dans les années 40 formule l'idée de la non-directivité de l'écoute. C'est ensuite progressivement à partir des années 50, que les différentes méthodes d'entretiens se sont développées.

I-2 CARACTERISTIQUES

I-2-1 Le recueil des données :

- le thème

Le thème et les objectifs de l'étude doivent être ciblés à l'avance par l'enquêteur.

- le questionnaire

S'agissant d'un entretien approfondi individuel structuré, le questionnaire doit répondre à un cahier des charges bien précis. Afin d'obtenir le plus d'informations détaillées possible, celui-ci contient une trentaine de questions ouvertes et fermées, abordant les différents thèmes souhaités, et classées dans un ordre logique. Les questions sont posées à chaque entretien selon le même ordre.

Les personnes participant volontairement, reçoivent une information précise sur l'étude, ses objectifs, ainsi qu'une garantie d'anonymat. Celle-ci permet à l'enquêteur d'établir une relation de confiance avec la personne interrogée, de façon que celle-ci réponde librement aux questions posées.

- les séances :

Leur déroulement doit se faire de la même manière avec tous les participants pour chaque entretien, selon un protocole déterminé à l'avance. Elles ont une durée d'une heure à une heure trente chacune: une durée plus importante exposerait au problème de lassitude des participants. Le lieu est très important: il doit être confortable et, autant que possible, permettre un dialogue franc et discret. Ce dialogue ne devrait pas être interrompu de façon intempestive. Cependant avec l'accord des participants, et pour faciliter la fluidité du discours ainsi que par la suite la transcription des séances, les entretiens sont enregistrés à l'aide d'un dictaphone.

- les participants :

Tous volontaires, ils doivent avoir néanmoins des caractéristiques communes les rattachant au thème traité dans l'étude. Dans cette enquête, il s'agit de patients, au nombre de huit.

- l'enquêteur :

Il s'agit de la personne qui réalise l'étude en cours: elle est non seulement à l'origine de l'établissement du questionnaire, mais réalise aussi les différents entretiens, ainsi que les retranscriptions et les analyses des résultats.

I-2-2 Le traitement des résultats obtenus

- retranscription :

La retranscription [3] des différents entretiens est nécessaire ; elle doit forcément précéder l'analyse des résultats et se révèle assez fastidieuse. Pour cela l'enregistrement au dictaphone des séances est une aide précieuse, à condition que les participants soient d'accord. Elle répond à des caractéristiques précises :

- elle se fait mot à mot
- elle tient compte des comportements non verbaux
- elle évite de recopier les erreurs de langage
- elle se moque de la ponctuation
- elle identifie les narrateurs.

- l'analyse :

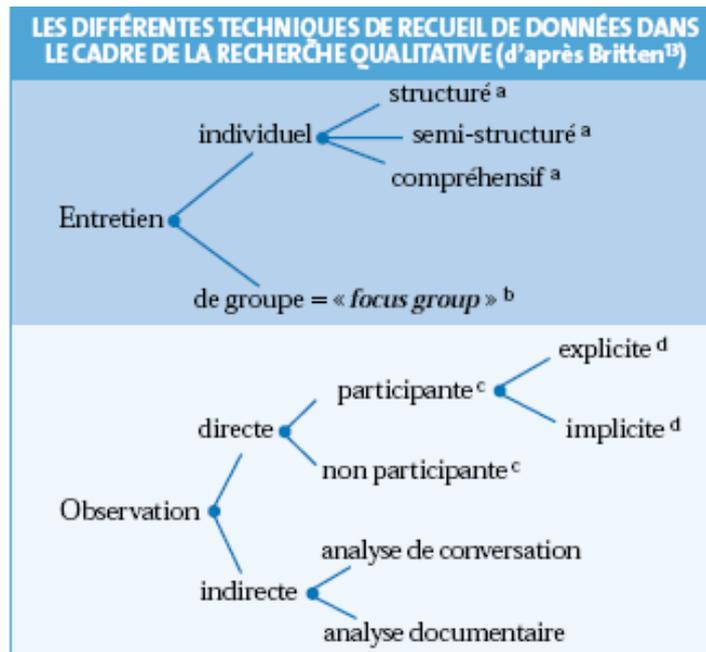
L'analyse des résultats obtenus est systématique, personnelle, et thématique. Elle défait [1] en quelque sorte la singularité du discours et découpe transversalement ce qui, d'un entretien à l'autre, se réfère au même thème. Elle se fait sans a priori et reste focalisée sur les questions clés de l'étude.

L'identification des sous-thèmes ou « occurrence », [4] s'effectue par reformulation après lecture des entretiens. Ensuite un classement des différentes occurrences abordées, en thèmes ou « dimensions » [4], dans le but de réaliser une synthèse, permet de parler d'analyse thématique dite « verticale ». La grille d'analyse doit autant que possible être hiérarchisée en thèmes principaux et thèmes secondaires, de façon à décomposer au maximum l'information de façon à minimiser au maximum les interprétations non contrôlées.

C'est après cette phase que peut commencer le travail d'interprétation des résultats avec reprises des données obtenues et comparaison aux données de la littérature.

II- LE CHOIX DE LA METHODE

Pour connaître l'opinion de huit patients concernant un sujet précis, il fallait une méthode d'étude qualitative. Elles sont nombreuses [2]:



Le choix de la technique s'est porté sur les entretiens individuels structurés pour les raisons suivantes :

- population de huit patients ;
- patients psychotiques chroniques avec toute la sémiologie clinique telle que la dissociation, le syndrome délirant, les angoisses de morcellement ;
- nécessité d'entretiens structurés en raison de leurs pathologies, générant un véritable cadre à la séance ;
- étude concernant leur vécu dans un lieu, et nécessitant donc l'expression de nombreux détails ;
- besoin d'éviter toute situation pouvant générer de l'angoisse, comme un groupe d'expression par exemple.

De plus les méthodes d'observation directes ou indirectes, par rapport aux entretiens étaient certainement plus difficiles à réaliser en raison du contexte clinique des patients. L'observation d'un tiers, malgré des explications, associée à une durée d'étude plus longue et plus fastidieuse, pouvaient être génératrices d'angoisse ou d'une production délirante.

III- LES OBJECTIFS DE L'ETUDE

Beaucoup d'articles présents dans la littérature sont consacrés aux logements protégés, qu'il s'agisse d'appartements, de maisons ou autres. Quasiment tous proviennent des professionnels, très peu sont le fruit de témoignages des patients concernés. Cette étude a donc pour objectif :

- d'obtenir une participation active de patients souffrants de maladie mentale ;
- de recueillir leurs opinions, et le déroulement de leur vie quotidienne dans ces logements communautaires ;
- d'évaluer la pertinence de ces structures dans le soin au long terme des patients psychotiques ;
- d'effectuer une comparaison des résultats obtenus avec les données de la littérature provenant des professionnels de santé en maladie mentale ;
- d'évaluer le fonctionnement de deux nouveaux logements mis en place récemment dans le service de psychiatrie du CHS de Blain.

IV- LE QUESTIONNAIRE

Il a été réalisé, selon les explications détaillées ci dessus, en fonction des thèmes souhaités et après l'apport d'un regard extérieur, celui de mon directeur de thèse. Les différentes questions produites ont été testées auprès d'une population ayant des problématiques cliniques similaires. Il s'agissait de patients psychotiques chroniques, dont trois vivaient en appartements protégés. Ceci a alors permis d'améliorer le guide d'entretien, en supprimant, affinant, regroupant les questions pour faciliter la compréhension et la fluidité du discours.

Les questions soumises aux patients sont donc les suivantes :

REPRESENTATIONS PERSONNELLES DU PROJET ET MISE EN PLACE DU PROJET.

1° Qui a mis en œuvre ce projet ? Est-ce un choix personnel ? Vous a-t-il été conseillé, imposé ? Comment se sont déroulées les démarches pour la mise en place de ce projet ?

2° Quelle a été votre première impression en arrivant ? Qu'avez-vous ressenti les premiers jours ? Vous êtes-vous senti perturbé, mal à l'aise, et pourquoi ?

3° Au sein du groupe, comment se déroule l'intégration d'un nouveau résident ? Comment réagiriez-vous si un nouveau résident devait venir s'installer ici ? Qu'est-ce que vous en penseriez ?

RELATIONS AVEC L'EQUIPE SOIGNANTE

4° Quelles sont les personnes qui vous accompagnent au quotidien ?

5° En quoi ces personnes vous aident-elles, que vous apportent-elles ? Qu'est-ce qu'elles représentent pour vous ?

6° Comment s'organisent leur temps de présence et d'absence ? Comment vivez-vous leur départ, et que ressentez-vous lorsque vous êtes seuls ? Leur présence est-elle importante ?

7° Comment, à votre avis se déroulerait la vie à la maison si elles n'étaient pas là ? Pourquoi ?

8° Existe-t-il des réunions entre vous et les soignants ? Si oui, qu'y faites-vous ? Cela vous semble-t-il important et pourquoi ?

ORGANISATION DU SOIN

9° Comment se déroule votre suivi médical ? Avec qui, comment vous rendez-vous en consultation, les soignants de la maison ont-ils un rôle ? Avez-vous un médecin traitant, comment l'avez-vous choisi ? Qui allez-vous consulter et comment ?

10° En ce qui concerne les médicaments ? Qui s'en charge ? Comment cela se passe (pharmacie, pilulier, prise personnelle indépendante) ? Que ressentez-vous en allant les chercher à la pharmacie, en les préparant, est-ce difficile ?

11° Avez vous conservé d'autres activités de soins ? Lesquelles (HDJ, Ergothérapie, CAT, CATTP) ? En quoi est-ce important pour vous ?

12° Lorsqu'une réhospitalisation est nécessaire, comment organisez-vous les choses vis-à-vis des autres résidents ? Que ressentez-vous lorsqu'un de vos colocataires est hospitalisé ?

LES OBLIGATIONS, LES CONTRATS.

13° Quel contrat de soin avez-vous passé avec l'équipe soignante ? Que pensez-vous de ce contrat ? Est-ce difficile à réaliser et pourquoi ? Y a-t-il d'autres contrats et si oui, qu'en pensez-vous ?

14° Connaissez-vous le règlement intérieur ? Est-il facile pour vous de l'appliquer ?

15° Quelles sont vos ressources ? Qui paye le loyer, à qui ? Bénéficiez-vous d'une aide pour la gestion de vos biens ? Si oui, que pensez-vous de cette assistance ?

LA VIE COMMUNAUTAIRE

16° Comment vous sentez-vous dans cette maison ?

17° Comment se passe la cohabitation avec les autres résidents ? Quelles sont vos relations avec eux ?

18° Comment se déroule le moment du repas, la proximité des autres ?

19° Pour vous, partager les locaux, la salle à manger, le salon, la télévision, la musique, est-ce possible ? Dans quelles mesures, et sinon quelles sont les difficultés ?

20° Quelles sont les activités, les sorties, que vous faites en groupe avec les autres résidents ? Et/ou avec les soignants ?

21° Comment vous répartissez vous les tâches ménagères, les courses, la cuisine, avec vos colocataires ? Qui met les choses en place et comment ? Comment mettez-vous en place le budget ?

22° La maison comprend aussi les extérieurs, devez-vous également les entretenir ? Si, oui, comment, quelle organisation ? Cela vous plait-il ? Et en quoi ? Le fait de sortir de chez vous est-il difficile et pourquoi ?

23° Quelles sont vos relations avec le voisinage ? Les avez vous déjà rencontrés ? Si ces relations sont mauvaises, que ressentez-vous par rapport à cela ?

UN PETIT COIN D'INTIMITE

24° Disposez-vous d'un espace plus personnel dans cette maison ? Lequel ? Est-ce un bien pour vous ? Si oui, pourquoi ?

25° Comment organisez-vous votre journée dans la maison ? Votre temps libre ? Sortez-vous seul ? Si oui comment ? Vous est-il possible de prendre les transports en commun ? Si non, en quoi est ce difficile ?

26° Comment organisez-vous vos week-ends ?

27° Votre famille ou vos amis peuvent-ils vous rendre visite dans la maison ? Sinon pourquoi à votre avis, et comment faites-vous pour les voir ? Comment le comprenez-vous ?

28° Eprouvez-vous un sentiment de liberté ?

EVOLUTION ET PROSPECTIVE

29° Pensez vous avoir pu progresser depuis votre entrée dans la maison ? Si oui, pourriez vous nous raconter en quoi ?

30° La maison est-elle pour vous une finalité ou un espace de transition ? Quels sont vos projets par la suite, y avez vous déjà réfléchis ?

31° Si l'on parle du fonctionnement de cette maison, qu'en pensez-vous ?

32° Que pourrions-nous faire pour améliorer les choses selon vous ? Quel serait le projet idéal ?

33° Pour certains : Qu'est-ce qui fait que ce projet a échoué ? Pour les autres qu'est-ce fait que ce projet a réussi ?

V- LES PERSONNES PARTICIPANT A L'ETUDE

Concernant l'étude du vécu des patients psychotiques vivant dans les maisons communautaires de Saint Gildas Des Bois, c'est-à-dire le « Pré Neuf » et le « Pré l'abbé », les personnes interrogées étaient donc des patients qui vivaient dans ces maisons ou qui y avaient vécu.

Les participants sont alors au nombre de huit. Parmi eux, il se trouve que:

- deux sur huit sont des femmes, Christine et Joëlle, l'une vivant dans la maison depuis un an, l'autre également mais avec des séjours très réguliers à l'hôpital ;
- deux autres patients sur les huit, Didier et Richard, avaient quitté ce logement et étaient hospitalisés au moment de l'étude ;
- trois patients y vivaient depuis deux ans : Sylvain, Pierre, Jean Luc
- et le dernier, Philippe, y vivait depuis huit mois.

Un neuvième patient, Yannick, a refusé dans un second temps de participer à l'étude. Il n'a pas donné d'explication et n'a pas répondu aux courriers de relances.

Les pathologies présentées par les patients interrogés sont les suivantes :

- une schizophrénie de type hébéphrénique ;
- deux schizophrénies de type dysthymique ;
- quatre schizophrénies de type paranoïde.

La gravité de ces pathologies et leurs évolutions déficitaires, malgré une prise en charge rapide des patients par l'équipe soignante, permettent de justifier la durée d'hospitalisation de chacun, pouvant aller de trois à vingt-cinq ans consécutifs, avant la mise en place des maisons protégées.

VI- LE DEROULEMENT DES ENTRETIENS

D'une durée d'une heure à une heure trente environ, ils se sont déroulés dans des bureaux individuels, clos, en dehors des maisons elles-mêmes et en dehors de la présence de tout personnel soignant. Ayant déjà rencontré les patients par avance, afin de leur expliquer le but de l'étude et également dans le cadre de mon stage

dans le service de psychiatrie du CHS de Blain, j'ai eu l'occasion de prendre rendez-vous avec eux.

Le jour même de l'entretien, après un accueil, un rappel d'information est effectué avant de commencer la séance. Au fur et à mesure des questions, pour favoriser le recueil de données, mes interventions consistent en une répétition des questions, en fonction de la réaction des patients ou bien encore, suite à l'obtention d'une réponse, en une relance. Il s'agit pour cette dernière d'une sorte de paraphrase plus ou moins déductive et plus ou moins fidèle, permettant de relancer le discours de la personne interrogée ou de lui faire préciser certaines réponses[1].

Durant ces séances, deux des huit patients, Jean Luc et Didier, stopperont l'étude avant la fin en raison de la survenue d'angoisses de morcellement pour l'un et d'un délire de persécution pour l'autre, certainement induits par les questions posées.

A la fin de chaque entretien, qu'il s'agisse ou non des patients ayant arrêté précocement l'étude, je les ai remerciés pour leur participation.

RESULTATS

I- INTEGRALITE DES REponses OBTENUES CLASSEES PAR QUESTION (cf. ANNEXE 1)

II- ANALYSE DES RESULTATS PAR QUESTION (cf. ANNEXE 2)

III- REGROUPEMENT DES RESULTATS PAR THEME OU OCCURRENCES (cf. ANNEXE 3)

IV- REGROUPEMENT DES THEMES EN DIMENSIONS

IV-1 L'OBJECTIF THERAPEUTIQUE

IV-1-1 Le projet à l'initiative de l'équipe soignante

IV-1-2 Les soins et l'autonomie du patient

IV-1-3 Les liens contractuels

IV-1-4 Les liens communautaires entre les résidents

IV-1-5 Les liens communautaires avec les soignants

IV-2 LES SENTIMENTS EPROUVES PAR LES PATIENTS

IV-2-1 Les sentiments éprouvés dans la maison

IV-2-2 L'intégration

IV-2-3 La restauration narcissique

IV-2-4 Dynamique de progrès et d'avenir

IV-2-5 Doléances et réactions

IV-3 L'ASPECT FINANCIER

IV-3-1 Les ressources et le financement

IV-3-2 Les liens contractuels

IV-4 LA VIE QUOTIDIENNE

IV-4-1 La communauté et le partage

IV-4-2 La vie individuelle

V- SYNTHÈSE DES RESULTATS SUIVANT LE CLASSEMENT PAR DIMENSION

Il est important de noter que dans les paragraphes ci-dessous, les chiffres notés entre parenthèses correspondent respectivement aux huit patients interrogés. Les chiffres entre crochets se rapportent quant à eux, aux références bibliographiques.

V-1 L'OBJECTIF THERAPEUTIQUE

V-1-1 Le projet à l'initiative de l'équipe soignante

Sept des huit patients ayant participé à l'étude, le huitième n'ayant aucun souvenir de la mise en place de ce projet (1), affirment que l'hébergement dans les maisons protégées du service était en réalité une initiative de l'équipe soignante les ayant pris en charge précédemment en hospitalisation. Plus précisément, concernant cette équipe, il s'agirait pour la majorité d'entre eux (2, 4, 5, 7, 8) de leur psychiatre le Dr Vitre, du personnel infirmier (6) ou encore des deux (3). C'est ensuite secondairement à cette proposition que des démarches (2, 4, 8) ont été réalisées dans le but d'une installation avec : une visite des lieux, une rencontre entre les futurs résidents et les soignants travaillant dans les maisons communautaires et puis enfin un état des lieux (8). Concernant les autres patients, trois n'ont pas pu donner de réponse (1, 6, 7), et deux autres expliquent que toutes les démarches

nécessaires ont été réalisées pour eux, par le personnel médical à l'origine du projet (5) ou encore par les membres de l'association gérant les logements protégés (3).

V-1-2 Les soins et l'autonomie du patient

Inclus dans l'organisation quotidienne, les patients continuent à recevoir des soins. Il s'agit :

- de consultations avec leur psychiatre le Dr Vitre (2, 4, 5, 6, 7, 8), contrairement aux patients 1, et 3 ;
- d'un suivi par un médecin généraliste (1, 2, 4, 6, 8), contrairement aux patients 3, 5, 7 ;
- d'achat, de préparation et de prise des traitements prescrits ;
- de la pratique d'autres activités thérapeutiques hormis pour le patient 7: pratique de la gymnastique (1, 2), natation (1), le dessin (1), la randonnée (5, 8), le CATTP (3, 8), l'Hôpital de jour (8, 6). Elles sont essentielles pour les patients en plus des activités matérielles (3), en raison du temps de rencontre (8), de la diversité (4, 6) ainsi que du repos moral (1, 2, 3) qu'elles occasionnent ;
- et de réhospitalisations nécessaires qui sont souvent souhaitées par les patients eux-mêmes et expliquées pour certains (1, 5) aux autres résidents dans le but d'éviter leur inquiétude. Les résidents 4, 7 ne donnent aucune explication aux autres et les résidents 2, 3, 6 n'ont pas donné de réponse.

L'autonomie des patients dans l'organisation de ces activités de soins est très variable, qu'il s'agisse de prendre les rendez-vous chez le médecin généraliste, de programmer une ambulance pour se rendre en consultation ou encore dans l'achat des médicaments et la préparation des piluliers. Pour prendre un rendez-vous chez le médecin généraliste (4, 6, 8) par exemple ou pour mettre en place un transport en ambulance (2, 4) l'aide des AMP est nécessaire. Pour les médicaments, les patients 4 et 6 distinguent les traitements à visée psychiatrique et somatique : ils ont une autonomie complète pour la prise des traitements somatiques. Par contre, en ce qui concerne les traitements à visée psychiatrique, aussi bien pour l'achat en pharmacie que pour la préparation des piluliers, on retrouve trois phases en fonction du niveau des patients : une phase de prise en charge totale par les AMP et les IDE, un accompagnement et puis une phase d'autonomie complète.

V-1-3 Les liens contractuels

Les liens contractuels existants sont dus à trois contrats principaux qui sont :

- le contrat de soin personnalisé (1, 3, 4, 6, 8 ; 2 sans souvenir ; 5 pas de contrat) : avec par exemple le respect de la prise des médicaments (3, 4), le respect des autres (1, 4), l'hygiène (6, 8) ;
- le contrat de location (4, 7) avec la signature du bail et le montant du loyer mensuel ;
- le règlement intérieur (connu des patients 1, 2, 4, 6, 7, 8 ; inconnu pour le 3, 5).

Par rapport à ces contrats, les réactions sont diverses :

- Concernant le contrat de location, il n'y a aucune réaction de la part des deux patients 4 et 7.
- Concernant le règlement intérieur, un seul des six patients disant le connaître se prononce pour une facilité d'application (6).
- Concernant le contrat de soins personnalisés, un patient ne s'est pas prononcé (2), un autre se dit très mécontent en raison des obligations que cela implique (5), les autres sont quant à eux satisfaits (1, 3, 4, 6, 8) avec un « but leur permettant d'avancer » (1, 2) ou de « rester soi-même » (6, 8).

V-1-4 Les liens communautaires entre les résidents

Ces liens existent en raison de la cohabitation permanente des résidents dans chaque maison, de l'intégration ou non d'autres résidents, et des moments qu'ils partagent nécessairement tels que les repas, les loisirs, et les réunions d'organisation. Pour certains d'entre eux (2, 3), ces liens participent au bon fonctionnement de cette structure.

La plupart des patients diront alors que la cohabitation quotidienne se passe bien (1, 3, 4, 5, 6, 7, 8), de même que les repas (1, 3, 4, 5, 6, 7, 8). Cependant hormis l'un d'eux qui parle de relations amicales (8), les autres pensent qu'il n'existe « aucune affinité » entre eux. Les patients 2 et 4 quant à eux parlent de relations plus difficiles avec parfois nécessité de la présence d'un tiers, représenté par les AMP.

Le peu d'affinité des résidents ressenti pour les autres n'exclut pas tout de même certaines relations entre eux notamment les moments d'échanges (5, 7), et les intérêts collectifs des réunions d'organisation (2, 6) ainsi que la volonté de préserver les autres à l'occasion d'une nouvelle hospitalisation (1, 5).

L'éventualité de l'intégration d'un nouveau résident dans la maison expose à des réactions différentes allant de la joie (8), de la persécution (4), de l'indifférence à une expérience possible (1, 3, 5, 6).

V-1-5 Les liens communautaires avec les soignants

Le personnel soignant prenant en charge les patients dans les maisons communautaires est composé d'AMP (2, 3, 4, 6, 8), d'infirmières (2, 4, 6), d'une psychologue (4), d'une aide ménagère (7, 8) et d'un cadre infirmier (8). Les liens existants entre les patients et l'équipe soignante participeraient au bon fonctionnement de cette structure d'hébergement (2, 3).

Leur présence se fait sous forme d'un roulement et elle est très importante pour la plupart des patients (1, 2, 3, 4, 6, 8) en raison de :

- leur capacité de compréhension (3) ;
- leur rôle d'encadrement (8) ;
- la réalisation des menus et des piluliers (4) ;
- le service des patients (6).

Envisager leur absence de la structure n'a pas d'importance parfois (4), reste une énigme (1, 5, 8) ou n'est pas imaginable en raison de l'anarchie qui en découlerait (2, 7).

Elles apportent pour certains une aide précieuse (1, 2, 3, 6, 8), soit par leur compagnie (2), soit par leur aide au quotidien (1), leurs soins (3) et leur encadrement (8). Les autres patients (4, 5, 7), quant à eux, ne se sentent pas aidés.

Pouvant être qualifiées de médiateurs (7) ou de personnes compréhensives (3), elles représentent aussi :

- l'ordre (7, 8) ;
- des amies (6) ;
- une distraction (4) ;
- des pourvoyeurs de soin (3) ;
- rien (1, 2) ;
- des personnalités différentes, mais pas si différentes que ça(5).

Cette équipe animerait des temps de rencontre avec les résidents, soit sous forme informelle (1, 5), par des temps de partage autour d'activités, de repas, faisant même parfois office de tiers rassurant(4) ; soit sous forme plus formelle (2, 3, 4,

6, 7, 8) autour de réunions d'organisations hebdomadaires à un temps donné ou autour de groupes de discussions avec la psychologue (4, 7).

V-2 LES SENTIMENTS EPROUVES PAR LES PATIENTS

V-2-1 Les sentiments éprouvés dans la maison

Les principaux sentiments éprouvés par les patients dans ces maisons protégées, sont :

- un sentiment de bien-être ;
- un sentiment de mal-être ;
- un sentiment de soutien et de partage ;
- un sentiment d'amitié que ce soit envers les autres résidents ou même envers les personnes de l'équipe soignante ;
- une absence d'affinité entre ces personnes ;
- un sentiment de joie, un sentiment de persécution ;
- un sentiment d'angoisse, de soulagement et de compassion ;
- un sentiment de liberté ou au contraire de non-liberté.

L'intégration d'un lieu nouveau est en général propice aux émotions. C'est alors que les patients en arrivant pour la première fois dans la maison qu'ils allaient habiter ont ressenti soit un sentiment de bien-être total (1, 2, 3, 4, 8), qu'ils expliquent par la gentillesse des gens (2), par un sentiment de soutien (3), de partage avec les autres résidents (4) et d'amélioration rapide de la qualité de vie par rapport à la vie hospitalière (8); soit un sentiment de mal-être (7) se traduisant aux dires même du patient, atteint d'une schizophrénie dysthymique, par une alternance de phases hypomaniaques et dépressives. Certains n'ont rien ressenti de particulier (5, 6).

De même après avoir vécu dans ces lieux, les sentiments divergent entre le bien-être (1, 2, 3, 6, 8) et le mal être (4, 5, 7), ce dernier étant précisé par l'un d'eux comme un sentiment de ne pas être chez soi (4).

Toujours par rapport au lieu un réel sentiment de liberté a pu être exprimé par cinq patients (1, 2, 3, 6, 8) avec la notion fondamentale pour l'un, d'une appartenance au lieu, d'être chez soi. Au contraire, un autre patient a déclaré ne pas être libre dans cette maison justement car il ne se sentait pas chez lui (4).

Les sentiments éprouvés par les patients dans ces structures se retrouvent aussi au niveau des liens communautaires existant entre les résidents et avec les soignants. Par rapport aux autres résidents, certains sont partagés entre des sentiments d'amitié (8) et d'autres ne ressentent aucune affinité particulière avec les résidents de la même maison (1, 3, 4, 5, 6, 7). Il en est d'ailleurs de même avec les soignants. Il existe aussi un sentiment de joie (8) pour l'un d'entre eux à l'idée de l'intégration d'un nouveau résident, au contraire de la persécution(4). Enfin les hospitalisations des patients peuvent faire émerger chez les autres des sentiments d'angoisse (8), de soulagement (2), de compassion (6).

V-2-2 L'intégration

Dans cette étude, on parle d'intégration de différentes manières :

- l'intégration d'un résident au sein d'une maison protégée abritant déjà plusieurs patients ;
- l'intégration individuelle et collective de ces patients au sein du quartier d'habitation à travers les liens de voisinage ;
- Et enfin, de façon plus large, l'intégration d'un patient dans la société.

En ce qui concerne en premier lieu l'intégration d'un nouveau résident parmi les autres, vivant déjà ensemble, les réactions sont très différentes : sentiment de joie (8), de persécution (4), indifférence ou encore, impression d'une expérience possible (1, 3, 5, 6).

Par contre en ce qui concerne le voisinage le plus proche, les résidents n'ont aucun contact avec leurs voisins : certains ne les ont jamais rencontrés (2, 3, 4, 6), et les autres ont déjà eu l'occasion de les voir mais sans avoir de relations avec eux.

Cependant, dans la société, l'un d'entre eux pense vraiment s'être intégré (8), de par ses rapports avec le buraliste, et le prêtre de la paroisse.

V-2-3 La restauration narcissique

Par ce terme, j'entends une amélioration de l'estime de soi. Deux résidents en parlent (2, 8), comme un facteur de réussite du projet des maisons protégées. Pour l'un, elle est la conséquence de la mise en avant de ses talents personnels dans cette

maison, avec l'aide du personnel (8), et pour l'autre elle est la conséquence du sentiment d'être « aimé » notamment de l'équipe soignante.

V-2-4 Dynamique de progrès et d'avenir

Depuis leur arrivée dans ce logement, beaucoup pensent avoir fait des progrès par rapport à leur situation personnelle antérieure (2, 6, 7, 8). Certains ont eu l'impression de s'intégrer dans la société (8), d'autres de mieux se contrôler (1, 2), de respecter les autres (7) ou encore d'avoir travaillé sur l'hygiène corporelle. Un autre patient quant à lui pense que le but de cette structure n'est pas de faire des progrès mais de pouvoir préparer l'avenir, dans le but de retourner vivre avec sa famille.

En parlant de leur avenir, trois d'entre eux voient ce projet comme une transition (3, 6, 7) vers autre chose, avec parfois des idées précises de foyer occupationnel (6), et parfois une absence de projet pour le moment. Deux autres (1, 2) souhaiteraient que ce projet soit une finalité pour eux, et le dernier (8) avait évoqué éventuellement une réinsertion par le travail comme projet futur avant de déclarer qu'il ne savait pas quoi répondre.

V-2-5 Doléances et réactions

Deux patients (3, 6) jugent ce projet parfait, un n'a pas de réaction (8), mais cependant, les autres résidents ne sont pas d'accord et ont tous quelque chose à redire avec des doléances concernant principalement :

- la nécessité de mettre en place un moyen de locomotion personnel (7),
- la possibilité d'envisager un moyen de réinsertion par le travail (7),
- d'améliorer les « pensées dans cette maison » (1),
- et l'aménagement des visites des familles et amis (2), interdit qui suscite parfois de l'incompréhension (3, 6, 7) de la part de certains et de la résignation (2) de la part d'autres.

Suite à cela quatre patients affirment que ce projet est pour eux une véritable réussite (1, 2, 6, 8) pour les raisons suivantes :

- occupations personnelles (dessin : 1 ; jeu :6)
- restauration narcissique (2 : sentiment d'être aimé des autres ; 8 : mise en avant des talents personnels)

Un patient pense, que pour lui rien n'est encore fait (3), et un autre que ce projet fut un échec (7), en raison du manque d'occupation et de sa pathologie.

V-3 L'ASPECT FINANCIER

V-3-1 Les ressources et le financement

Concernant leurs ressources financières, un patient pense ne pas avoir d'argent (1), un n'a pas répondu (5), et les autres touchent soit l'AAH (2, 4, 8), soit une pension d'invalidité (3, 6, 7).

Une gestion de leurs biens leur est proposée soit sous forme de tutelle (2, 4, 5, 8), soit sous forme de curatelle (6, 7). Le patient 1 ne se souvient pas, et le patient 3, quant à lui, est autonome, mais a bénéficié d'une gestion des biens. Leurs réactions par rapport à cette mesure sont diverses avec des sentiments de satisfaction (2, 6, 8) en raison d'un assistanat qu'elle procure, d'autres n'apportent pas de réponse (1, 3), un est mécontent (5), et les autres sont résignés (4, 7).

V-3-2 Les liens contractuels

Au niveau financier les résidents sont liés au contrat locatif, le bail, qui fixe le montant du loyer qu'ils doivent verser et qui se monte à 270 euros (4, 7 : les autres patients ne connaissent pas l'existence de ce contrat.)

V-4 LA VIE QUOTIDIENNE

V-4-1 La communauté et le partage

La vie en communauté fait référence à plusieurs notions essentielles qui sont le respect des autres, le partage et la réalisation communes entre les résidents et soignants.

Le respect des autres passe dans cette structure par l'interdiction des visites habituelles de la famille et des amis d'après deux patients (4, 8 : les autres restent dans l'incompréhension (3, 6, 7) ou dans la résignation (2)).

Quant aux activités, la plupart parlent de sorties déjà réalisées ou de celles qui sont encore en projet (2, 3, 4, 6, 8). Les exemples sont nombreux : piscine (2), cinéma (3), excursion au Mont St Michel, plage, les courses de Noël, admiration des illuminations de Plesse. 1, 5, 7, pensent à l'inverse qu'il n'y a aucune activité organisée.

Pour la notion de partage, on retrouve plusieurs sous-groupes différents :

- Partage des frais pour les courses communes avec la fixation d'un budget précis qui aurait été calculé par les AMP (2, 3, 4, 6, 8 ; sans réponse pour 1, 5, 7).
- Partage équitable des activités de ménage, de cuisine, et de jardinage par la création d'un planning de corvées qui serait pour les patients 3, 4, 6, 8 réalisé par les AMP (pas de réponse : 1, 2, 7). En ce qui concerne le jardinage, le partage est surtout réalisé en fonction des goûts de chacun, mais presque tout le monde y participe (1, 3, 4, 7, 8 ; sauf 2, 6). Ainsi l'un s'occuperait du jardin potager et plus particulièrement des plants de tomates et de pommes de terre (4), un autre participerait à l'arrosage des fleurs (3), un autre encore s'occuperait de la tonte de la pelouse (7), et un dernier de l'entretien général du jardin (8). Ces activités permettraient aux patients de retrouver le plaisir de sortir avec une longue période d'hospitalisation (7, 8), et de pouvoir se concentrer (4). (1, 2, 3 pas de réponse).
- Mais il s'agit aussi du partage des locaux et du matériel mis à la disposition de tout le monde comme par exemple le matériel « HI FI Vidéo ». Parfois ce partage ne peut se réaliser et ceci peut donc engendrer une véritable tyrannie sur les autres patients (2). Mais quand celui ci est possible, il est expliqué (sauf pour le 1) par une négociation, un arrangement entre les deux parties (6, 8) ou même encore par l'usage différent du matériel (3, 4, 7) avec même des utilisations nocturnes ou dans un autre lieu.

V-4-2 La vie individuelle

La vie individuelle d'un résident vivant en maison communautaire est caractérisée par l'investissement d'un espace plus personnel représenté essentiellement par leur propre chambre (1, 2, 3, 4, 6, 7, 8), mais aussi l'investissement plus particulier d'une partie des lieux communs (6). Cet espace permet alors de se sentir « chez soi » (2, 3, 6, 7, 8) avec mise en place d'objets personnels. C'est un lieu privilégié pour penser (1), quand il s'agit pour un autre d'une question de « survie » (4).

Dans l'organisation de la vie de chacun, la semaine entière peut être découpée en deux, avec individualisation du temps des week-ends. De façon quotidienne, chacun s'organise, avec la nécessité de réaliser ses corvées (4, 8), de garder du temps pour le soin (8), de garder une hygiène corporelle en se lavant (1) et se rasant (6), et de se distraire soit à l'intérieur (canevas : 2 ; pèle mêle : 6) soit à l'extérieur (jardin, visites des amis, balades à pied ou à vélo, courses personnelles). Cependant leurs activités personnelles peuvent être limitées par des événements inhérents à leur maladie, telles que l'expression de délires (4) ou l'automutilation (1).

Le week-end, certains patients restent dans la maison et gardent les mêmes activités que précédemment énoncées, mais majorées dans le but de se distraire et accompagnées une liberté d'horaires plus importante (2, 4). Les autres partent dans leur famille toutes les semaines ou alternent les week-ends entre les visites familiales et le repos à la maison. Certains même peuvent retourner à l'hôpital.

D'ailleurs concernant les visites familiales dans la maison, les expériences sont variées : certains ne savent pas comment cela se passe (1), d'autres pensent que leur famille est rentrée sans problème (8), a du attendre dehors (3, 6) ou a eu l'interdiction de venir (2, 4, 7).

En ce qui concerne les transports en commun, un seul patient a tenté de prendre le bus et a perdu son chemin entre les différentes lignes des bus (4). Les autres n'ont pas répondu ou affirment ne l'avoir jamais pris soit par absence de besoin (8) ou d'envie (5).

DISCUSSION

Etudier le vécu de patients psychiatriques pour lesquels une structure intermédiaire avait été proposée dans leur projet de soins, était mon but principal. De plus il était intéressant d'évaluer le fonctionnement des maisons communautaires qui avaient été créés récemment en 2003 et 2005.

Le déroulement de cette étude fait apparaître néanmoins certains biais : au cours du recrutement et lors du déroulement de l'enquête.

➤ *Les biais de recrutement :*

- Deux patients interrogés ne vivaient plus à ce moment là dans la maison : l'un depuis quelques mois seulement et l'autre depuis quasiment un an. Il est alors probable que le temps écoulé depuis leur dernier séjour dans la maison est altéré leurs souvenirs et leurs sentiments.
- Un patient, qui vit dans une des maisons, a refusé secondairement de participer à l'étude. Il n'a pas donné d'explication particulière et n'a pas répondu à mes courriers de relance.

➤ *Biais lors du déroulement de l'enquête :*

- Deux personnes interrogées ont décidé de se retirer de l'entretien avant la fin du questionnaire, ce qui laisse des réponses avec moins de participants que pour les autres items.
- Les patients concernés sont des personnes atteintes de troubles psychiatriques de type psychotique. Certaines réponses obtenues sont donc parasitées par des réponses à coté et des épisodes de discours délirants.
- Face à cela mes interventions durant les entretiens se composaient de beaucoup de répétitions et parfois de relances. Ainsi certaines réponses ont pu être induites.

Il convient donc d'être prudent face à l'interprétation de cette étude, qui est faite sur un échantillon modeste avec les biais évoqués ci-dessus, et de ne pas généraliser hâtivement les résultats trouvés.

La discussion se fera dans un premier temps autour de la méthode utilisée puis ensuite autour des résultats obtenus.

I- DISCUSSION AUTOUR DE LA METHODE

I-1 RAPPELS SUR LA METHODE UTILISEE POUR L'ETUDE

Ce sont des entretiens individuels dits structurés qui ont été utilisés, comme méthode d'enquête qualitative [1,3,5]. A partir d'un questionnaire précis, réalisé par avance en fonction des thèmes souhaités, l'enquêteur interroge les personnes participant à l'étude, de manière individuelle, anonyme, et selon le même protocole. Le questionnaire est avant cela soumis à un regard extérieur, celui de mon directeur de thèse, et à un pré-test sur une population différente de celle de l'étude, mais ayant des dynamiques cliniques similaires. Les séances, enregistrées par un dictaphone, avec l'accord des patients, sont ensuite retranscrites mot à mot.

Cette transcription des séances sera la première étape du traitement des résultats, qui par la suite seront l'objet d'une analyse thématique dite « verticale » [1] correspondant à l'extraction de sous-thèmes ou occurrences des entretiens, puis classement des occurrences en grands thèmes ou dimensions, puis synthèse.

I-2 INTERETS ET LIMITES DE CETTE METHODE

I-2-1 Les atouts :

Les entretiens individuels structurés représentent une méthode d'enquête très utilisée et sont intéressants car :

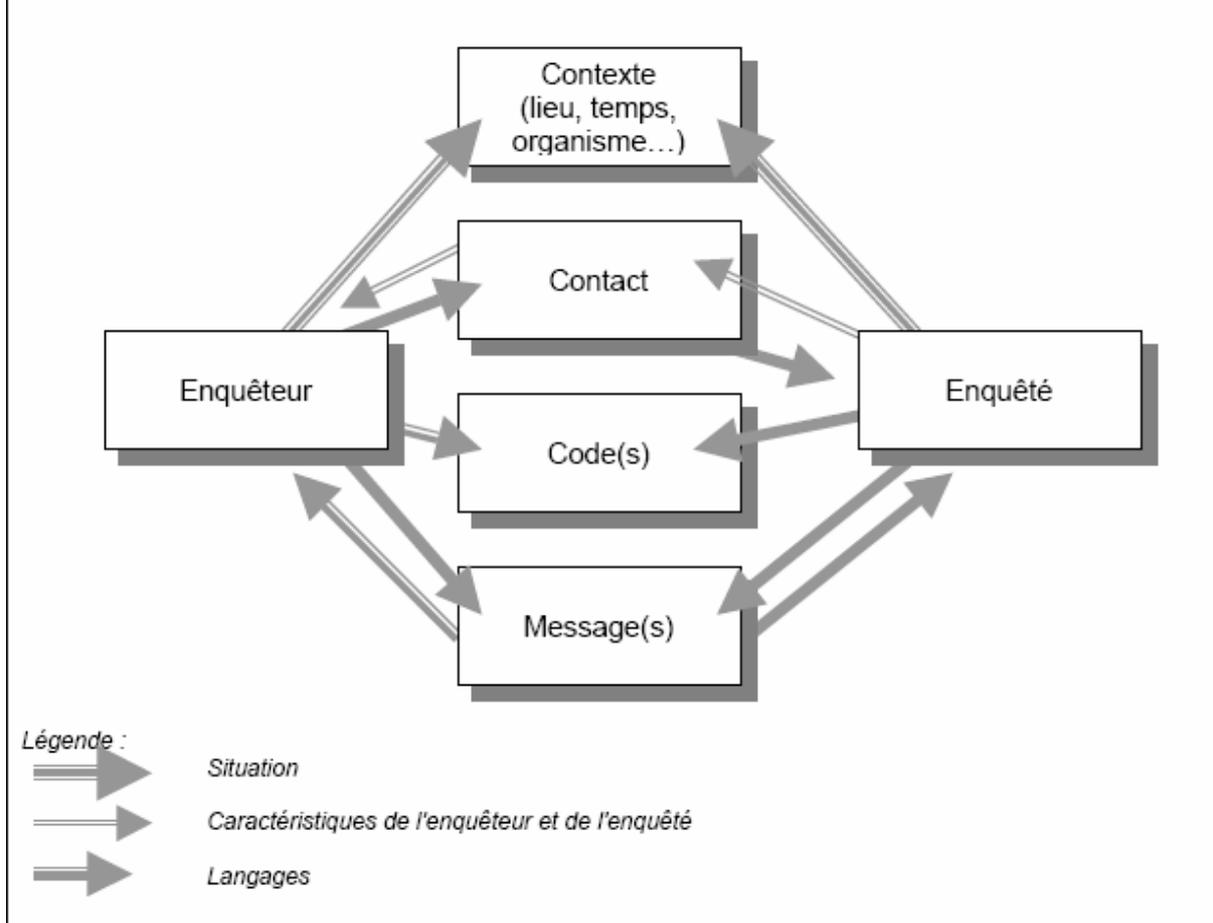
- Ils permettent la récolte rapide d'une masse d'information pertinente et très détaillée [4] ;
- Il s'agit d'une technique assez informelle et peu contraignante pour les personnes participant à l'étude [4] ;
- Avec un climat de confiance, les utilisateurs ne sont soumis à aucune influence dans la qualité de leurs réponses ;
- Les entretiens offrent une diversité de moyens d'analyse des résultats [5] ;
- Ils représentent la mise en œuvre d'une démarche scientifique [5] ;
- Les entretiens structurés représentent un cadre d'entretien permettant d'optimiser le recueil des données chez ces patients.

I-2-2 Les inconvénients :

La méthode des entretiens individuels a montré plusieurs avantages non négligeables, comme cités ci-dessus, mais il est nécessaire de prendre en compte également ses limites. En effet :

- La méthode se base sur une conversation orale, par nature très volatile qui nécessite donc un enregistrement [4] ;
- Les informations récoltées, qui sont nombreuses et très détaillées, amènent un travail lourd de retranscription [4] ;
- Concernant encore les informations recueillies, elles sont rarement exhaustives et sont subjectives, donc sujettes à quelques approximations ou inexactitudes [4] ;
- Les données retranscrites sont parfois mêlées à des propos délirants dus à la pathologie des patients ;
- La réalisation d'entretiens introduit forcément un biais en supposant à l'avance que des individus isolés peuvent exprimer les mêmes opinions [5] ;
- La nécessité de l'intervention de l'enquêteur par des répétitions ou relances peut influencer le discours de l'enquêté ;
- Le discours des personnes participant à l'étude dépend d'une relation « enquêteur/ enquêté » qui est variable selon les personnes en cause. [5] (cf. Schéma1). Ainsi, en fonction de la personnalité de chacun, du contexte et des messages non verbaux adressés réciproquement, le discours de l'utilisateur peut différer.

Schéma 1 : Description d'une situation d'entretien (I)



I-3 COMPARAISON A UNE AUTRE METHODE D'ENQUETE QUALITATIVE : LE FOCUS GROUP.

I-3-1 Définition : le FOCUS GROUP

Le « focus group » ou « Groupe d'expression » [2], est une autre méthode d'enquête qualitative permettant de recueillir des informations sur un sujet précis. Un ou plusieurs enquêteurs, en général un modérateur et un observateur, dirigent un entretien dans un groupe de minimum six personnes. Ainsi durant la séance, une véritable dynamique de groupe s'installe, permettant alors de stimuler la fluidité du discours et l'apparition de certains thèmes.

Cette technique s'apparente à un entretien semi-structuré, composé de quelques questions ouvertes servant de fil conducteur pour la séance. Elle permet alors d'évaluer des besoins, des attentes, des satisfactions ou de mieux comprendre des opinions, des motivations ou des comportements.

I-3-2 Comparaison des deux méthodes d'entretien [1,2,4,5]

	ENTRETIENS INDIVIDUELS	FOCUS GROUP
AVANTAGES	<ul style="list-style-type: none"> ➤ confidentialité du discours ➤ anonymat ➤ moindre influence de l'enquêté ➤ entretiens structurés comme cadre de la séance 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ favorise l'expression et la discussion concernant des opinions différentes ➤ permet de rebondir sur un sujet ➤ représente un gain de temps concernant le recueil des données ➤ moins d'interventions du modérateur
INCONVENIENTS	<ul style="list-style-type: none"> ➤ nombre de séances identiques au nombre d'individus (plus long) ➤ variabilité du discours ou « non dits » dans le cadre de la relation enquêteur/enquêté ➤ interventions plus importantes de l'enquêteur face au modérateur 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ entretiens semi-structurés (pas de cadre) ➤ retranscription fastidieuse en raison de la multiplicité des interlocuteurs ➤ Hiérarchie des opinions dans le groupe avec réticence à exprimer certaines idées

Le tableau ci-dessus reprend les avantages et les inconvénients des entretiens individuels structurés en comparaison avec la méthode du focus group. Toutes deux sont des techniques pouvant être utilisées dans ce type d'étude. Mais la comparaison effectuée indique un nombre identique d'avantages pour les deux méthodes, et il en est de même pour les inconvénients. Alors comment choisir ? Mon choix pour cette enquête s'est basé sur l'hypothèse que les entretiens individuels seraient peut-être moins perturbant psychologiquement pour les patients interrogés aux vues de leur pathologie.

I-4 ANALYSE THEMATIQUE DES RESULTATS

L'enquête par entretiens individuels offre un large choix de méthodes d'analyses [1]. On retrouve alors :

- la méthode d'analyse par entretien,
- celle de l'analyse thématique verticale ou horizontale,
- l'analyse propositionnelle du discours,
- et l'analyse des relations par opposition.

Comparons la méthode d'analyse thématique aux autres.

L'analyse par entretien repose sur l'hypothèse que chaque individualité est porteuse du processus soit psychologique, soit sociologique que l'on veut étudier. Par conséquent elle est plus appropriée lorsqu'on étudie des processus tels que celui d'une pathologie spécifique, par une étude de cas clinique, du mode de réalisation d'une tâche professionnelle ou encore d'une théorie du mode de production de l'existence, par un récit de vie. Sur le plan clinique, cognitif ou biographique, cette méthode permet de repérer le mode d'engendrement des processus [1].

L'analyse thématique, quant à elle, parcourt les différents thèmes des entretiens, de manière transversale, et donc ignore la singularité de chaque entretien. Elle est donc cohérente avec la mise en œuvre de modèles explicatifs, de pratiques ou de représentation. Cette démarche convient donc mieux à l'enquête relatée ici.

Les deux autres méthodes d'analyses sont représentées par l'analyse propositionnelle du discours et l'analyse des relations par opposition. La première méthode repose sur un découpage et un codage systématique du discours : il faut successivement découper le texte en propositions, définir des référents noyaux, écrire pour chaque proposition un modèle argumentatif, et enfin les réunir dans un

tableau à multiples colonnes afin de faire un tri croisé et calculer des fréquences d'occurrence conjointe.

La deuxième méthode, l'analyse des relations par opposition, consiste à analyser les résultats par découpage du discours avec repérage de relations et d'oppositions des propositions découpées.

Ces deux techniques sont très complexes et n'ont pas été appliquées pour l'interprétation de cette étude en raison d'une masse d'information très importante par patient interrogé, et également de discours parasités par des réponses à côté et des associations délirantes. Dans ce contexte l'analyse thématique du discours était plus appropriée.

II- DISCUSSION AUTOUR DES RESULTATS

La discussion reprend les grandes dimensions utilisées précédemment et organisées autour de l'action thérapeutique de l'hébergement dans les maisons communautaires, des sentiments éprouvés, et de la vie quotidienne des habitants.

Pour chacune d'elles, nous développerons certains sous thèmes ou occurrences apparues dans les entretiens en les confrontant aux données de la littérature, puis nous comparerons les résultats avec ceux des autres études du même ordre.

II-1 L'ACTION THERAPEUTIQUE DE L'HEBERGEMENT DANS LES MAISONS COMMUNAUTAIRES

Selon G. VIDON [7], la différence existant entre les logements protégés, avec une action thérapeutique, et les logements sociaux n'est autre que l'introduction d'un cadre institutionnel résistant, qui va jouer auprès des résidents un rôle de « holding », au sens donné par WINNICOTT, en essayant de faire vivre au quotidien une sécurité corporelle et affective qu'était censée apporter la mère. L'équipe soignante a alors le devoir d'analyser et de traiter toutes les projections de ces malades sur le cadre, car elles ont une valeur symptomatique et psychopathologique. Le cadre institutionnel est représenté par [7, 21, 27]:

- le règlement intérieur qui régit la vie dans la maison,
- le contrat de location signé par tous les locataires,

- le contrat de soins qui est personnalisé,
- la limitation dans le temps,
- la permanence des soins avec un suivi psychiatrique obligatoire, et un suivi individuel par l'infirmier référent,
- la présence des soignants dans le logement,
- la conservation d'un lien entre les patients et l'unité de soins pour chronique, et aussi avec la famille et/ou les personnes ressources.

II-1-1 Le projet à l'initiative de l'équipe soignante

Un véritable consensus est ressorti concernant ce thème : le projet de logement communautaire serait une initiative totale de l'équipe soignante, et les démarches nécessaires à l'acquisition de ce logement auraient été réalisées soit par l'équipe, soit par l'association qui le gère. Lorsqu'on considère ce résultat, les utilisateurs paraissent tout à fait passifs, sans envie.

Comparons ceci avec les données plus théoriques de la littérature, car provenant des professionnels [7,12,21,27,30].

Les procédures d'admission varient en fonction des équipes selon les buts poursuivis, la nature et les modes d'organisation des logements, toutefois, un certain nombre de paramètres sont retrouvés. La procédure contient des entretiens préliminaires du patient concerné avec les autres résidents du logement, et aussi avec l'équipe soignante afin de donner toutes les informations utiles sur cette structure, de permettre l'élaboration d'un projet de vie, et surtout, de susciter un désir de s'engager dans une nouvelle vie, et donc d'effectuer une demande. Ceci permet alors au patient de se positionner comme sujet principal, dans le projet thérapeutique. De plus entre l'élaboration du projet et sa mise en place, un délai est toujours nécessaire afin d'introduire à partir de ce désir la notion de manque, le manque étant déjà thérapeutique pour les patients psychotiques.

Ainsi, la seule différence qui émerge en comparant les opinions des patients et des professionnels est principalement constituée par cette notion de susciter le désir afin d'être acteur de son projet. L'explication peut résider dans l'acceptation difficile d'un début d'autonomisation du patient ou encore par le déni, qui est une des caractéristiques cliniques importantes du patient psychotique.

II-1-2 Soins et autonomie du patient

La conservation des soins et des activités thérapeutiques est une caractéristique des logements communautaires. Ils sont multiples et comprennent : un suivi psychiatrique, un suivi individuel par un infirmier référent, un suivi par un médecin généraliste lorsque celui-ci s'impose, la préparation et prise des traitements prescrits, des réhospitalisations parfois nécessaires et la poursuite d'autres activités thérapeutiques telles que l'ergothérapie, l'hôpital de jour, et le CATTP.

Les patients y attachent de l'importance en raison de leur diversité, de la quiétude, et des rencontres qu'ils occasionnent. Leur organisation se fait grâce à une autonomisation progressive avec l'aide des AMP.

La lecture approfondie des projets de création de logement indique également la nécessité de conserver en dehors de l'hôpital ces activités et de responsabiliser les patients notamment par rapport à la prise des médicaments [7,26,27,28].

Cependant aucun document ne décrit ce que pensent les patients par rapport à ces soins. Ils parlent donc ici, de « repos moral, rencontre avec les autres et de diversité ». La quiétude ressentie par les patients pourrait en premier lieu être la conséquence de l'observance des traitements, mais aussi celle du travail réalisé lors de ces activités thérapeutiques : nécessité d'agir, de faire quelque chose, de se concentrer, et d'apprécier ses compétences une fois l'activité réalisée. La notion d'importance de la diversité des soins et de la rencontre avec les autres pourrait évoquer une évolution clinique chez ces patients psychotiques.

II-1-3 Les liens contractuels :

Alors que les patients interrogés nous parlent, avec une fréquence variable, des contrats de location, de soins et du règlement intérieur (certains ayant même une absence de souvenir de ces documents), leurs réactions se portent principalement sur les contrats de soin personnalisés. L'un d'eux ne se prononce pas, mais pour les autres, on observe une véritable dichotomie dans les réponses. Ainsi la plupart expriment une véritable satisfaction concernant ce contrat de soins en raison de l'objectif de vie qu'il leur procure, soit pour leur permettre « d'avancer » dans la vie, soit pour leur permettre de rester « soi-même ». Un autre à l'inverse se trouve très mécontent en raison des obligations quotidiennes qu'il occasionne.

Le contrat est défini dans le dictionnaire comme « une convention juridique par laquelle une ou plusieurs personnes s'engagent envers d'autres à donner, à faire ou ne pas faire quelque chose. » [6,22,32]. Ainsi de par cette définition l'établissement d'un contrat dans ce contexte suppose :

- la reconnaissance du patient comme individu : par la validation de son consentement à la signature du contrat, on lui reconnaît une certaine crédibilité ;
- l'inscription du patient dans le champ social : il s'agit d'un homme parmi les hommes ;
- et également son inscription dans le système juridique, dans la loi, et avec elle dans l'ordre symbolique.

Le contrat apparaît alors comme un stimulateur de la volonté de chacun dans la réalisation de son contenu, permettant d'accéder à une « autonomie de la volonté » (terme emprunté au philosophe Kant) [22]. C'est certainement ce que les patients ont voulu exprimer lorsqu'ils parlaient d'un « but pour avancer » ou de « rester soi-même ». Il permet une triangulation structurante, un engagement personnel, et représente une sorte d'instance paternelle qui permet d'introduire une dynamique dans cette relation de dépendance [30], et introduit aussi la notion de manque et d'interdit [24].

De plus cet aspect matériel et concret du contrat, permet aux patients d'accéder à la réalité, en reproduisant un acte de la vie sociale commune [32].

Un fort mécontentement dû aux obligations générées par la signature d'un contrat, est une autre réaction, mais le patient qui en est l'auteur ne donne pas d'explications supplémentaires.

Est-ce le résultat d'un rapport d'assujettissement qui selon certains existe souvent à la signature d'un contrat ? [32]. Le patient se heurte-t-il au cadre institutionnel [7] ? Le contrat de plus est un outil de soin [32], qui par sa transgression engendre un jeu transférentiel avec les soignants. Est-ce là que sa difficulté se situe ?

II-1-4 Les liens communautaires

JAMES [43] pense les liens communautaires comme étant de deux natures différentes avec : la communauté créée par la cohabitation des patients dans une même demeure, et celle créée par l'accompagnement socio-médico-éducatif des soignants envers les patients.

➤ ENTRE LES RESIDENTS

Les patients interrogés dans cette étude parlent d'une cohabitation permanente avec le partage des repas, des réunions, des loisirs..., qui serait bénéfique pour le fonctionnement de cette structure.

Pour beaucoup, la cohabitation se passe bien, avec des échanges permettant l'émergence d'un intérêt collectif, mais malgré cela, l'un d'entre eux parle de relation amicale alors que la plupart n'éprouvent aucune affinité à l'égard des autres. L'intervention d'un tiers serait même parfois nécessaire pour apaiser des tensions.

La maladie schizophrénique [7] se traduit par un certain degré de dysfonctionnement social, entravant le plus souvent les capacités relationnelles des patients et donc leur vie en société. Ils se trouvent pris en défaut dans le quotidien des relations à leurs semblables, point d'ancrage de leur isolement. Ainsi ce mode d'existence communautaire peut leur permettre de mettre à l'épreuve leurs difficultés relationnelles dans un cadre protégé. Ils peuvent alors tirer bénéfice de cette expérience pour se forger un mode d'existence qui puisse suppléer à leur embarras dans les relations sociales. Au niveau pratique [36], dans ces structures, l'accent est mis sur la relation d'entraide dans la vie quotidienne, l'injonction étant de « faire équipe ».

Ceci explique bien les difficultés qu'éprouvent les patients lors de leur cohabitation avec les autres : malgré certains efforts et certains échanges, ils sont confrontés à leurs propres difficultés, à l'origine parfois de tensions dans le groupe.

De la même façon REVERZY et DAMERON [40] pensent que la « vie communautaire doit être utilisée dans la perspective d'un apprentissage social basé sur les communications réciproques au sein d'un groupe ».

BENNET D. [18] quant à lui, explique le but de la thérapie communautaire : aider le malade à comprendre ses difficultés émotionnelles, et à gagner en perspicacité, spécialement en ce qui concerne l'effet que produit son comportement sur les autres.

Ceci peut aussi expliquer l'absence d'affinité et l'émergence de certains troubles au sein du groupe.

Cependant en comparant les résultats de l'étude, les patients n'éprouvent pas les mêmes sentiments. Par exemple, alors que la majorité exprime une absence d'affinité entre les résidents, l'un d'entre eux parle de relation amicale. De la même façon, en évoquant l'éventualité de l'intégration d'un nouveau résident, ce même patient exprime un sentiment de joie alors que les autres restent réservés ou indifférents.

Cette différence d'opinion entre les résidents est-elle due à une réhabilitation/réadaptation plus rapide de la part de ce patient ou à certains traits psychologiques différents ? Ce qualificatif « amical » concernant leur relation n'est-elle pas excessive ?

➤ ENTRE LES RESIDENTS ET LES SOIGNANTS

Ces liens communautaires sont la conséquence de la tenue régulière des soignants dans le logement. La particularité de ces maisons est justement la présence d'AMP de façon quasi quotidienne, tout au long de la journée, en plus des autres membres du personnel soignant tels que les infirmières, le cadre infirmier, et la psychologue. Les infirmières interviennent le plus souvent sous forme de visites à domicile. Cependant comme elles sont également référentes de certains patients, elles effectuent des entretiens individuels sur rendez-vous. La psychologue, quant à elle, réunit de façon mensuelle, à domicile, les patients dans chaque logement.

Leur présence est pour les patients très importante, soit pour leur capacité de compréhension, leur encadrement, la réalisation des menus et des piluliers, et pour « servir » les patients. Imaginer leur absence de la structure est difficile, parfois inimaginable, sauf pour l'un d'entre eux.

La littérature n'exprime pas les raisons que les patients évoquent pour parler de l'importance de la présence des soignants. Cependant elle aborde la notion de « manque » pour expliquer l'importance de cette présence par l'horreur que peut représenter leur absence.

BARNOUIN G. [12], explique alors que l'absence programmée de tout soignant dans la structure, notamment la nuit et le dimanche, introduit des ruptures, des « manques » dans la relation soigné/soignant. Ces trous vont renvoyer alors les

patients à d'autres manques, réels ou imaginaires qui ont marqué leur propre vie affective. Cela se traduit bien sur par des souffrances et des conflits expliquant que les patients ne peuvent imaginer l'absence des soignants dans la maison et mettant alors le cadre à l'épreuve. La capacité du cadre à gérer ces attaques va permettre au patient de se confronter à ses propres limites et à apprendre à intégrer les affects douloureux liés à l'absence, la séparation. Ceci ne peut fonctionner que s'il existe tout de même une permanence des soins, par exemple par une astreinte téléphonique, auquel les patients pourraient faire appel en cas de besoin. Le « manque » retrouvé dans d'autres caractéristiques organisationnelles impose une mouvance propice aux changements et à l'autonomisation des patients.

Par contre l'un d'entre eux explique son insensibilité à l'absence éventuelle des soignants de la maison. Est-ce une manière de refuser le changement, de refuser le cadre ? Est-ce dû à une des caractéristiques psychopathologiques du psychotique : le déni ?

Deux types de réponses ont été donnés par les patients concernant l'aide apportée par les soignants : on retrouve ceux qui ne se sentent pas aidés, et ceux pour qui l'aide procurée est très précieuse par la compagnie, l'aide au quotidien, le soin et l'encadrement. On retrouve les mêmes éléments si l'on parle de ce qu'elles représentent pour les résidents : une catégorie plutôt positive avec l'ordre, des amies et des pourvoyeurs de soins, et une catégorie plutôt négative (rien, une distraction, et une réponse ambivalente).

Dans la catégorie positive :

- l'ordre, l'encadrement des soignants : fait référence à la nécessité du cadre institutionnel qui apporte alors une aide précieuse aux patients ;
- l'aide au quotidien : fait référence à la fonction éducative qu'exercent les soignants ;
- la relation amicale, peut signifier le désir des patients à s'identifier aux soignants ;
- les pourvoyeurs de soins : renvoient à la notion d'autonomisation dans la prise des traitements, d'écoute, de manque, et de rencontre objectale.

La rencontre objectale est décrite par KAPSEMBELIS ET FOUILLET [23] comme une situation permettant d'introduire chez le patient schizophrène de la conflictualité. Cela consiste pour le patient à constater que le soignant qui est considéré comme « bon » par lui, peut être considéré comme « méchant » par un autre patient, avec lequel il entretenait une bonne relation. La rencontre objectale comporte aussi une exigence du soignant face au patient.

La catégorie négative englobant ce que représentent les soignants pour les patients ; c'est-à-dire rien, une distraction ou autre réponse ambivalente ; représente soit les limites de la relation thérapeutique entre soignants/soignés, soit l'expression de la pathologie du patient psychotique.

II-2 SENTIMENTS EPROUVES PAR LES PATIENTS

II-2-1 Les sentiments éprouvés

La vie quotidienne dans ces lieux est propice à la survenue de nombreuses émotions qui se réfèrent soit au lieu lui-même, soit aux personnes qui y vivent ou qui y interviennent. Des sentiments d'intégration, de restauration narcissique, et de progrès seront développés par la suite. Mais les patients parlent aussi de bien-être, de mal-être et de l'existence ou non de liberté dans ce lieu ; et de soutien, de partage, d'amitié, de joie, de persécution d'angoisse, de soulagement et de compassion lorsqu'il s'agit d'évoquer les autres résidents ou les personnes intervenant régulièrement dans la maison.

Tous ne sont pas abordés dans la littérature mais l'on retrouve quand même certaines références.

➤ Le mal-être de certains

KAPSEMBELIS ET FOUILLET [23] évoquent des manifestations psychopathologiques liées à la sortie de l'hôpital. Il s'agit alors d'un véritable refus d'investissement avec opposition du patient, alors que celui-ci était apparemment motivé pour l'admission dans la maison. Cette symptomatologie qui peut correspondre à un syndrome dépressif est une réaction qui traduit deux mouvements contradictoires : le désarroi devant la perte que représente l'hôpital et la défense contre l'assaut relationnel que subit le patient au moment de son admission dans la maison. Un deuxième phénomène psychopathologique avec idéalisation de l'équipe et surinvestissement peut avoir lieu et traduit une défense contre la dépression, un mouvement mégalomane soutenu par la sortie de l'hôpital et une mobilisation des instances de leur psychisme dans la rencontre avec une équipe active.

Ce sentiment de mal-être est évoqué par deux patients. Alors que l'un ne donne pas d'explication, l'autre évoque durant son séjour une alternance de phases dépressives avec tentative de suicide et de phases hypomaniaques. Ces

manifestations se rapprochent de l'explication psychopathologique des professionnels.

Cependant ces auteurs ajoutent dans leur article que l'absence des manifestations cliniques lors de la sortie de l'hôpital est un facteur de mauvais pronostic pour le projet de désinstitutionalisation. Or, c'est justement pour ces deux patients que le projet s'est arrêté avec un retour à l'hôpital. Quant aux autres, ils ne font étalage d'aucune réaction de ce type à leur admission.

Les explications des professionnels se référant aux processus psychopathologiques peuvent-elles se modifier avec le temps? Ou bien la différence mise en évidence avec cette étude doit-elle être expliquée par les difficultés des patients psychotiques ?

- Le sentiment de persécution pouvant être expliqué par leur pathologie, et le sentiment d'amitié ou d'absence d'affinité étant développé ci-dessus, je n'aborderai pas ces thèmes ici.
- Il en est de même pour les autres sentiments recueillis auprès des patients. En effet, je n'ai pas trouvé de référence bibliographique concernant ces thèmes.

II-2-2 Le sentiment d'intégration

Le terme d'intégration renvoi à trois items différents dans cette étude :

- L'intégration d'un nouveau résident au sein d'une maison protégée pouvant alors générer des réactions positives ou négatives de la part des autres patients.
- L'intégration individuelle et collective au sein du quartier, du voisinage qui paraît être difficile dans le cas présent. Un seul des patients interrogé a pu parler spontanément de son sentiment d'intégration dans le quartier et de sa satisfaction.
- L'intégration dans la société.

Ces items font référence aux notions de « Réinsertion », de « Réadaptation » et de « Resocialisation » qui sont expliquées par G. VIDON [7] comme faisant partie des buts thérapeutiques des maisons protégées. La « Réadaptation », peut être définie comme l'ensemble des soins spécifiques s'adressant à des malades pour lesquels, après une période de soins curatifs, une insertion ou une réinsertion sociale et

professionnelle suffisante apparaît problématique, mais pour lesquels on peut espérer une évolution positive, afin qu'ils participent de façon libre, spontanée et responsable à toutes les formes de la vie sociale. Le but ultime est de rétablir le lien social et l'autonomie du patient afin permettre par la suite un éventuel maintien à domicile.

Si l'on compare nos résultats avec les données psychiatriques théoriques de la littérature, il est aisé de voir que ce n'est pas un processus facile à réaliser. En effet en ce qui concerne déjà l'intégration d'un nouvel individu dans la maison communautaire, même si certaines réactions sont tout à fait positives, il n'en reste pas moins une hostilité de la part de certains. De plus sur les huit patients interrogés, un seul évoque sa satisfaction concernant un réel sentiment d'intégration de part les multiples contacts qu'il a avec les gens.

La notion de temps est essentielle. Le projet [28] de ce logement crée par l'équipe soignante du secteur parle d'un bail de cinq dans cette maison. Ainsi les résidents y vivant au maximum depuis deux ans, il m'est possible de faire l'hypothèse que le processus est amorcé et qu'une période de trois ans permettra aux autres résidents de s'intégrer.

II-2-3 La restauration narcissique

Cette notion est abordée par deux patients comme un facteur de réussite du projet, et résulte de la mise en avant des talents personnels par les soignants ou encore d'un sentiment d'être aimé par ces mêmes personnes.

Très bien expliqué par nos résidents, ce thème est retrouvé chez certains auteurs, et notamment SASSOLAS [23]. Il explique que l'impact thérapeutique de la reconnaissance par les soignants, pas seulement en paroles, mais dans le fonctionnement quotidien, renforce l'estime de soi de ces patients chroniques, qui avaient la particularité d'être comblés par le système hospitalier au niveau de leurs besoins élémentaires, tout en se sentant dévalorisés.

Il est question ici du personnel soignant, mais la reconstitution narcissique peut avoir d'autres origines. La fonction logement de la maison protégée, d'après CATZ [21] assure cette fonction. En effet, en se constituant un « chez soi », le patient se constitue un nid douillet, une coquille, un abri et assure alors la fonction d'un « moi peau ». Cette idée est reprise également par les patients lorsque ceux ci évoquent leur intimité dans la maison communautaire (cf.II-4-2).

Mais un autre professionnel, HABJI [30], ajoute encore une autre origine à cet étayage narcissique. Il s'agit de l'espace transitionnel inspiré de WINICOTT [15], un espace-temps particulier suscitant un processus dynamique d'élaboration et de construction psychique, rendant possible le travail thérapeutique. Ce lieu, par les rencontres et les expériences relationnelles qui s'y opèrent, assure cette fonction de contenant par rapport au traumatisme de la maladie, offrant alors un environnement chaleureux, maternel, servant d'enveloppe fiable et permettant de donner un regain d'énergie.

II-2-4 Dynamique de progrès et d'avenir

Comme ci-dessus, la notion de « transitionnalité » est présente lorsque les résidents parlent de leur avenir, mais ce n'est pas un consensus. Quatre d'entre eux évoquent le sujet : la maison protégée est une transition entre l'hôpital et autre chose. Il s'agit soit d'un projet de Foyer occupationnel, de vie en famille ou d'un travail.

Avec les projets d'avenir sont évoqués les progrès réalisés durant ce temps passé dans la maison avec : intégration, apprentissage d'un respect des autres, meilleur contrôle de soi, et un travail sur l'hygiène.

Ceci renvoie aux buts thérapeutiques de cette structure, avec la Resocialisation, la Réinsertion, et la Réadaptation évoquées ci-dessus, mais également à la réhabilitation psychosociale [7]. Elle se définit comme les actions à développer pour optimiser les capacités persistantes d'un sujet malade et atténuer les difficultés résultant de conduites déficitaires ou anormales. Il s'agit de travailler avec eux les pertes de repères liées à leur pathologie et renforcées, malgré les efforts réalisés par le personnel soignant, par une longue hospitalisation : se laver, s'habiller, se nourrir.

Ainsi chez ces patients le travail est en partie accompli.

II-2-5 Doléances et réactions

Des doléances sont exprimées par cinq patients et concernent des améliorations qui pourraient être apportées dans la maison. Il s'agirait d'une mise à disposition de moyens de locomotion personnels, des visites des familles et des amis. De plus, une éventuelle mise en place de moyens de réinsertion par le travail est évoquée, et pourrait apporter des améliorations au système actuel.

Les moyens de locomotions abordés ici seraient représentés par des mobylettes ou des voitures, les patients disposant déjà de vélos. Cependant, les coûts des véhicules pour des patients disposant de moyens financiers limités, ainsi que le danger d'une conduite de véhicule motorisé chez des patients ayant des traitements neuroleptiques lourds sont certainement les raisons pour lesquelles cette expérience n'est pas tentée.

Les visites des familles et des amis, ne sont quant à elles pas interdites, mais limitées, et à prévoir avec l'équipe, en raison du caractère communautaire de la résidence et d'un respect nécessaire des autres patients.

II-3 VIE QUOTIDIENNE

II-3-1 La vie en communauté

➤ Le respect des autres

Il est représenté pour certain par l'absence de visites des familles dans la maison communautaire.

➤ Le partage

Hormis le partage des frais, des locaux et matériels communs, l'accent est mis sur la relation de collaboration dans la vie ménagère[36]. La vie se déroule sur la base des préoccupations quotidiennes touchant au ménage par l'élaboration d'un planning, de la confection des repas avec des réunions communes et des courses faites chacun son tour, ainsi que l'entretien du jardin. Alors qu'il s'agit pour les patients de tâches permettant de se concentrer, de réapprendre ou de sortir dans le cadre du jardinage, il s'agit pour les professionnels de mesures éducatives ménagères et sociales permettant de parvenir à l'autonomisation [7].

➤ Les activités en commun

Elles consistent à réaliser des sorties de groupe que ce soit pour se rendre au cinéma, à la plage ou faire les magasins, avec tous les résidents et les soignants. Ceci permet ainsi de favoriser la dynamique de groupe [18] qui pourrait faciliter la thérapie communautaire. Il s'agirait alors d'aider le malade à comprendre ses

difficultés émotionnelles et à gagner en perspicacité, notamment en ce qui concerne l'effet que produit son comportement sur les autres. Mais il s'agit également de se distraire.

II-3-2 La vie individuelle

➤ Un espace personnel

Dans une structure communautaire, elle commence avec l'appropriation d'un lieu personnel, un lieu que les malades vont pouvoir investir personnellement: il s'agit d'une chambre seule. Tous les patients parlent de cet espace comme de quelque chose de nécessaire : pour avoir un chez soi ou comme une question de survie.

En effet SASSOLAS [31] explique que les lieux représentent un prolongement narcissique des personnes qui les investissent. L'investissement d'un territoire par un psychotique répond à la loi du tout ou rien : soit les caractéristiques du lieu permettent que le patient l'investisse comme une partie de lui, soit ce n'est pas le cas, et le lieu ne peut être investi. Les lieux investissables par les patients psychotiques sont ceux dont le fonctionnement leur permet de vivre avec l'illusion qu'ils les ont créés et qu'ils font partie d'eux-mêmes. Alors pourra commencer le soin psychique avec la désillusion que ce lieu est distinct du patient lui-même.

Les réponses obtenues des patients interrogés font référence à ce thème abordé par SASSOLAS. La plupart y voient comme un « chez-soi ». Cependant le patient qui évoque plutôt une question de survie, comme réponse à l'importance d'un lieu personnel, n'y fait pas référence. Un sentiment de persécution par les autres résidents en serait l'explication. Ainsi la nécessité pour ce patient d'avoir accès à un espace privé est pour lui une source de réassurance et de protection.

➤ Les activités :

En dehors du soin, des activités thérapeutiques et des obligations de la vie quotidienne, les patients ont également la possibilité de partager des activités en groupe. C'est ainsi qu'ils sont allés à la plage ensemble ou au cinéma. Cependant ils peuvent aussi de façon individuelle rendre visite à leur famille le week-end, et conserver des distractions personnelles.

II-5 COMPARAISON AUX AUTRES ETUDES DU MEME ORDRE

II-5-1 Evaluation de la qualité de vie de patients psychotiques chroniques vivant en appartements protégés [20].

Cette étude réalisée par BERGER M. en 1996 et publiée par la revue « L'Encéphale » en 1998, a pour but d'apprécier à l'aide d'un questionnaire, le « Profil de Qualité de vie Subjective » (« PQVS ») la qualité de vie de patients psychotiques vivant dans des appartements protégés.

METHODOLOGIE :

Les 50 patients retenus pour cette étude appartenaient à deux sites différents d'un même secteur de l'Ardèche, le secteur 4, et correspondaient aux critères d'inclusions suivant : âge compris entre 20 et 60 ans, un diagnostic CIM10 de schizophrénie ou de trouble schizotypique, vie en appartements protégés.

Un questionnaire comportant 31 items sur leur vie, leur santé, la vie relationnelle et le contexte matériel (« le PQVS ») leur a été posé, ainsi qu'aux soignants des appartements. Il s'agissait d'évaluer la satisfaction des patients sur ces différents points, en leur demandant de donner une note allant de -2 à +2 à chaque item. Ceci permettait alors d'étudier la vie de ces patients et de pouvoir comparer ces données avec le point de vue des professionnels.

RESULTATS :

Le point de vue des utilisateurs retrouve une satisfaction globale puisque la quasi-totalité des items recueillent des valeurs positives, mais les scores les plus élevés sont obtenus pour les satisfactions relatives aux relations avec l'équipe, aux conditions matérielles et à l'alimentation. A l'inverse leurs sources d'insatisfaction correspondent à leur perception du monde extérieur.

L'opinion des soignants est quant à elle plus pessimiste que celle des patients, mais se rapproche globalement de leur description. Ainsi les réponses exprimées par les patients s'apparentent à celles de la population dite « normale ».

La comparaison des deux points de vue permet alors de mettre en évidence les « points de rencontre » entre les deux populations et donc faire ressortir les difficultés de chacun dans cette relation.

CONCLUSION :

Cette étude permet de montrer :

- La faisabilité d'une telle enquête auprès de patients psychotiques ;
- De comparer les résultats à ceux d'une population dite « normale » ;
- D'analyser les points de convergence par des caractéristiques cliniques inhérentes à la relation soignant-soigné ;
- De mettre en évidence le vécu de ces patients dans des appartements protégés avec une satisfaction comportant principalement sur les relations avec l'équipe, sur la vie matérielle et sur l'alimentation.

COMPARAISON AVEC L'ETUDE REALISEE

- Concernant le déroulement de l'enquête, le recueil des données a fait l'objet de difficultés plus importantes, en comparaison à l'étude publiée par L'Encéphale. En effet certaines réponses recueillies lors des entretiens sont entrecoupées d'éléments délirants et de réponses à coté, caractéristiques de l'état de dissociation des patients. Ceci est certainement dû à une méthode d'enquête différente par rapport à celle expliquée ci-dessus : le recueil se faisant par un simple indiçage de satisfaction sur des items, contrairement à des réponses plus construites demandées ici. La validité de leurs réponses n'est pas altérée, comme peut le montrer la comparaison aux données de la littérature, mais cela apporte plus de difficultés à l'interprétation des résultats.
- L'enquête menée ici ne concerne que les patients vivant dans les maisons protégées et ne concerne pas les soignants qui y travaillent. Ainsi, on ne peut pas comparer les différences de résultats entre les deux populations, on peut seulement confronter les résultats aux données retrouvées dans la littérature.
- En ce qui concerne les résultats du point de vue des patients, beaucoup de différences apparaissent avec l'étude réalisée et exposée ici. En effet l'article publié par L'encéphale parle de satisfaction concernant la vie matérielle, l'alimentation et le contact avec les soignants, et d'insatisfaction concernant ce qui se passe dans le monde. Les résultats obtenus ici sont beaucoup plus riches, avec des opinions divergentes, mais avec une satisfaction globale concernant la vie matérielle, le rapport aux soignants, les lieux, le soin, l'intégration dans la société, avec l'expression

de très nombreux sentiments qui n'ont pas pu être évalués dans l'étude publiée par l'Encéphale. Les doléances se tournent plutôt sur les visites des familles, les moyens de locomotion et la réinsertion par le travail, qui sont des thèmes tournant plus autour de la resocialisation et de la réhabilitation que les préoccupations du monde extérieur.

II-5-2 Les appartements thérapeutiques de Créteil (Thèse réalisée à partir de témoignages de patients [44])

METHODOLOGIE :

Il s'agit d'une étude réalisée en 1989 à partir des dossiers médicaux des patients et d'entretiens semi-structurés sur les impressions des résidents concernant la vie dans les appartements protégés se situant à Créteil. Une quarantaine de questions ouvertes et fermées ont été posées à sept patients psychotiques vivant dans des appartements protégés. Les questions concernaient les activités journalières, les soins, la mixité, la famille, les réunions et les contrats. Le contenu des entretiens a été enregistré au magnétophone pour faciliter la retranscription. La méthode d'analyse des résultats n'est pas expliquée dans le document.

RESULTATS : cf. ANNEXE 4

CONCLUSION :

L'auteur de cette étude conclut donc que la vie dans les appartements de Créteil est à 60% efficace pour les 21 patients concernés par son étude et que l'expérience reste à poursuivre. De plus, elle ajoute que les appartements thérapeutiques sont très appréciés des résidents avec une amélioration franche de leur qualité de vie. Il faut donc augmenter le nombre de places pour pouvoir accueillir dans ces structures plus de patients psychotiques.

COMPARAISON AVEC L'ETUDE REALISEE ICI :

- L'étude qui est présentée dans cette thèse est réalisée d'une part à partir de l'étude des dossiers médicaux de 21 patients psychotiques vivant ou ayant vécu dans des appartements thérapeutiques, et d'autre part à partir d'une enquête réalisée sur sept de ces patients. Il s'agissait d'une étude par des entretiens semi-directifs, individuels, concernant l'opinion de ces patients sur ce lieu de vie. L'étude en elle-même est semblable à celle réalisée ici, cependant il est à regretter l'absence dans cette thèse de l'intégralité des discours enregistrés ainsi que l'explication de la méthode d'analyse des entretiens effectués. Y en a-t-il eu une ? Cela n'est pas abordé. Les résultats sont-ils donc fiables ?

- Concernant les résultats des entretiens des patients, je peux ainsi faire des comparaisons et retrouver sur des thèmes identiques des différences d'opinion entre les deux populations. Les grandes variations retrouvées concernent l'admission dans les locaux, la vie communautaire, l'insertion dans leur environnement, la plus-value narcissique, l'utilité des réunions, et le sentiment d'appartenance à ces lieux.
 - L'admission dans les appartements thérapeutiques de Créteil, comme l'évoquaient d'ailleurs les professionnels de santé mentale, semble avoir été réalisée après un certain nombre de démarches personnelles et l'expression d'un désir, ce qui n'est pas le cas dans la population des maisons protégées.
 - Alors que la vie communautaire devrait générer un soutien dans la population de Créteil, elle est génératrice de conflits. A Saint Gildas des bois, la cohabitation se passe sans conflit, mais sans réelle relation entre les résidents.
 - Contrairement à la population Cristolienne, un seul patient de Loire Atlantique sur huit a éprouvé le sentiment de s'intégrer dans la société.
 - La plus-value narcissique est observée par DELMAS C., alors que les patients des maisons protégées l'ont clairement exprimée dans les entretiens, de façon plus ou moins spontanée.
 - L'utilité des réunions est globalement reconnue par les patients des maisons, contrairement aux résultats de la thèse présentée.

- Et enfin, six patients des huit interrogés expriment une appartenance aux maisons protégées, à la différence de l'autre population de patients psychotiques.

A quoi sont dues ces différences d'opinions entre deux populations de patients psychotiques vivant dans des structures intermédiaires ? Ceci est-il dû à un degré de dépendance différent entre ces deux populations ? Est-ce en raison de l'environnement ou des biais existant dans les deux études ?

CONCLUSION

Cette étude concernant le vécu des patients psychotiques vivant ou ayant vécu dans les maisons protégées de Saint Gildas des bois, a été réalisée selon une méthode utilisant des entretiens individuels structurés, suivie d'une analyse thématique des résultats. Peu contraignante pour les participants, cette technique de recueil a permis d'installer un cadre d'entretien ainsi qu'un climat de confiance entre l'enquêteur et l'enquêté, limitant alors une éventuelle influence dans les réponses. Cependant, elle présente quelques inconvénients. En effet, les informations recueillies sont très nombreuses, mais elles sont subjectives et sont donc sujettes à quelques approximations. Elles sont parfois mêlées à des propos délirants, symptômes de la pathologie des patients, et les interventions de l'enquêteur peuvent avoir influencé les propos du patient. De plus, elles dépendent d'une relation enquêteur/ enquêté, variable selon les personnes en cause.

L'étude réalisée offre tout de même de riches résultats.

En tout premier lieu, elle atteste qu'une telle recherche auprès de patients présentant ce type de maladie mentale est possible. En effet, les personnes interrogées sont atteintes de troubles psychotiques, de type schizophrénique, d'une évolution déficitaire de leur maladie. Leur durée d'hospitalisation avant leur admission dans les maisons protégées variait de trois à vingt-cinq ans consécutifs.

Ensuite la création de ces maisons étant récente, l'enquête permettait d'évaluer également l'intérêt et la pertinence de ce nouveau type de structure intermédiaire, implanté dans le secteur Pontchâteau/Savenay. Sur les huit patients interrogés, six vivent toujours dans les maisons protégées, et les deux autres, qui avaient mis fin au projet, étaient réhospitalisés au moment de l'étude. Cependant, on peut tout de même en déduire qu'il s'agit d'une réussite, puisque deux patients seulement, un par groupe, en parlent de façon négative.

Enfin, elle permet de recueillir les opinions et les sentiments éprouvés par ces patients vivant dans ces maisons communautaires. Ainsi, des caractéristiques importantes se dégagent tout au long de ce travail:

- un projet à l'initiative de l'équipe soignante ;
- le maintien de soins et la réalisation de nombreuses activités thérapeutiques, les satisfaisant, avec une autonomie progressive des patients dans leur organisation ;
- l'importance donnée aux contrats de soins personnalisés contrairement au règlement intérieur et au contrat locatif ;
- l'importance donnée aux liens avec les soignants, contrairement aux liens entre les résidents ;

- un besoin d'exprimer de nombreux sentiments, et besoin comme tout à chacun, avec de la joie, du mal-être, un souhait de réinsertion ou de valorisation personnelle;
- une fonction rééducative par la réalisation de nombreuses tâches quotidiennes qu'ils n'avaient plus l'habitude de faire ;
- une sensation de progrès réalisés mais aussi l'existence de quelques doléances concernant le travail, les visites ainsi que des choses plus matérielles.

Ce travail permet de constater que les maisons protégées constituent un outil pertinent dans le travail de réadaptation et de réhabilitation des psychotiques. Il amène des arguments pour poursuivre la création de telles structures et en améliorer le fonctionnement.

BIBLIOGRAPHIE

- 1- **BLANCHET A., GOTMAN A.**: L'enquête et ses méthodes : L'entretien.
Les éditions NATHAN, Paris, 2003, 127p.
- 2- **MOREAU A.** : S'approprier la méthode du focus group.
La Revue du Praticien Médecine Générale, 2004, 18,645 : 382-384.
- 3- **FARTHOUAT N.** : Antibiotiques et bronchite aiguë : Perceptions et stratégies cognitives en médecine générale.
Mémoire de DES de médecine générale, Faculté de médecine de Nantes, 2006, 69p.
- 4- **GOVERNEMENT WALLON,** <http://egov.wallonie.be/boite.outils-methode/index.htm>, L'interview.
17 décembre 2004 : 8p.
- 5- **VIGEZZI M.** : Cours Techniques d'enquêtes et d'entretiens.
Université Pierre Mendès France, Grenoble, 2006, 18p.
- 6- **VIDON G., GOUTAL M.** : L'hébergement thérapeutique, une alternative à l'hospitalisation psychiatrique ?
Les éditions Erès, Paris, 1990, 279p.
- 7- **VIDON G.** : La réhabilitation psychosociale en psychiatrie.
Les éditions Frison Roche, Paris, 1995, 485p.
- 8- **PELICIER Y.** : Histoire de la Psychiatrie.
Les éditions Que sais je? , Paris, 1971, 128p.
- 9- **VIDON G., GOUTAL M.** : Lieux de vie - Lieux de soins.
Les éditions Techniques, Encyclopédie Médicochirurgicale, Psychiatrie, 1995, G876-A-70, 4p.
- 10- **MURARD L., FOURQUET F.** : Histoire de la psychiatrie de secteur ou le secteur impossible.
Les éditions RECHERCHES, Paris, 1975, n°17, 612p.
- 11- **ROCHE C.** : « Existence contrôlée » ou comment évoluer sous le regard (bienveillant ?) des « psy »?
Publications du GERART, Paris, 1998, 4p.

- 12- **BARNOUIN G.** : Le fonctionnement lacunaire du dispositif soignant en appartement thérapeutique.
Soins Psychiatrie. 2002, 218 : 29-32.
- 13- **SASSOLAS** : La place des structures intermédiaires dans une approche psychothérapeutique des psychoses.
Transitions : revue de l'innovation psychiatrique et sociale. 1981 : 41-47.
- 14- **RACAMIER P-C** : Le soin institutionnel des psychotiques : nature et fonction.
L'information psychiatrique. 1970, 46, n°8 : 745-760.
- 15- **PELSSER R.** : La psychose entre le dehors et le dedans.
L'information psychiatrique. 1981, 57, n°1 : 17-32.
- 16- **PONET B.** : Habiter : Lire le Monde ?
Publications du GERART, Toulouse, 1998, 8p.
- 17- **COURREGES J.C.** : Les appartements associatifs Croix Marine en Dordogne.
Pratiques en Santé Mentale. 2000, 2 : 32-36.
- 18- **BENETT D.** : Thérapie communautaire et thérapie par le milieu.
L'information Psychiatrique. 1972, 48, n°6 : 545-548.
- 19- **REVERZY J.F.** : Actualité des structures intermédiaires.
Transitions : revue de l'innovation psychiatrique et sociale. 1979, 1: 34-39.
- 20- **BERGER M.** : Evaluation de la qualité de vie de patients psychotiques chroniques vivant en appartements protégés.
L'encéphale. 1998, XXIV : 9-17.
- 21- **CATZ M.** : Accès à un logement personnel : rôle thérapeutique pour des psychotiques ?
L'information psychiatrique. 2002, n°4 : 386-396.
- 22- **PONSO F.** : La notion de contrat en appartement associatif : de son utilisation à son utilité.
Nervure. 1992, tome V, n°2 : 46-54.
- 23- **FOUILLET M., KAPSEMBELIS V.** : Sur quelques conditions de coexistence des termes « Hébergement » et « thérapeutique »,
L'information psychiatrique. 1997, 6 : 517- 527.

- 24- **CHAO-BOGGERO M., MICLO-RIDEAU F., GIORDANA J-y.** : D'une expérience d'hébergement thérapeutique.
Pratiques en santé mentale. 1999, n°2 : 13-15.
- 25- **HABJI M.** : Comment articuler soins et hébergements pour psychotiques, une expérience d'appartements associatifs d'une équipe de secteur de psychiatrie.
Synapse. 2004, n°205 : 29-32.
- 26- **MEGIE E., BIZOT C., ENARD L., PATOUILLERE T.**: Projet de la maison communautaire de Nort sur Erdre.
CHS de Blain, novembre 2005, 22p.
- 27- **VITRE M., ZIMMERMAN P., LORENT J.**: Protocole de mise en place des séjours à l'appartement protégé.
CHS de Blain, mars 2005, 2p.
- 28- **VITRE M., ZIMMERMAN P., LORENT J.**: Projet d'un 3^{ème} logement protégé.
CHS de Blain, novembre 2002, 4p.
- 29- **BURETTE D.** : Une maison intermédiaire associative.
Revue pratique de psychiatrie. 1997, n°2 : 29-32.
- 30- **HABJI M., VERIEN D.** : La dimension thérapeutique des lieux d'hébergement pour psychotiques, une idée oubliée de notre pratique, à propos d'une expérience d'appartements associatifs d'une équipe de secteur.
Perspectives Psy. 2003, 42, n°1 : 68-74.
- 31- **SASSOLAS M.** : L'investissement psychotique concernant le lieu et l'espace.
Soins Psychiatrie. 2004, 16 : 1p.
- 32- **ANDREU I., COMMAILLE M-M., DORADOUX D.** : Le contrat de soins dans l'hébergement thérapeutique, contrat et soins.
Publications du GERART, Nantes, 1998, 7p.
- 33- **BARDEL J., BIREN P., FOLMER M-R.** : L'hébergement thérapeutique dans le dispositif de soins, Réhabilitation psychosociale et hébergement.
Publications du GERART, Nantes, 1998, 19p.
- 34- **BOND G-R., DRAKE R-E., BECKER D-R.**: Intégration dans la communauté des patients ayant des troubles mentaux sévères.
L'information psychiatrique, 1997, 8 : 797-805.

- 35- **GOUMILLOUX R., RAGER P.** : Les appartements thérapeutiques du secteur de BERGERAC.
L'information psychiatrique, 1984, 60, n°3 : 261- 273.
- 36- **CONFALONIERIE P.** : Appartements et foyers thérapeutiques : un certain type de lien social.
Actualités psychiatriques, 1991, 2 : 24-27.
- 37- **TRILLAT E.** : Appartement et corps du psychotique.
Synapse, 1984, 3 : 41-47.
- 38- **WEIL D., ODOUL P., GILBERT E.** : Une maison thérapeutique, l'articulation entre le dehors et le dedans.
Perspectives psychiatriques, 1995, II, n°47 : 97-106.
- 39- **HALIMI Y., HORASSIUS M.** : Structure intermédiaire ou sujets transitionnels ?
L'information psychiatrique, 1982, 58, n°6 : 733-746.
- 40-**REVERZY J-F., DAMERON J-F.**: Rapport sur les structures intermédiaires.
L'information Psychiatrique, 1979, 55, 4 : 353-382.
- 41-**VIDEAU-VILLENEUVE F.** : L'appartement thérapeutique, un lieu de transition. L'expérience de L'ESTRAN : Maison thérapeutique ouverte en mai 2001 à la ROCHE SUR YON
Faculté de Médecine de Nantes, thèse soutenue le 16 janvier 2003, 100p.
- 41-**SASSOLAS M.** : Les rhododendrons de la psychiatrie, ou à partir de quels critères concevoir le fonctionnement des structures de soins en psychiatrie ?
L'information psychiatrique, 1998, 7 : 887-905.
- 42-**JAMES L.** : La notion d'enveloppe psychique dans le travail d'accompagnement des psychotiques résidant en appartement thérapeutique.
Synapse, 1999 : 8-10.
- 43-**FAGOT-DELMAS C.** : Les appartements thérapeutiques de Créteil : Bilan de dix ans de fonctionnement (étude des dossiers médicaux et des témoignages des patients).
Thèse soutenue à la faculté de médecine de Paris Necker, 1989.

ANNEXE 1

INTEGRALITE DES RESULTATS PAR QUESTION

REPRESENTATIONS PERSONNELLES DU PROJET ET MISE EN PLACE DU PROJET .

1° Qui a mis en œuvre ce projet ? Est-ce un choix personnel ? Vous a-t-il été conseillé, imposé ? Comment se sont déroulées les démarches pour la mise en place de ce projet ?

1) CHRISTINE : « je me rappelle plus »

2) JOELLE :

« C'est le Dr Vitre, enfin je crois, je crois que c'est elle. Vous la connaissez ? J'étais d'accord. *Les démarches* : Moi, je suis ravissante, à ravir, mais j'ai recours toujours à mon dictionnaire Sophie. *Répète la question* : La première fois que je suis venue, c'était y a un an, y avait Yannick B, Christine P, Didier R et puis moi. Et puis il y avait les IDE, Me Clément, Thérèse Anne, et Maud, Adeline. »

3) PHILLIPPE :

« Par le pont piétin, en relation avec les médecins et les infirmières. C'est eux qui me l'ont indiqué. Ils m'ont proposé, aussi toutes les sommations, les virulences, les virulations... Ils me l'ont proposé ordinairement mais quand même assez explicatif avec la présence des jeunes dames. Pour les démarches, c'est l'association de l'aide médicale je crois qui a organisé tout ça. C'est les inspecteurs d'académie qui nous ont mis dans les logements, ils ne nous ont pas trop fait de difficultés. »

4) JEAN LUC :

« Ceux qui s'en occupent ont certainement participé. Je suis locataire depuis novembre 2003. Vous connaissez mon âge ? Je sais pas depuis combien de temps ce bâtiment est construit. C'est Juliette Laurent la responsable je crois. On me la proposé mais je ne me souviens plus qui, les médecins sûrement, j'étais d'accord. J'ai fait des efforts de bonne conduite pour y venir. On a visité une fois oui, avant d'y habiter. Mais je sais pas si ça appartient au Pont piétin. »

5) DIDIER :

« Je sais pas, ça s'est passé normalement. C'est le Dr Vitre qui me la proposé, j'avais pas le choix, j'aurai préféré aller en appartements protégés pour être tranquille. C'est le Dr Vitre qui a tout fait. »

6) PIERRE :

« C'est pas Liliane Clément ? Je crois que c'est elle qui avait trouvé la maison. Ben j'étais hospitalisé au CHS de Blain, on m'a proposé ça et j'ai accepté quoi. »

7) RICHARD :

« Moi et Mme Vitre. Ouais ! je pense que c'est elle qui me l'avait proposé. J'ai visité et j'en ai discuté avec mes parents, ils étaient d'accord. »

8) SYLVAIN :

« Ça a peut-être pas de coïncidence, mais j'ai été en centre à ESPER ; mais je ne me suis pas plu, j'étais angoissé et j'ai fais une escapade jusqu'à SGDB en train, et j'ai demandé au curé si il pouvait m'accueillir parce que la vie à ESPER me pesait complètement. Monsieur CROSSET m'a permis de venir ici, c'est le psychiatre d'ESPER qui s'est entretenu avec le Dr Vitre, et c'est comme ça qu'ils m'ont proposé de venir au Pré Neuf. Y a pas de problème, j'ai visité et j'ai dit à Mme Vitre que j'étais enchanté, que tous les malades étaient comme moi, devaient se perdre seul dans un logis standard. C'est un environnement qui n'a rien avoir avec la psychiatrie, les pavillons n'ont pas des chambres seules.

Comment ça s'est passé, ben Richard était déjà là. On a fait le tour avec le propriétaire pour faire l'état des lieux, on a découvert notre lit, que c'était un meublé à part entière. Y avait déjà des lits je crois. »

2° Quelle a été votre première impression en arrivant ? Qu'avez-vous ressenti les premiers jours ? Vous êtes vous senti perturbé, mal à l'aise, et pourquoi ?

1) CHRISTINE : « je me suis sentie bien ! »

2) JOELLE :

« Quand je connais pas, je m'en fait tout un monde, et les gens étaient tellement gentils que je me suis bien sentie. Là je vais rester cinq ans, et y a déjà un an de passé. »

3) PHILLIPPE :

« Je me suis senti bien encadré, avec des personnes comme moi qui veulent sortir de leurs ennuis, c'était bien. Y en a même qui ont eu des interventions chirurgicales et tout hein ! »

4) JEAN LUC :

« Ma première impression dans la maison ? C'était bien, mais elle a été cuisinée la maison, attention, salée, poivrée et tout. Ils avaient fait des galipettes partout les psychologues et les psychiatres, c'était déjà abîmé. Notez tout. »

5) DIDIER : « Je sais pas, j'ai rien ressenti de particulier »

6) PIERRE :

« Rien de spécial. C'est ce que je recherchais un peu tu vois, avoir mon petit truc à moi personnel, et j'ai mon occupation, maintenant alors ça va très bien.

Mal à l'aise ? : Oh ! non non, bien au contraire, et puis on est bien entouré. »

7) RICHARD :

« Ben j'étais manique, je ressentais le besoin de liberté. Le fait d'être à l'extérieur, je sentais que ça allait repartir, et que ça allait pas durer longtemps. Je ne me sentais pas bien, j'ai fait des conneries, j'ai fais une TS. J'étais mal dans ma peau, je m'ennuyais, j'avais un dégoût de moi, par ennui, par dégoût.

8) SYLVAIN :

« J'avais décidé d'arrêter de fumer, mais je n'ai pas encore réalisé ce que je m'étais promis. *Ai reposé à nouveau la question.* Ben au début je me suis posé des questions car au début en général c'est tout beau tout neuf, mais après..

Comme Richard était là, c'était vraiment la fête quasiment tous les jours quoi, on est allé voir les illuminations de PLESSE, on allait chez GEMO, faire des courses, au cinéma, chez GIFI. C'est pas comme à l'hôpital où on pouvait sortir tous les mercredis et encore si c'était autorisé. Je sais pas si les autres ont vécu la même chose que moi, mais on peut sortir si on le veut, je fais mes courses, j'ai une hygiène correcte, ça a été un grand changement au niveau de la qualité de vie. »

3° au sein du groupe, comment se déroule l'intégration d'un nouveau résident ? Comment réagiriez vous si un nouveau résident devait venir s'installer ici ? Qu'est-ce que vous en penseriez ?

1) CHRISTINE : « je sais pas », « oh, pourquoi pas être avec eux ! »

2) JOELLE :

« Y a jamais eu d'autre résident qui est venu. En ce moment il y a juste Yannick et moi, parce que Didier a fait ses adieux, et Christine ne m'en parlez pas, elle est à l'hôpital et elle faisait caca partout. Moi, je voudrai quelqu'un qui soit bien, mentalement et physiquement. Il faut qu'il soit quelqu'un de beau, riche, intelligent et instruit, et drôle à la fois. »

3) PHILLIPPE :

« Ils nous disent qu'on a des locaux pour nous tous, et on a aussi chacun nos chambres. On s'entend bien, le sens de la vie communautaire c'est d'être avec eux, mais c'est aussi de savoir se débrouiller tout seul. *Répète la question.* Moi je dirai que si il venait quelqu'un d'autre ça ne me dérangerait pas, on ne me dit rien de spécial à moi.»

4) JEAN LUC :

« Oui, Philippe est nouveau oui. J'ai senti de l'agressivité, beaucoup de sa part quand il est arrivé, mais il ne s'en rendait pas compte. Je me faisais exploiter par Philipe et à tous les trois ils m'ont bouffé. En plus il a beaucoup grossi depuis qu'il est arrivé. Je suis inquiet pour mon entière personnalité ma chaire, pour mon corps et pour mes os. J'ai une pension mais je l'ai payé avant parce que j'étais exploité par le Pont piétin aussi. Avant que Philipe arrive, je dormais déjà pas beaucoup, mais alors là, je ne dors plus. Je veille. »

5) DIDIER : « ça s'est passé normalement »

6) PIERRE :

« Ben ça va bien, y a une bonne ambiance, ça me dérange pas. »

7) RICHARD :

« Bien, y avait une bonne cohésion, ç'étaient calme, ça se passait bien, mais il n'y avait aucune affinité entre nous. Ils auraient été pas là ça aurait été pareil. »

8) SYLVAIN :

« Quand Herve est arrivé, on était content. Oui, y a pas de problème. Apparemment il s'est bien adapté. »

RELATIONS AVEC L'EQUIPE SOIGNANTE

4° Quelles sont les personnes qui vous accompagnent au quotidien ?

1) CHRISTINE :

« Oh ! Y a plein de monde, mais je sais plus qui c'est ni comment ils s'appellent, ouais ! »

2) JOELLE :

« Liliane, Thérèse Anne, Maud, Adeline, elles sont super gentilles. Liliane et Thérèse Anne sont IDE, les autres sont AMP. Y a des fois des stagiaires aussi, comme Anne la dernière et je me sentais mal à l'aise avec elle. Non y a personne d'autre. »

3) PHILLIPPE :

« On a chacun notre programme de la semaine, de la journée, y en a qui vont faire les courses, l'autre qui fait le ménage, et la nourriture. Faut prendre ses médicaments aussi c'est très important. *Répète la question* : Les personnes qui aident : ce sont des gens qui nous aiment bien, et qui savent nous comprendre, et puis il faut prendre ses médicaments, sinon on est trop nerveux. C'est des AMP. »

4) JEAN LUC :

« Ben y a une personne qui est venu pour Philippe, son père, pour dire des bêtises. Le personnel soignant : y a Sandrine, ma correspondante, ma référente, y a Maud, Nathalys, que je peux pas supporter, mais je sais pas pourquoi. Je lui ai dit plusieurs fois, que j'avais des malaises à coté d'elle. Y a Adeline, ça s'est des AMP. Sinon, y a Mme Liliane Clément qui vient pour préparer les médicaments, et Thérèse Anne sa remplaçante, ce sont des infirmières, car une AMP ne peut pas préparer les médicaments, le pilulier. Sinon, comme infirmière y en a une qui vient une fois par an pour me faire une prise de sang. Et y a une psychologue qui vient au Pré Neuf tous les mois, Mme LEVAUX. »

5) DIDIER :

« ben vous savez bien tout de même comment ça fonctionne, et puis c'était surtout pour les autres »

6) PIERRE :

« Y a les AMP qui sont là, ben avant y avait une IDE car j'avais besoin de soin pour ma jambe, une femme de ménage. »

7) RICHARD :

« Médiateurs, deux femmes, Aurélie je crois, oh ! je ne me souviens plus de leur nom. Y avait aussi une ASH, euh ! Une femme ménage. »

8) SYLVAIN :

« Y a les AMP : Sandrine, Adeline, Nathalys, Maud ; et puis y a Christiane, l'aide ménagère, et Louissette sa remplaçante ; Mme Clément Liliane, la responsable, et de temps en temps, Mme LORENT Juliette qui est cadre. »

**5° En quoi ces personnes vous aident-elles, que vous apportent-elles ?
Qu'est-ce qu'elles représentent pour vous ?**

1) CHRISTINE :

« Hum ! Elles m'aident pour faire le lit, le bain, je sais pas bien le faire toute seule »

2) JOELLE :

« Elles viennent me rendre visite, c'est déjà ça, car souvent je m'ennuie, alors quand elles viennent ça passe plus vite. Sinon, elles font souvent leurs transmissions, sinon, je sais pas. »

3) PHILLIPPE :

« C'est pour devenir normal. Elles s'entendent bien avec nous, elles sont très très bien avec nous, elles dirigent le Pré Neuf. C'est des gens important, oui, pour nous car on est très consommateur des soins de moralités, c'est pas toujours facile. Par exemple, quand on va au café pour boire une bière ou s'alcooliser, elles sont pas contentes, pour pas dépenser de l'argent et pour pas qu'on boive de l'alcool. »

4) JEAN LUC :

« Non, elles ne nous aident pas car elles nous libèrent pas. C'est-à-dire que, bon, elles nous ont mis des taches et on ne me donne pas le droit d'en faire plus, quand je serai dans mon appartement, comment je ferai si je fais pas suffisamment de ménage ici, y aura une infirmière qui viendra et qui dira c'est le bordel chez vous. Elles ne nous libèrent pas de pouvoir entretenir par moi-même les locaux, la vaisselle. Je fais souvent plus que ce qui faut. Je veux pas prendre le travail des autres, mais des fois la personne pourrait s'alléger quoi. »

Représente : c'est une récréation, un spectacle. C'est une ouverture dans le temps ou on n'est plus entre homme. Elles nous permettent de nous distraire, ce n'est pas pour autant que je me moque d'elle, je vais jusqu'au bout de mes pensées. Non,

elles ne sont pas là que pour nous distraire, vous l'avez mis à la fin de la phrase comme si c'était péjoratif ! Elles nous proposent aussi des activités mais de moins en moins car au début c'était pourtant l'hiver on sortait deux fois par semaine et on faisait des randonnées, et maintenant, ben on y va demain, et après c'est au mois de juin. »

5) DIDIER :

aide : « pas vraiment » *représentent* : « je sais pas, c'est des infirmières, des personnalités différents, et puis pas si différentes que ça ! »

6) PIERRE :

« Si c'est très bien, on se sent vivre là au moins ! *représente* : les AMP, elles sont très gentilles d'abord et ça fait une amitié supplémentaire. »

7) RICHARD :

« Moi non, c'était surtout pour les autres, moi je faisais mes courses, je faisais ma chambre, je tondais la pelouse. Elles discutaient quand même toujours quand elles étaient là, c'était bien parce que je m'ennuyais. *Représentent* : l'ordre. »

8) SYLVAIN :

« Un respect des lieux déjà, et du quotidien de chacun. Elles sont un encadrement, un encadrement et je pense qu'on en a tous besoin.
représentent : je sais pas quoi vous dire. »

**6° Comment s'organisent leur temps de présence et d'absence ?
Comment vivez vous leur départ, et que ressentez-vous lorsque vous êtes seuls ? Leur présence est-elle importante ?**

1) CHRISTINE :

« Je sais pas » *leur présence est-elle importante* : « Oh OUI ! » (avec un grand sourire) »

2) JOELLE :

« Elles sont là tout le temps, sauf si y a grève ou si c'est férié, et dans ces cas là je m'ennuie, je m'ennuie, et donc j'ai commencé à faire du canevas, un clown.
Présence : oh oui ! c'est important, beaucoup »

3) PHILLIPPE :

« De toute façon quand c'est une aide Soignante..., *propos in compréhensibles*.
Sandrine, Liliane, Maud, elles se relayent le lundi pour faire les courses avec moi. Elles sont pas là quand elles partent en vacances dans un endroit, pour se reposer par exemple. Mais cette semaine, elles sont restées sans venir pendant trois jours, donc ça s'est pas tellement très bien passé, y a eu des ennuis avec les médicaments. Elles nous donnent un temps à tous pour nous loger, faire le ménage. Quand elles sont pas là, ça nous fait des soucis, et ça nous défraîchit, elles sont là pour comprendre notre vérité (*baisse la tête et parle de façon incompréhensible*)

Présence importante ? Je vais vous répondre : ben oui, et au niveau intellectuel, je peux vous dire qu'elles sont intelligentes plus que nous, elles comprennent notre vie et en plus elles nous jugent bien. »

4) JEAN LUC :

« Y en a qui font des conneries comme si ils avaient besoin d'elle. Hein ! Quoi ! Ah non ! Elles sont là en haut en commençant à midi et finissent à 8 heures le soir, et le week-end on est que deux. Ressens rien de spécial, en général c'est après avoir passé une gueulante. C'est une grande comédie aussi, et peut-être qu'y en a pas.

Présence : ben euh ! Ouais ! Justement moi je vous dis, je veux faire un maximum de choses moi-même et quand je serais dans mon appartement y aura sûrement des visiteurs. Je répète la question : j'en sais rien elles sont à l'étage, je sais pas quand elles sont là. Répète : Oui leur présence est importante pour faire les menus, et pour l'infirmière préparer les médicaments et bien contrôler qu'on les ai pris, en dehors de ça moi je reste dans ma chambre ça m'est égal. Non, une chose que je regrette, c'est qu'il est possible que si on mange si tôt le soir, c'est qu'on mange pas le matin. Là on va arriver à la fin, mais ce n'est pas une finalité en soit. »

5) DIDIER : « vous le savez bien » « ça m'est égal »

6) PIERRE :

« Ben c'est-à-dire qu'il y en a qui partent et d'autres qui viennent les remplacer. Tous les jours y en a une, en général, c'est bien organisé leur truc. Le week-end y en a pas. Quand elles s'en vont, ben rien de spécial, bien elles nous préparent les médicaments le soir avant de partir pour dormir la nuit, et c'est bien comme ça. Elles partent et disent à demain. Et si elles ont oublié ma pilule pour dormir, je peux les appeler au Pré l'Abbé jusqu'à 20H30, et elles viennent me le donner. *Présence importante ?* Ben oui, car quand j'ai besoin de quelque chose, elles sont là pour nous servir quoi ! »

7) RICHARD :

« Le soir à 17 heures et le week-end je m'en rappelle plus. Ca m'était égal, je m'occupais pas vraiment d'elle. »

8) SYLVAIN :

« Sont présentes aux heures des médicaments et avant 18H30 le soir. Normalement après elles ne sont plus là.

Quand elles partent (reformulation nécessaire): Elles sont un encadrement nécessaire, mais on apprécie des moments seuls, pour se faire plaisir, pour faire je sais pas quoi moi. »

7° Comment, à votre avis se déroulerait la vie à la maison si elles n'étaient pas là ? Pourquoi ?

1) CHRISTINE :

« mal ou bien »

2) JOELLE :

« Ça serait YANNICK entend des voix, il jure, il râle, ce serait terrible pour moi, je retournerai au CHS, à Pont piétin, y a un autre nom encore j'arrive pas à le trouver, je l'ai sur le bout de la langue. Je pourrai pas rester toute seule, je ne me ferai pas à manger, j'irai pas faire les courses dans les magasins, je peux pas. Maud ce matin, elle me parlait du canevas, et je lui ai dit, et elle m'a dit vous pouvez vous débrouiller toute seule, mais je peux pas. Ah oui ! Je retournerai à l'hôpital psychiatrique, voilà c'est le mot que je cherchais. »

3) PHILLIPPE :

« Oh non ! Ça serait pas possible, parce que quand j'étais dans ma famille, j'ai eu des problèmes, je suis handicapé cervical, alors forcément... je peux pas être responsable de moi. Elles sont plus intelligentes que moi »

4) JEAN LUC :

« Oh, ! tout le WE ça se passe bien, mais faut prendre les médicaments. Notez le, il faut prendre les médicaments parce que ça a été l'occasion pour mes parents de me renvoyer au Pont piétin, pour la raison que je ne prenais plus mes médicaments. C'est très important. Si elles étaient pas là, non je suis propre. Autrement j'ai des problèmes euh, vous êtes médecin ? »

5) DIDIER : « je sais pas »

6) PIERRE :

« Oh non ! Faut qu'elles soient là, parce qu'elles mettent un peu d'ordre quand même. Oui, puis les médicaments, on les a le matin, le midi et le soir, et on a pas à s'en occuper. »

7) RICHARD :

« Leur présence était importante quand même, si elles étaient pas là ça serait l'anarchie, pour les courses, la cohésion avec tout le monde. »

8) SYLVAIN :

« Je ne vais pas répondre à cette question là car ce serait pas bien répondre. »

8° Existe t-il des réunions entre vous et les soignants ? Si oui, qu'y faites-vous ? Cela vous semble t-il important et pourquoi ?

1) CHRISTINE :

« Ouais ! on dessine, on regarde la télé, on regarde par la fenêtre si il fait beau, puis je me souviens plus »

2) JOELLE :

« Oui, souvent, elles parlent ensembles. *Répète* : Y a des réunions d'organisation pour le manger, on s'y perd à la fin, mais y en a pas d'autre. Oui, c'est important car il faut tout le monde soit au courant, et que ça intéresse tout le monde »

3) PHILLIPPE :

« Oui, entre tout le personnel, et avec nous, pour faciliter les rendez-vous à l'heure qu'il faut pour nous emmener en voiture, pour mettre de l'organisation des menus, pour acheter la nourriture. Ca serait pas possible de faire ça seul, parce que moi je suis handicapé cervical, et je peux pas vous expliquer très bien, mais je peux pas être responsable de moi. Elles sont objectives. Oh ! Pour les menus, c'est pas très important : manger moins ou manger plus... On mange tous à peu près pareil, en argent, mais si ça sert quand même parce qu'on pourrait pas organiser les repas seul, faut bien manger, c'est obligatoire. »

4) JEAN LUC :

« Les réunions, oui, pour faire les repas, et je peux équilibrer mes repas, chaque semaine, et individuellement avec les AMP pour les fameux repas du soir, on est tout seul ou on était tout seul parce que maintenant il y a quelqu'un.

Je vais vous dire une chose, Vous dites ?

Si y a une réunion avec la psychologue, mais la dernière fois j'ai pas voulu la voir parce que j'étais fâché. Of, qu'est ce que vous voulez qu'on dise de plus à une psychologue qu'une AMP, puisqu'on est pas tout seul. Sinon, on parle des problèmes à évoquer. Mais c'est un boulot qui sert pas vraiment.

Sinon, les AMP se réunissent entre elles pour parler de nous mais on en a jamais de rapport, c'est pas normal. »

5) DIDIER :

« Non, enfin si y en a, c'est pendant les repas, pour dire les choses importantes, comme quand on est à table quoi ! C'était intéressant, ça prouve qu'on peut se parler »

6) PIERRE :

« Oui, tous les jeudis, pour l'organisation de la semaine à propos des repas du midi. Surtout pour les repas. Demain j'ai RDV avec Mme Clément, c'est ma référente. Important car chacun dit ce qui veut à manger, pour partager. »

7) RICHARD :

« Oui, y en avait souvent, deux fois par semaine je crois, on parlait de la vie au sein de la maison, de nos problèmes, de nos envies. *Important ?* : Oui, car je m'ennuyais alors j'aimais bien parler. »

8) SYLVAIN :

« Y a la réunion tous les jeudis, mais c'est pour établir les menus et voir la disponibilité de la semaine. Y a aussi une réunion une fois tous les mois avec Mme MAURICET je crois. Attendez faut pas que je vous dise de bêtises, ça se trouve c'est pas Mme MAURICET. C'est une jeune dame avec les cheveux frisés. C'est sur ce qui se passe dans le mois, ce qu'on va faire, nos projets, si y a des réclamations. C'est bien. »

ORGANISATION DU SOIN

9° Comment se déroule votre suivi médical ? (Avec qui, comment vous rendez-vous en consultation, les soignants de la maison ont-ils un rôle...) Avez-vous un médecin traitant, comment l'avez-vous choisi ? Qui allez-vous consulter et comment ?

1) CHRISTINE :

psy « Je sais plus qui c'est » *c'est pas le Dr Vitre* : « Peut-être »

Médecin généraliste : « Oui, j'en ai un mais je sais plus comment il s'appelle »
comment l'avez-vous choisi ? « Il est venu tout seul »

2) JOELLE :

« Oui, c'est Thérèse Anne, j'ai pas d'autre Docteur. Ah si, c'est le Dr Vitre ! C'est mon docteur, mais je ne l'ai pas vu depuis plus d'un mois car elle me dit que je suis envahissante et quand je la croise dans les couloirs je lui parle pas, y a que des rendez-vous, et du coup quand j'y vais je n'ai plus rien à lui dire, et j'y vais que pour les médicaments. C'est Mr NOBLET, l'ambulancier qui vient me chercher. Il vient, je lui donne le carton de mon prochain rendez-vous avec Mme Cailliat et il vient me chercher. J'ai aussi la Gym le lundi.

Médecin généraliste : le Dr ROBERT, je crois, mais je sais pas si c'est elle qui va me suivre, y a plus de dix ans que je vais au CHS. »

3) PHILLIPPE :

« Une doctoresse, oui, parce que je me sens vis-à-vis de moi persécuté, c'est une tragédie personnelle, voilà des fois j'entends des choses, y en a qui s'en foutent, mais moi je m'en fous pas, je veux aller mieux.

Médecin traitant : « Non »

4) JEAN LUC :

« Par Mme Vitre, tous les deux mois au CHS. J'y vais en taxi, c'est fait à l'avance c'est dans le bureau que ça se passe avec les AMP. On leur donne notre carton de rendez-vous, et elles prennent le rendez-vous du taxi.

Médecin généraliste : Oui, le Dr NAYEL, on me l'a ni imposé, ni choisi, c'est venu comme ça. J'ai l'ai vu deux trois fois pour des problèmes de santé qui sortent

de la psychiatrie, j'ai eu un problème d'intestins depuis tout petit et ça m'a amené à l'hosto. Je me rends compte que c'est un problème que j'ai toujours surmonté. Ce qu'on m'a fait ça ne m'a jamais soigné, au niveau médical, c'est des soins inutiles. C'est par les AMP, je les préviens, et elles appellent. Mais si on a un pet on a même pas de sparadrap, je me plains, on n'a pas de trousse de pharmacie »

5) DIDIER :

Suivi médical : « Oui, avec le Dr VITRE »

Comment vous organisez vous : « Comment vous savez que c'est moi qui allais à l'hôpital ? ! »

Médecin traitant : « Non »

6) PIERRE :

« Le Dr Vitre tous les trois mois, comme je vais trois fois par semaine à Blain, j'en profite d'y être. Là j'ai RDV le 4 juin prochain. Y a des ambulances qui m'emmènent. Je vois ça avec les AMP, mais ça doit être Mme Vitre qui a du mettre ça en ordre au début. *Médecin généraliste* ? : Pour ma jambe le toubib de SGDB Dr PROQUE, et puis y a NAYEL. Je ne les vois pas régulièrement, quand j'en ai besoin. Maintenant c'est terminé car j'avais une plaie variqueuse à ma jambe. Je connaissais le DR NAYEL, mais pas l'autre. C'est plutôt les AMP qui m'ont conseillé d'aller là bas. »

7) RICHARD :

« Je voyais Mme Vitre. Je suppose que je la voyais à l'hôpital, je suppose mais je ne me souviens plus. »

Médecin traitant : « Non, j'ai jamais été malade là bas ! »

8) SYLVAIN :

« Le Dr VITRE, et aussi le DR NAYEL (mais je l'ai vu une ou deux fois, c'est un médecin généraliste de SGDB), y a le dentiste que je vais voir une fois par an. Le dentiste c'est moi qui prends RDV, et pour le médecin, on en parle aux AMP et on prend RDV. Pour le Dr NAYEL, j'ai demandé conseil aux AMP, et elles me l'ont indiqué. J'avais des problèmes d'estomac et de foie. »

10° En ce qui concerne les médicaments ? Qui s'en charge ? Comment cela se passe ? (Pharmacie, pilulier, prise personnelle indépendante) Que ressentez-vous en allant les chercher à la pharmacie, en les préparant, est-ce difficile ?

1) CHRISTINE :

« On va à la pharmacie avec quelqu'un, quand on me fait rentrer au Pré l'abbé »

Comment ça se passe ? « Bien ! »

« Ensuite on m'aide à préparer le pilulier et c'est quelqu'un qui me les donne »

pourquoi : « Parce qu'il faut que j'attende midi ! »

2) JOELLE :

« Je fais le pilulier avec Thérèse Anne tous les lundis matin, et pour la pharmacie, c'est elles qui se débrouillent. Au début le pilulier, c'est pas facile, mais maintenant je le fais mais il faut quand même quelqu'un qui soit avec moi. »

3) PHILLIPPE :

« La pharmacie, c'est les demoiselles, qui s'en occupent, c'est nous qui les préparons tout seul. *C'est facile ou non* : Oh oui ! »

4) JEAN LUC :

« Pour les problèmes médicaux, c'est moi qui vais à la pharmacie. En général je tiens encore sur mes jambes. Au niveau psy, c'est pas moi qui vais les chercher, c'est les AMP. On en a parlé avant, le pilulier je le fais une fois par semaine, avec l'infirmière à coté, qui vérifie les médicaments. Ca va mais les piluliers sont trop petits pour tous mes médicaments, alors des fois c'est difficile de les mettre dans les bonnes cases, il est fait pour faire des erreurs. Mais j'ai certaines zones du corps qui sont pilotées par les médicaments, c'est l'infirmière qui contrôle ça. J'en ai environ pour cent euros de médicaments. Vous savez si j'ai un verbe de temps en temps, c'est pour sauver ma peau, si j'ai toujours le dernier mot, ça me permet d'exister. Vous avez d'autres clients qui sont comme moi ? C'est pas forcément normal. »

5) DIDIER :

Pharmacie : « J'allais les chercher tout seul à la pharmacie »

C'était difficile : « Non »

« Ils m'aidaient à les préparer et c'est eux qui me les donnaient »

Pourquoi ? : « Pour bien faire les choses, pour la préparation, les doses. »

6) PIERRE :

« Les AMP, les préparent et les mettent dans une coupelle. Le pilulier c'est elles qui font ça. Avant d'avoir ma jambe j'allais à la pharmacie, mais après je ne pouvais plus de problème. Maintenant je ne pourrais pas vous dire qui va à la pharmacie. »

7) RICHARD : « Je pense que c'étais moi, mais je sais plus »

8) SYLVAIN :

« Non, je ne vais pas à la pharmacie, je pense que ce sont les AMP, mais je ne voudrai pas dire de bêtises. J'ai une mallette grise dans laquelle je mets la réserve de médicaments, et depuis trois semaines je fais mon pilulier moi-même, avant, je le faisais avec les AMP. Oui, c'est très bien. »

11° Avez vous conservé d'autres activités de soins ? Lesquelles (HDJ, ERGO, CAT, CATTP) ? En quoi est-ce important pour vous?

1) CHRISTINE :

« De la Gymnastique, je tombe, je cours, je fais du bout de bois, et puis du dessin, et aussi la piscine, je fais de la brasse, du crawl »

C'est important pour vous : « OH OUI », avec un grand sourire ! « Sinon je vois noir »

Qu'est ce que ça veut dire voir noire ? « Ben sinon tout est flou pour moi ! »

Est-ce que ça veut dire que ça vous aide à sortir du flou ? « OUI ! »

2) JOELLE :

« La gym au sillon au CHS. Avant j'allais à l'ergo et je préférais mais on m'a dit de changer, les ergothérapeutes elles étaient très gentilles. J'aime pas la Gym, ça me plait pas, on dit qu'on y fait de la gym douce, mais c'est pas vrai, faut courir comme un dingue et on m'a fait tomber maintenant j'ai mal au bras.

Mais l'ergo création, ça m'apportait du calme, du repos moralement, ça me permettait de me concentrer. J'arrive pas à me concentrer, je suis bavarde, c'est la langue qui marche. »

3) PHILLIPPE :

« Je vais au CATTP, ben c'est là. Avec Sandrine, tous les vendredis, je sais plus, je crois que c'est le vendredi, mais je vais me renseigner, et je vous le dirai plus tard. Tous les jeudis je vais au sillon, j'arrive en taxi à 2heures, et je repars à 4 heures 15, je me repose, je peux pas vous dire autre chose, je fais rien de spécial. Je suis victime de mon anormalité *parle de façon incompréhensible*

Important : Oui, au CATTP pour écouter des bandes magnétiques... »

4) JEAN LUC :

« J'ai pas le droit de venir ici, à l'ergothérapie, à SGDB, alors que j'habite à SGDB, alors je vais à PONTCHATEAU. Le lundi, je vais au marché sur le bord de la plage, ça c'est bien, autrement je ponce du bois, je repeins, RENOVANTIC ça s'appelle, on a acheté ça dans des brocantes, des trocantes et on les rénove. Oui, je fais aussi de la musicothérapie, mais s'en est pas vraiment, enfin tout le monde amène son disque ça peut être n'importe quoi... Je vais en HDJ, le lundi et le mardi. Oui, c'est bien, ça me change de milieu, on est dans ma ville, ça me fait sortir un peu, mais j'aime pas la nourriture là bas et on me force à y manger. »

5) DIDIER :

« Oui j'avais une activité, c'était aller marcher avec les éducateurs de l'hôpital »

Ça vous plaisait ? : « Oui, enfin non, j'aimais pas faire ça, marcher sans rien faire d'autres, ça sert à rien, c'est complètement ridicule. »

Vous auriez préféré faire autre chose : « Oui, tout mais pas de la marche : du handball, du patin à roulette, même du patin à glace ou aller à la piscine »

6) PIERRE :

« HDJ à Blain trois fois par semaine. Je commence à regarder le journal voir ce qui se passe dans la commune de QUILLY, moi je viens de QUILLY. J'ai pu m'abonner à un magazine « pèle - mêle soleil », c'est mon passe temps favoris, c'est mon occupation. Avant quand j'étais à l'hôpital, c'était la belote, maintenant j'ai trouvé ça, et c'était impeccable. Ca me passe mes journées.

Important : Oui, ça me permet de me couper mes journées si vous voulez. C'est Mme Vitre qui me la conseillé. »

7) RICHARD :

« Je sais plus, j'ai voulu oublier cette période de ma vie, j'ai passé des sals moments là bas, il me manquait du boulot, la compagnie de mes copains. Je voulais être comme tout le monde, mais je pouvais pas car j'étais pas dans un lieu différent. »

8) SYLVAIN :

« Y a le CATTP du mardi après- midi : y a des petites randonnées, des grandes randonnées, on a l'occasion de boire un petit café au bar, c'est sympa, et on joue aussi aux dominos. C'est avec Mme MENELEC et Olivier CAILLON. Mme MENELEC je l'ai connu y a 6 ans à l'HDJ à PONTCHATEAU mais je n'y vais plus. Oui, c'est important mais moi j'obéis à ce qu'on me dit, ce qu'on me demande. Mais c'est bien, on joue aux Dominos, moi je trouve ça formidable, et la rencontre des autres c'est important. »

12° Lorsqu'une réhospitalisation est nécessaire, comment organisez-vous les choses vis-à-vis des autres résidents? Que ressentez-vous lorsqu'un de vos colocataires est hospitalisé?

1) CHRISTINE :

« Je leur dis que je suis contente de repartir à l'hôpital, et que ça m'est égal de retourner au pré l'abbé »

« Je sais pas »

2) JOELLE :

« Non, ah non, ça ne m'est pas arrivé. J'y vais parce que je vais au sillon et vous Mme Cailliat et voir Mme Defontaine ma tutrice. Didier et Christine oui. Et bien tant mieux que Christine elle est partie, et Didier c'est pareil. Et Yannick ça serait pareil. Je préférerais être avec quelqu'un de plus normal. Moi, je ne suis peut être pas normale, mais je voudrais être avec des gens normaux comme Maud et Adeline. »

3) PHILLIPPE : « NON »

4) JEAN LUC :

« La première année, cinq mois après mon arrivée, j'ai été réhospitalisé, et c'est moi qui l'avais demandé. D'ailleurs je me sens mal à chaque fois au mois de

février, je leur ai même dit cette année. Aux autres ben je n'ai rien dit, j'en avais demandé aux AMP, et j'ai du y rester une semaine. Les autres non, ça ne leur ai pas arrivé. »

5) DIDIER :

« Ben je leur disais que ça ne me plaisait pas au Pré l'abbé, lorsque je devais retourner à l'hôpital. »

Vous préféreriez alors être à l'hôpital ? : « Non, j'étais pas content de revenir à l'hôpital, j'aurai préféré être en appartement seul, mais le Dr VITRE n'a pas voulu. Ca fait des années que je me fais balader à l'hôpital et j'en ai marre qu'on me balade. »

6) PIERRE :

« Comment vous voulez dire ? Non, jamais. Si au CHU à Blain j'ai fais une appendicite. A Blain, j'avais pas de locataire, donc j'en ai pas parlé avec eux. *EUX ?* : Non je pense pas qu'ils soient retournés à l'hôpital. Mais ce n'est pas à souhaiter que ça leur arrive quoi ! »

7) RICHARD :

« J'ai essayé de m'électrocuter, mais j'avais pas vu que la sécurité de l'appareil avait été mise, et une deuxième fois j'ai demandé à Mme Vitre d'aller à l'hôpital sinon, j'aurai sauté d'une grue de chantier de 25 m, et les autres fois j'étais maniaque. Les autres non je leur ai rien dit. Ils n'ont pas été réhospitalisé. »

8) SYLVAIN :

« Non, je n'ai pas été réhospitalisé. Les autres y vont au CHS mais pour aller au Sillon. Si y a eu Mr SEBILO, qui a été réhospitalisé, et là j'avais très peur pour lui : c'était soit la gendarmerie, soit l'ambulance qui l'emmenait, et il a choisi l'ambulance. On pouvait lui faire confiance, il mettait de l'ambiance, mais il était animé. »

LES OBLIGATIONS, LES CONTRATS.

13° Quel contrat de soin avez-vous passé avec l'équipe soignante ? Que pensez-vous de ce contrat ? Est-ce difficile à réaliser et pourquoi ? Y a t-il d'autres contrats et si oui, qu'en pensez-vous ?

1) CHRISTINE :

« Faut être gentil, faut pas embêter les autres, on prend pas les affaires des autres, faut boire de l'eau car le café c'est trop chaud... »

Est-ce qu vous pensez que ça vous aide ? « Oui ça aide »

C'est difficile à suivre ? « Non ! »

Y a-t-il d'autres contrats ? « On ne fume pas, on ne mange pas, faut rester menue ! Et ça c'est difficile » *c'est le contrat que vous vous êtes fixée ?* « Ouais ! »

2) JOELLE :

« Je sais plus. Je sais que j'avais vu Mme Zimmerman avec les autres, tous ensemble, mais je ne rappelle plus pourquoi. Je suis contente d'être ici Mme Sophie, et puis j'ai une sœur formidable, regardez la carte qu'elle m'a envoyée, et puis le timbre, *puis me lit la lettre.* »

3) PHILLIPPE :

« J'ai eu trop d'ennui avec le métabolisme des médecins alors ça m'a mis la honte *répète* : Oui, de prendre les médicaments forts. *Pensez* : De prendre les médicaments, ça me fatigue, mais ça permet de reposer ma personnalité. *Important* : Oui, et de toute façon, j'y suis obligé, sinon, ils ne me donneraient pas la permission de faire ce que je veux dans la maison, de voir ma famille. »

Autre contrat : Non, ça a pas été précisé vraiment. Mais il faut pas que nous soyons trop emmerdants »

4) JEAN LUC :

« Oui, on a passé des contrats de soins. Ça dure cinq ans, tous les ans on se réunit pour le renouvellement. En gros on reste cinq ans obligatoirement à part si on fait des offenses ou si y a des problèmes quoi. *BARRAGE*. Il faut respecter les locaux, respect des prises de médicaments, respect des AMP, du personnel. Non c'est pas difficile. Ça me convient à part qu'on peut pas se préparer à travailler pour être en appartement seul, on en fait pas assez au niveau du ménage. Ce renouvellement de contrat n'est pas utile finalement, car les AMP, font déjà des rapports sur nous régulièrement et nous en parlent jamais, c'est pas évolutif. Y a des contrats de location, de logement, on paye 270 euros par personnes de logement »

5) DIDIER :

« Non y a pas de contrats. Bien sur que si y avaient des contrats, mais on m'a obligé à les signer, je voulais pas, sinon, je devais retourner à l'hôpital. J'avais quasiment pas d'argent ni de cigarettes, et vous pensez que le Dr Vitre pense aux handicapés, elle s'en fout elle, elle a tout son argent. »

Qu'est-ce qu'il disait ce contrat ? « Je sais pas »

Vous avez juste signé ? « Non »

D'autres contrats : « Non »

6) PIERRE :

« Oui, un contrat de cinq ans. Ben y a un peu de tout, comme moi personnellement, j'ai mes heures de douche, activité bellotte à Blain au début 4 jours par semaine, puis a diminué à 3 jours par semaine, hygiène quoi.

Pense : C'est très bien, on est bien, on en a pour cinq ans, après je vais demander un foyer occupationnel. C'est pas contraignant, ça fait partie de notre vie, par rapport à l'hôpital, on est mieux, on est plus chez soi.

Autre : Ben non, je pense pas »

7) RICHARD :

« Sûrement, je sais pas. »

8) SYLVAIN :

« Oui, le contrat c'était prendre des photographies, s'occuper du jardin, s'investir dans le jardin, je m'occupe moi-même de mon linge, et de la cuisine suivant les tâches réparties, et le ménage de ma chambre. C'est pour cinq ans. Ca m'occupe toute la journée mais j'ai quand même des temps de pause. De toute façon, c'est difficile de trouver meilleure solution, car on trouve le respect de soi à travers ces activités là. Y a aussi un contrat de location avec un état des lieux et un bail de cinq ans. Donc si on quitte le pré neuf, je crois qu'on est obligatoirement obligé de payer les cinq ans. »

14° Connaissez-vous le règlement intérieur ? Est-il facile pour vous de l'appliquer ?

1) CHRISTINE :

« Faut pas prendre le café des autres »

C'est facile : « Hum ! »

2) JOELLE :

« Oui, pour manger par exemple, pour faire le lavage du linge. Par exemple y a Yannick qui zappe la télé devant alors j'en ai parlé à Adeline quand elle vient chez moi, parce que je suis chez moi. Yannick il m'emmerde. *Répète la question*. Un règlement c'est-à-dire ? Je m'en rappelle plus. »

3) PHILLIPPE :

« Non, y a surtout une femme de ménage qui vient. »

4) JEAN LUC :

« Oui, y a un règlement intérieur, et dedans, il faut que ce soit propre, et y a quelqu'un qui vient et c'est ça le grand malheur. Par exemple Adeline au début prenne le balai, la serpillière et tout pour rendre propre. Moi je le faisais aussi mais les autres non parce qu'au début ils ne nous ont pas dit de passer la serpillière chacun notre tour, et bien ils ont demandé une femme de ménage. Donc on n'a pas la responsabilité des locaux au niveau de la propreté. Sauf que des fois on balaye ! Je suis contre le fait qu'il y ait une femme de ménage car elle nous prend la propreté qu'on doit faire nous même dans la maison.

Respect du personnel, je respecte même la bonne. Y a rien d'autre. »

5) DIDIER : « Non », « Je sais pas »

6) PIERRE :

« Oh oui, ça concerne l'alcool, c'est interdit, et se tenir bien quoi. *Facile* : Oui, ça pose pas de problème »

7) RICHARD :

« Comme partout. On en parlait pas, mais on est pas des gosses, chacun sait ce qui faut pas faire. »

8) SYLVAIN :

« Le règlement intérieur ça doit être la charte du patient hospitalisé. Elle est restée accrochée, mais maintenant est-ce qu'elle y est encore ? »

16° Quelles sont vos ressources ? Qui paye le loyer, à qui ? Bénéficiez-vous d'une aide pour la gestion de vos biens ? Si oui, que pensez-vous de cette assistance ?

1) CHRISTINE :

« J'ai pas de sous »

vous n'avez pas d'allocation « Non »

Y a-t-il quelqu'un qui vous aide ? « Je sais pas »

« Avant je vivais chez ma mère »

2) JOELLE :

« J'ai une tutrice, Mme DEFONTAINE, et je suis à l'aise avec elle, grâce à elle, je vais pouvoir acheter un tricycle à ma petite fille. C'est bien, autrement je ne saurais pas me débrouiller, avant c'était ma mère qui gérait tout, mais maintenant elle est dans une maison de retraite, et mon père est décédé, il s'est pendu. C'est moi qui paye le loyer, ça doit être la tutrice. J'ai L'AAH. »

3) PHILLIPPE :

« Loyer, ça c'est payé par l'argent qui est versé sur notre compte De l'argent de toute façon on en a quand on est salubre, mais quand on ne l'est pas on a pas le droit d'avoir d'argent. Je touche une pension, ben comme les autres, je sais pas comment elle s'appelle. J'ai plus de tutelle ni de curatelle non plus, j'ai l'âge qu'il faut pour le faire moi-même »

4) JEAN LUC :

« C'est moi qui paye mon loyer avec l'argent de ma pension, l'AAH, c'est ma mère qui prend l'argent de mon compte pour le loyer. Ma mère c'est ma tutrice. Ça m'ennuie parce que je suis pas encore responsable de ce que je suis, et qu'il y a des choses que j'ai demandé depuis longtemps et que j'ai toujours pas, comme un ordinateur. Je veux pas d'autre personne qui s'occupe de mes affaires que ma mère ou moi. De toute façon je n'ai pas d'autre solution et je ne veux pas non plus qu'on m'on propose d'autre. »

5) DIDIER :

« J'ai un Euro cinquante par jour pour boire un café. »

Qui paye le loyer : « Je sais pas, ben oui, j'ai une tutelle, mais elle ne m'aide pas »

6) PIERRE :

« Ben moi je suis sous curatelle quoi. On paye 270 euros par mois, ma curatelle qui paye. Moi j'ai 160 euros personnels, argent de poche te 110 euros de frais pour manger Le midi que je donne aux AMP. Je suis en invalidité, et je touche 713 euros

par mois. *Convient* : Oh oui, même très bien parce que pour l'achat des pantalons, mon vélo, je demande à ma curatelle, et comme j'ai une carte bancaire, c'est impeccable. Mme Vitre était d'accord pour le vélo, et j'ai mon panier alors je peux aller faire mes courses. Avant d'avoir la curatelle, j'étais pris en hospitalisation le 14.07.00, parce que j'avais un problème d'alcool et que je ne pouvais plus travailler. Je commençais à en avoir marre de la vie et je traînais dans tous les bistrot. C'est pour ça que j'ai toujours remercié mon père de m'avoir hospitalisé à Blain. »

7) RICHARD :

« J'ai une curatelle, elle s'occupait de ça et le loyer était pris directement sur mon compte, moi je ne m'occupais pas de ça. J'ai une pension d'invalidité, quand j'y étais à l'époque, j'avais assez, mais c'est toujours bien d'avoir un peu d'argent. Mais je pense que je pourrais le faire moi-même. »

8) SYLVAIN :

« J'ai une tutelle qui paye le loyer. Je touche l'AAH, je n'ai pas d'IJ, ce qui me paye le loyer, la nourriture, l'argent de poche et les loisirs (cadeaux à mon oncle, mes appareils photos, les plantes...). Elle est très agréable, jusqu'à maintenant je n'ai jamais eu de problème. Le système de tutelle, c'est un peu comme un assistanat, mais j'aurai du mal à gérer mon argent moi-même. Ca me rassure d'avoir une tutelle parce qu'on est défendu quoi.

LA VIE COMMUNAUTAIRE

16° Comment vous sentez-vous dans cette maison ?

1) CHRISTINE : « Bien »

2) JOELLE :

« Bien, à ravir, et j'ai recours à mon dictionnaire pour parler. »

3) PHILLIPPE :

« On s'y sent bien ensemble, je prends ça du bon côté. Les personnes qui sont là...*parle de façon incompréhensible* »

4) JEAN LUC :

« Pas bien, je ne me sens pas chez moi, je suis avec ... »

5) DIDIER : « Mal »

6) PIERRE : « Ah ! très bien »

7) RICHARD :

« Ca dépendant des moments, au début ça allait, mais après y a eu l'ennui.

Vous vous sentiez bien ? Non ! »

8) SYLVAIN :

« Je passe des bons moments, en essayant d'oublier que je pourrais retomber malade. Je positive quoi. »

17° Comment se passe la cohabitation avec les autres résidents ? Quelles sont vos relations avec eux ?

1) CHRISTINE :

« Bien » *quelles sont vos relations* : « Oh je m'embête pas avec eux ! »

2) JOELLE :

« Yannick il m'emmerde, il entend des voix, il crie, il gueule. *Relations* : pas terrible, non, c'est comme s'il était pas là. Pour moi il vit sa vie et moi je vis la mienne comme si j'étais toute seule, on est chacun de son côté, il va dans sa chambre et moi je vais dans la mienne. »

3) PHILLIPPE :

« Bien, je les aime bien, et ils sont contents de moi. Ils sont comme moi, mais ils fument trop ça me gêne parce que j'ai des médicaments contre le Parkinson. Mais on peut pas dire que c'est des copains, non, vous le savez mieux que moi de toute façon »

4) JEAN LUC :

« Ca va, on peut dire que ça va. *Relations* : Rien, aucune relation, personne ne cause, on est chacun dans son coin. »

5) DIDIER :

« Oui »

Relations ? Amicale (car pas de réponse) ? « Non »

6) PIERRE :

« Bien. *Relations* : On discute pas tellement ensemble, chacun fait son petit truc, moi j'ai mon petit truc. On peut pas dire que y a des réelles discussions. Si on se dit bonjour mais sans plus. »

7) RICHARD :

« Ca se passait bien, mais j'avais aucune affinité avec eux. »

8) SYLVAIN :

« Bien, on a tous nos petites habitudes, ça se déroule dans le calme. *Relations* : Des discussions amicales, mais j'essaie de me faire un peu oublier parce que je suis un peu envahissant de caractère. »

18° Comment se déroule le moment du repas, la proximité des autres ?

1) CHRISTINE : « Bien », *la proximité ne vous dérange pas ?* « Non ! »

2) JOELLE :

« Heureusement qu'il y a les AMP, qui mangent avec nous, elles sont deux des fois. »

3) PHILLIPPE : « Oh ! ben ça se passe bien »

4) JEAN LUC :

« A table, heureusement qu'il y a les AMP, car on cause pas à table, et comme y a des échanges paranormaux qui se font le soir et la nuit, ça fait la paix. Et je vous préviens, je suis pas fou. »

5) DIDIER :

« Bien »

6) PIERRE :

« Oui, le midi c'est en commun, le soir aussi. *Important de manger tous en groupe ?* : Ben oui, c'est bien, même si on discute pas on est quand même ensemble. On a un lien en commun quoi. »

7) RICHARD :

« Chacun faisait le repas pour les quatre à son tour, et on mangeait ensemble, mais je n'avais pas de conversation avec eux. »

8) SYLVAIN :

« Le repas est commun le midi et le soir, sauf trois soirs dans la semaine. Ca se passe très bien, y a jamais de violence. Le point commun c'est qu'on a tous été élevé au CHS et on apprécie d'autant plus ces moments là. »

19° Pour vous, partager les locaux, la salle à manger, le salon, la télévision, la musique.. Est-il possible ? Dans quelles mesures, et sinon quelles sont les difficultés ?

1) CHRISTINE : « Bien, pas de problème »

2) JOELLE :

« Non, ça va, ce qu'il y a Yannick veut toujours la 2^{ème} chaîne, jamais la première, ça m'embête. J'en parle aux AMP, mais j'ai peur qu'il m'engueule. Adeline me dit qu'il faut que je me défende, mais j'ose pas me défendre, j'ai peur qu'il me crie dessus quoi. »

3) PHILLIPPE :

« Ca eu, y a de la place, on peut pas dire qu'on est pas les uns sur les autres. Je peux vous dire aussi qu'on a pas d'ennuis à se « mater » entre nous. Mais ce qui n'est pas évident, je vous l'ai expliqué, c'est la fumée de cigarette à cause de mon Parkinson, c'est ça qui me gêne le plus. Sinon, ben je regarde pas beaucoup la télévision : ben moi la télévision, les programmes me plaisent pas. Et la musique je

vais l'écouter au CMP, sinon, ils font un peu de bruit le matin dans la maison. Jean Luc, était dans son fauteuil dans le noir, j'ai été le voir pour qu'il aille se coucher, mais il devait se sentir mal. Et puis la musique, j'ai vu ça avec la doctoresse, c'est pour savoir si on est normal et de comprendre certaines présences. »

4) JEAN LUC :

« Je regarde pas la télé, je regarde des DVD la nuit, et j'écoute un peu de musique la journée, je ne gêne pas mes collègues. »

5) DIDIER : « Je sais pas »

6) PIERRE :

« Non, pas de problème. Non, y a pas une parole plus haute que l'autre, on s'arrange entre nous. Comme ça on est dans une bonne ambiance quand même ! »

7) RICHARD :

« Non, pas de souci, c'était toujours moi qui étais devant, surtout la nuit quand tous les autres dormaient. Et même la journée, il n'y venait que très rarement. »

8) SYLVAIN :

« On gère. Y a jamais de musique ; Tiens, hier soir, Philippe avait mis de la musique techno un peu fort, je lui ai demandé de baisser, et il l'a fait sans problème. Ca arrive peut-être une fois par mois. Pour la télé, Pierre regarde des chiffres et des lettres et Jean Luc est un passionné de DVD, ils s'arrangent. Je crois même qu'ils s'arrangent mieux entre eux qu'avec moi, je suis pas sur, et moi je fais mon petit jardin. Je pense que j'ai un caractère pas très intéressant pour certaines personnes. »

20° Qu'elles sont les activités, les sorties, que vous faites en groupe avec les autres résidents ? et/ou avec les soignants ?

1) CHRISTINE :

« Faut pas que je sorte pour ne pas embêter les autres, y a pas d'activité ! »

2) JOELLE :

« On a été à la piscine une fois, une fois au cinéma, mais j'avais pris mes médicaments avant alors je me suis endormie pendant le film, twist je crois, un petit garçon qui se faut maltraiter. J'ai vu un petit peu, mais pas tout. Oui, ça ma changé, car quand j'étais chez mes parents, on faisait pas n'importe quoi. On était cinq enfants, on n'avait pas assez d'argent pour vivre. »

3) PHILLIPPE :

« Oui, ça arrive mais c'est pas souvent, à la mer par exemple. *Est-ce que ça vous plait ?* Ouais ! »

4) JEAN LUC :

« De moins en moins, c'est dommage, avant on sortait deux fois par semaine, même quand on était en hiver, maintenant, y a une sortie demain, et le 2 juin on a prévu d'aller au mont St Michel. Ca me plait. »

5) DIDIER : « Non y a pas de sorties »

6) PIERRE :

« Ben quand on fait des sorties, c'est avec les AMP quoi. Ca arrive pas souvent mais quand même : on a été au bord de la mer, on ... C'est bien. »

7) RICHARD : « Non y en avait pas. »

8) SYLVAIN :

« Alors c'est arrivé, on est allé voir les illuminations de PLESSE, pour les vêtements, notamment on est allé chez GEMO, pour les cadeaux de Noël, et les courses chacun notre tour avec les AMP une fois par semaine. Oh ! ben ça me plaît beaucoup, j'ai pu faire un cadeau à ma maman, et je me suis réconcilié avec elle depuis que je suis au Pré neuf. J'avais promis d'arrêter de boire, j'ai tenu ma promesse, mais il faudrait que j'arrête de fumer. »

21° Comment vous répartissez vous les tâches ménagères, les courses, la cuisine, avec vos colocataires ? Qui met les choses en place et comment ? Comment mettez-vous en place le budget ?

1) CHRISTINE :

« On travaille chacun son tour, y a un planning ouais ! »

C'est vous qui le faites ? « Ouais ! »

Et le budget : « J'aime pas les chaussettes, j'ai pas de chaussettes ! »

2) JOELLE :

« Ca se passe bien, c'est chacun son tour, moi je n'aime pas faire la vaisselle, ni faire la cuisine. Le ménage j'aime pas. J'aime rien faire, y a Louissette qui vient le mercredi et le vendredi, elle m'aide et elle est très gentille avec moi. La cagnotte : je viens de retirer 100 euros : je donne 30 euros pour la cagnotte et 60 pour moi. C'est les AMP qui ont calculé ça. »

3) PHILLIPPE :

« Des fois je fais le ménage, les dames me font faire le linge, les machines quand je suis couché et le ménage. Pour les courses, on a chacun notre place dans le frigo. La cuisine on a des jours, c'est les dames qui nous disent, on roule, chacun son tour, pour faire le balayage, la vaisselle. On a chacun un jour de prévu pour ça dans la semaine. *Le roulement* : On l'a fait ensemble. Le budget, ça doit être les filles, mais je peux pas vous dire exactement. »

4) JEAN LUC :

« Pour le ménage y a le planning des activités de chacun, en plus de la femme de ménage qui est fait depuis longtemps par les AMP. C'est un roulement. Les courses c'est aussi chacun son tour, avec les AMP, et il y a des tours de pain aussi, moi c'est le samedi et le dimanche car je reste là le week-end. Pour le budget, la cagnotte est décidée à l'avance et c'est Maud qui a mis ça en place, c'est modelable. »

5) DIDIER : pas de réponse

6) PIERRE :

« Moi, comme avec mon dos je peux pas tenir debout, je suis de corvée d'essuyer la vaisselle, les autres y sont trois, ils la lavent et essuient. Un jour par semaine c'est notre jour pour faire à manger le midi, on tourne quoi. Au départ c'était fait un peu comme ça par les AMP, et moi ça me va très bien. »

Budget : c'est-à-dire que 110 euros pour les repas du midi, on les donne aux AMP, et puis comme on va faire les courses avec eux, une fois par semaine à peu près. Et une fois par semaine je vais faire mes courses personnelles avec mes 160 euros. »

7) RICHARD :

« Y avait une femme de ménage alors c'était propre, pour manger c'était chacun notre tour, et les courses j'allais tout seul faire ma part de courses. »

8) SYLVAIN :

« Y a un roulement avec les taches de la cuisines et les courses une fois par semaine. C'est les AMP qui l'ont fait avec notre accord. C'est bien, ça permet de participer à l'effort commun. On a un budget fixe de 22 euros chacun plus le prix de trois repas par semaine. C'est Adeline et Sandrine qui l'ont calculé. »

22° La maison comprend aussi les extérieurs, devez-vous également les entretenir ? Si, oui, comment, quelle organisation ? Cela vous plait-il ? Et en quoi ? Le fait de sortir de chez vous est-il difficile et pourquoi ?

1) CHRISTINE :

« Oui, tout le monde »

« Y a du travail, c'est le désert »

« Oui, ça fait plaisir »

2) JOELLE :

« Ca va pousser ça vient quand même, depuis le temps qu'on attend ça ! Mais on a pas commencé encore. Et puis moi qui sais pas travailler, j'ai peur. Les IDE elles ont travaillé toute leur vie pour pouvoir vivre. Moi je suis une putain, car j'arrêtais les voitures sur la route pour coucher avec les mâles.

Le jardin : Oui, j'espère que ça va me plaire.

J'aimerais trouver quelqu'un de bien. »

3) PHILLIPPE :

« Pas moi non, mais j'ai déjà arrosé les fleurs.

Plait : Oui

Difficile : Non»

4) JEAN LUC :

« Oui, moi je m'occupe du potager, des plants de tomates, des pommes de terre, Sylvain, lui il s'occupe de la pelouse et des fleurs. Une fois j'ai récolté 30 kg de tomates par pied. C'est sympa et surtout je me suis mis d'accord avec la météo, des

fois il pleut quand il faut que j'arrose les tomates, et donc je n'ai plus besoin de sortir. C'est bien, mais il faut toujours y penser, faut pas laisser divaguer sa pensée, faut être à faire ce qu'il y a à faire. »

5) DIDIER : Sans participation

6) PIERRE :

« Ah non ! C'est Sylvain, c'est son occupation, lui aime faire le jardin. Moi je reste tranquille dans la véranda et je suis bien. Non c'est pas difficile de sortir de la maison. »

7) RICHARD :

« Le jardin, c'était quasiment à la fin, juste avant que je parte, alors j'ai quasiment rien fait. J'ai tondu une fois la pelouse, mais c'est tout. Mais d'être dehors, ça c'est toujours agréable. »

8) SYLVAIN :

« C'est moi qui m'occupe du jardin, ça me plait beaucoup. Cette année je me suis agrandi, ça prend plus d'espace. Je prends des photos du bassin à toutes les saisons. Y a les tulipes qui sont n fleur, et avant c'était les jonquilles. Etre à l'extérieur, c'est important aussi, parce que quand j'étais hospitalisé, je souffrais énormément d'être enfermé. Quand j'étais jeune j'avais un caractère sauvage : j'allais pêcher des poissons, je faisais des aquariums, j'allais cueillir des champignons. On retrouve le plaisir qu'on avait perdu. »

23° Quelles sont vos relations avec le voisinage ? Les avez vous déjà rencontré ? Si ces relations sont mauvaises, que ressentez-vous par rapport à cela ?

1) CHRISTINE :

Avez vous des voisins : « Oui »

Les avez vous déjà rencontré : « Oui »

Relations avec eux : « Faut nager pour avoir du courage ! »

2) JOELLE : « Non »

3) PHILLIPPE :

« Non, mais je sais qu'il y a un doberman blanc qui est là. »

4) JEAN LUC :

« La première année, ils m'ont entendus bêcher, et ensuite j'ai eu des mauvaises herbes, alors ils ont du les mettre en y pensant. Mais je ne les connais pas. J'aurai beaucoup de choses à dire, mais je ne veux pas qu'ils sachent ce que je suis et d'où on vient. On s'aperçoit, mais on ne se rencontre pas. »

5) DIDIER : Sans participation

6) PIERRE : « Non »

7) RICHARD :

« Je les voyais jamais, c'est de la discrimination ! Si une fois j'ai été les voir pour leur piquer leur téléphone, j'étais maniaque, et puis ils sont venus le rechercher. »

8) SYLVAIN :

« Ben je sais même pas leurs prénoms. Ce que je sais c'est que leur chien s'appelle ALZARO, il a une tête de Pitt bull, et à chaque fois que je taille un rosier il aboie. Il ne m'a jamais mordu, mais une de ces quatre il va passer la barrière et il va faire un gueuleton. Ses maîtres, y a une jeune femme et un jeune homme. La seule fois où nous nous sommes parlé c'est quand il m'a demandé comment on taille un rosier. Alors je le lui ai expliqué et c'est tout. C'est la seule discussion que j'ai eu avec lui. »

UN PETIT COIN D'INTIMITE

**24° Disposez-vous d'un espace plus personnel dans cette maison ?
Lequel ? Est-ce un bien pour vous ? Si oui, pourquoi ?**

1) CHRISTINE :

« Oui, une chambre, un lit, une armoire, un bureau, des feuilles et des crayons »

C'est bien ? « Oui »

pourquoi : « Pour penser »

2) JOELLE :

« Oui, ma chambre, j'ai une télé que j'ai payée, mais quand je suis arrivée ici, impossible de l'avoir dans ma chambre, parce qu'elle est trop petite et parce qu'on peut pas la brancher, y a pas de prise. Oh ! C'est bien, car j'y suis seule et je peux y mettre mes affaires bien rangées et je peux retrouver mes affaires. Des fois les filles elles m'aident pour m'épiler mes sourcils. J'aime bien dormir seule aussi, sauf si je pouvais avoir un homme avec moi, mais il faut le trouver. »

3) PHILLIPPE :

« J'ai ma chambre, oui, c'est bien surtout quand on a une peine de cœur. Oui, c'est bien parce qu'on s'y sent bien. »

4) JEAN LUC :

« J'ai ma chambre seule. C'est important ? Oui, c'est même une question de survie pour moi, car je veux pas trop en parler mais les autres de temps en temps ils viennent me bouffer la nuit. Vous aussi quand vous aurez fini vos études, vous aurez un bébé à manger. »

5) DIDIER : Sans participation

6) PIERRE :

« Moi c'est la véranda pour faire mes mots mêlés, y a la clarté, c'est un peu ma place personnelle. Et j'ai une chambre et j'ai acheté mon lit, comme ça après il sera

à moi quoi. C'est important, mon lit j'en ai pour ma vie avec, je suis bien là bas. Je sais pas pourquoi, j'y suis habitué comme ça. »

7) RICHARD :

« J'avais ma chambre, ça c'était bien, car on a son chez soi, on peut mettre la musique dans la chambre, c'est important la musique ! On peut décorer comme on veut, se faire un espace personnel. »

8) SYLVAIN :

« Oui, j'ai ma chambre. C'est bien parce que j'ai plus d'espace, une belle armoire spacieuse, une couette (le matin il suffit de la retourner et le lit est fait en 15 secondes), la lumière que je peux laisser allumé jusqu'à l'heure que je veux. Je peux rêver, c'est comme quand j'étais enfant, avec mes couettes, j'en ai trois. D'ailleurs le week-end dernier j'ai rêvé que la stagiaire, AMP, me donnait un beau caban bleu marine. Autrement on peut manger des en-cas : on a notre liberté pour nous, et on gère bien. »

25° Comment organisez-vous votre journée dans la maison ? Votre temps libre ? Sortez-vous seul ? Si oui comment ? Vous est-il possible de prendre les transports en commun ? Si non, en quoi est ce difficile ?

1) CHRISTINE :

« Bien, je prends un bain, je nage, je me déchiquetais »

Qu'est ce que ça veut dire : « Je m'enlevais mes cils, mes paupières, mes cheveux »

pourquoi : « Pour ne plus exister parce que je mérite pas »

« Je peux pas sortir pour ne pas embêter les autres »

2) JOELLE :

« En ce moment c'est mon canevas. J'ai un grand canevas que j'ai emporté à faire encadrer et puis je l'ai fini, et maintenant j'attaque avec Adeline, elle fait une grenouille et moi un clown, j'en fait petit bout par petit bout, et c'est encourageant.

Qu'est-ce que vous faites d'autre ? C'est déjà beau de faire un canevas. »

3) PHILLIPPE :

« Les médicaments sont forts alors je fais pas beaucoup d'activité. Des fois je me balade soit à pied soit en vélo, c'est agréable. *Bus :* non je peux pas vous répondre. »

4) JEAN LUC :

« Je regarde des DVD la nuit, le matin je fais la vaisselle ou je fais la cuisine, je prépare le café du midi. On en a déjà parlé, mais sinon, je lis, j'écris, et je correspond, je guéris mes plaies psychologiques, je paraffine ma pensée, par exemple j'ai été victime d'un truc d'ISIS hier (*en regardant mon cartouche*). Et de temps en temps je vais me balader ? J'avais commencé ça pour la circulation

sanguine. Le bus, oui, j'y suis autorisé pour aller voir des mais le vendredi Félix et Edouard, mais c'est difficile, l'arrêt déjà il faut le trouver, on peut se demander s'il est fictif. Il est en face du Pré l'abbé. Une fois, on m'a pris pour un con, car pour revenir, le bus, il passe sur chaque coté de la rue et les panneaux d'indications sont les mêmes, alors j'ai pris le mauvais bus, je me suis trompé de coté. »

5) DIDIER : Sans participation

6) PIERRE :

« Je me rase, je fais mes pèle mêle, et sinon, ben je fais pas grand chose moi. Je me balade juste quand j'ai besoin de faire mes courses personnelles, autrement pour mon tabac, avec mon vélo.

Pas pris le bus, non ça me dit rien, j'ai même pas jusqu'au bourg à SGDB alors ! »

7) RICHARD :

« C'était long, je faisais rien, j'étais mal. »

8) SYLVAIN :

« Je jardine, je désherbe, j'arrose, je bine les rosiers, je passe la tondeuse, je déplace les arômes, je plante des plantes, et puis je m'occupe de mon linge, et de la préparation du repas qui peut prendre jusqu'à une heure si c'est du poulet. Et on a l'atelier cuisine tous les vendredis chacun notre tour, et ça prend plus de temps. Je sors seul : je vais au tabac, au CATTP et ensuite à la banque le mardi soir. Ca m'intéresserait d'aller à l'église, mais je n'y suis pas encore allé, je ne suis pas à l'aise quand y a du monde, ça m'impressionne. Je n'ai pas pris le bus, je suis très maladroit, je n'en ai pas eu besoin, et on ne me l'a pas imposé. »

26° Comment organisez-vous vos week-ends ?

1) CHRISTINE :

« Le WE faut rester à poil, pourquoi s'habiller ? » « Le samedi j'étais au pré l'abbé, et j'allais me balader, et j'allais chez le coiffeur. »

Ça vous plait : « Oui »

2) JOELLE :

« Je reste au Pré l'abbé, et je trouve le temps long. J'ai pas de sens de l'orientation pour me balader, alors je sors pas toute seule, j'ai peur, j'ai très peur. Je vais à SUPER U avec Adeline ou Maud ou Sandrine. »

3) PHILLIPPE :

« Je vais chez mes parents, toutes les semaines »

4) JEAN LUC :

« Le WE, je reste au Pré neuf, c'est deux jours où je cuisine, deux jours où je vais chercher le pain, sinon, j'ai les mêmes activités, sauf qu'on est libre des horaires. »

5) DIDIER : Sans participation

6) PIERRE :

« Un WE par mois, le samedi je vais chez mon père, il vient me chercher, autrement je fais des pèle mêle tout le week-end. Avec mon père on discute, on casse la croûte quoi, je suis bien content de le voir. Et puis je lui dis que je suis content qu'il m'a fait hospitaliser »

7) RICHARD :

« J'allais chez mes parents je crois, enfin je sais plus. »

8) SYLVAIN :

« Tous les quinze jours je vais le week-end chez ma mère : on regarde la télé, je fais la vaisselle, je balaye, je joue aux dominos, à la crapette, aux dames françaises, chinoises, et on fait des parties d'échec avec le jeu que je lui ai offert pour Noël. »

27° Votre famille ou vos amis peuvent-ils vous rendre visite dans la maison ? Sinon pourquoi à votre avis, et comment faites-vous pour les voir ? Comment le comprenez-vous ?

1) CHRISTINE :

« Oui, y a des gens mais je ne sais pas qui c'est »

Vous les connaissez ? « Non »

Comment le comprenez-vous ? « Ca m'est égal ! »

2) JOELLE :

« *Visites* : J'ai eu une de mes tantes qui est venue, une sœur de mon père, et elle a vu ça avec Thérèse Anne qui lui a dit que je n'avais pas le droit aux visites, parce qu'il faut que je me pose. Le Dr Vitre m'a dit qu'il faut que je me pose. *Qu'est ce que vous en pensez ?* C'est vrai, il faut que je me pose, il faut attendre, comme dit le proverbe, tout vient à qui sait attendre ! »

3) PHILLIPPE :

« Non, ils viennent juste me chercher le dimanche matin. Ils rentrent des fois à la maison, mais ils restent pas et ils m'emmènent. Une fois il s'est passé 15 jours. Une fois y avait aussi des gens que je connais qui sont venus, mais qui sont normaux intellectuellement, pas comme moi. Mais les dames je sais pas pourquoi, mais elles n'aiment pas quand il y a quelqu'un qui vient. *Pensez* : ben on est chez nous, alors il faut pas exagérer non plus. »

4) JEAN LUC :

« Y en a eu sans prévenir alors j'étais pas là. C'est ma mère qui avait dit à ma tante de venir mais j'étais pas au courant. Sinon, il faut prévenir et en parler avec les AMP. Je trouve ça un peu euh...Mais je comprends, c'est parce que c'est envahissant pour les autres. »

5) DIDIER : Sans participation

6) PIERRE :

« Non il vient me chercher. Sinon, il faudrait avertir les AMP, quand il vient me chercher, il sort pas de la voiture et puis ça le fatigue des fois de marcher un peu. Je lui ai dit pourtant des fois vient voir mon lit. »

7) RICHARD :

« C'était difficile, je feintais. Y a un copain qui est venu une fois, et j'ai appris que je n'avais pas le droit. J'ai pas compris, c'était lamentable. On s'est engueulé, je crois pour ça. C'était important pour moi, ça faisait une sortie. »

8) SYLVAIN :

« Oui, ils sont venus quand j'ai fais une exposition de dessin, ça n'a pas posé de problème, mais c'est gênant de parler devant les autres »

28° Epreuvez-vous un sentiment de liberté ?

1) CHRISTINE : « Oui »

2) JOELLE :

« Oui, je suis chez moi, je me sens chez moi. Surtout quand il vient quelqu'un qui vient à la maison je suis bête, des fois je comprends pas ce qu'ils veulent, quand on connaît pas on est pas à l'aise. »

3) PHILLIPPE : « Parfait ! »

4) JEAN LUC :

« Non, parce que je suis pas chez moi, et y a des reprises des AMP quand on fait des conneries. »

5) DIDIER : Sans participation

6) PIERRE :

« Oui, ah oui, c'est très important, mais faut pas dépasser les bornes sans doute sinon, ça n'irait pas. »

7) RICHARD : « Succinctement. »

8) SYLVAIN :

« Oui, comparé à l'hôpital on a vraiment de la liberté. »

EVOLUTION ET PROSPECTIVE

29° Pensez vous avoir pu progresser depuis votre entrée dans la maison ? Si oui, pourriez vous nous raconter en quoi ?

1) CHRISTINE :

« Oui ! j'arrose plus personne, je suis propre et j'aimerais arrêter de fumer »

2) JOELLE :

« Oui, avec les AMP : elles sont gentilles, maintenant j'ai du cœur, j'ai la main sur le cœur, c'est tout. Et le Dr Vitre m'a dit que j'arrive un peu plus à me poser. Voilà, je suis moins envahissante qu'avant. »

3) PHILLIPPE :

« Ben je vais vous expliquer, c'est pas la question de faire des progrès, c'est de mettre des choses en place avec ma famille pour qu'un jour on puisse se retrouver. »

4) JEAN LUC : Sans participation

5) DIDIER : Sans participation

6) PIERRE :

« Oh oui ! Les filles m'ont dit que je m'étais amélioré un peu sur tout je pense : sur le rasage, l'hygiène »

7) RICHARD :

« Ca m'a appris des choses sur la cohabitation, le respect des autres. On a beau dire d'avoir une belle maison, mais faut être occupé, que le temps passe. J'avais pas de travail, je faisais trop les cafés, et en dehors de la télé je ne savais pas comment m'occuper. »

8) SYLVAIN :

« Ce qu'est valorisant, c'est que j'ai l'impression de m'intégrer : je discute avec le prêtre, les gens du crédit mutuel, le pompiste, même si je ne connais pas grand monde. »

30° La maison est-elle pour vous une finalité ou un espace de transition ? Quels sont vos projets par la suite, y avez vous déjà réfléchi ?

1) CHRISTINE : « Ca serait bien tout le temps ouais ! »

2) JOELLE :

« Transition ça veut dire ? Je vais y rester cinq ans, j'aimerais bien y vivre toute ma vie, pour le moment je n'ai pas de projet, mais j'ai peur de me retrouver sous les ponts, les ponts de Paris, à faire la manche. »

3) PHILLIPPE :

« Je crois qu'il faut rester au moins deux ou trois ans, c'est tout, mais pour le moment je n'ai pas d'autre projet en route. »

4) JEAN LUC : Sans participation

5) DIDIER : Sans participation

6) PIERRE :

« On a signé pour 5 ans, c'est très bien et maintenant j'ai demandé à aller au Foyer occupationnel de GUENROUET, j'espère que ça va se faire car c'est là bas que je finirais ma vie quoi. »

7) RICHARD :

« C'était une transition, à peine arrivé que je cherchais déjà à partir. Je me suis pas assez posé pour pouvoir m'occuper. »

8) SYLVAIN :

« Ben je sais pas quoi vous dire. J'ai pas de projet de sortie pour l'instant. Alors Olivier CAILLON m'a parlé que je devrai retravailler, moi je veux bien mais je suis très vite fatigué, j'arriverai pas à retrouver un rythme comme j'avais à 20 ans. Après sinon, je pourrai habiter à la « HAIE FOUACIER », c'est le foyer de l'arche ou aux frères de PONTCHATEAU. Un appartement seul je ne pense pas, ça inquièterai trop ma mère. »

31° Si l'on parle du fonctionnement de cette maison, qu'en pensez-vous ?

1) CHRISTINE : « Bien, ouais ! »

2) JOELLE : « Bien, ça me plait, grâce aux gens »

3) PHILLIPPE :

« Impeccable ! Elles nous disent rien de mal, et on est tous ensemble. »

4) JEAN LUC : Sans participation

5) DIDIER : Sans participation

6) PIERRE : « C'est très bien ! »

7) RICHARD :

« Y a des personnes qui sont pour, d'autres qui sont contre. Moi je suis pour, mais si les personnes sont aussi malheureuses qu'à l'hôpital, voilà le résultat. C'est dommage à ce moment là je n'avais pas la capacité de m'épanouir là bas. Faut de l'occupation, c'est comme une prison dorée là bas. »

8) SYLVAIN :

« C'est bien, j'aurai pas imaginé ça ailleurs dans les autres centres. Là j'ai le moral, je dessine, je jardine, je m'exprime, c'est que je suis mieux dans ma peau. Parfois, c'est quand même tendu, y a des discussions où ça rigole pas. Mais c'est pas pour autant qu'elles sont rigides. »

**33° Que pourrions-nous faire pour améliorer les choses selon vous ?
Quel serait le projet idéal ?**

1) CHRISTINE :

« Ce qu'on pourrait améliorer c'est les pensées, là bas je vois plein de choses, ce que je pourrais faire, être plus propre, faire le ménage, faire la cuisine, ça fait plaisir ! »

2) JOELLE :

« Il faudrait que j'aille à la messe, mais j'arrive pas à comprendre tout, comme l'homélie. *Répète* : moi, j'aimerais bien quand même que ma sœur, vienne me voir chez moi, que ma famille vienne me voir, avec mes filles. » *pleure en évoquant ses filles.*

3) PHILLIPPE : « Non, rien, ça se passe bien. »

4) JEAN LUC : Sans participation

5) DIDIER : Sans participation

6) PIERRE :

« Je pense pas qu'il y ai quelque chose à y faire. Tout le monde a aussi ses activités personnelles, c'est très bien comme ça. »

7) RICHARD :

« Il faudrait faire des sorties organisées, faire des stages d'insertion, remettre un pied dans le CES, et avoir un moyen de locomotion comme David. »

8) SYLVAIN :

« Je sais pas. Des fois, y a des revendications qui ne sont pas toujours les bonnes. C'est difficile avec le caractère que j'ai de trouver mieux »

33° Pour certains : Qu'est-ce qui fait que ce projet a échoué ? Et pour les autres qu'est ce qui fait que ce projet a réussi ?

1) CHRISTINE :

« Faire des dessins »

2) JOELLE :

« C'est les AMP qui m'aident et qui m'aiment aussi, j'ai besoin d'amour. »

3) PHILLIPPE : « Oh, rien est encore réussi ! »

4) JEAN LUC : Sans participation

5) DIDIER : Sans participation

6) PIERRE :

« Moi, mon jeu, j'ai eu la chance de pouvoir m'abonner à pèle mêle soleil là. Richard, lui, il s'ennuyait sans doute car' il est pas resté. Je sais pas mais je pense que c'est pour ça.

7) RICHARD :

« Je manquais d'occupation et j'ai fais ma TS. Je voyais pas l'avenir. Mais c'est toujours une expérience enrichissante, j'ai tripé là bas. »

8) SYLVAIN :

« On a réussi à me remettre certaines idées en ordre sur moi. J'ai appris à dessiner, à prendre des photos, ça m'a beaucoup plu, ça m'a aidé. C'est passionnant, ils ont réussi à mettre en avant mes talents. »

ANNEXE 2

ANALYSE DES RESULTATS PAR QUESTION

REPRESENTATIONS PERSONNELLES DU PROJET ET MISE EN PLACE DU PROJET.

1° Qui a mis en œuvre ce projet ? Est-ce un choix personnel ? Vous a-t-il été conseillé, imposé ? Comment se sont déroulées les démarches pour la mise en place de ce projet ?

En ce qui concerne la mise en œuvre du projet des maisons communautaires, un patient n'a pas participé à l'étude (9), un autre dit ne pas avoir de souvenirs sur la mise en place en général de ce projet (1), et les 7 autres patients évoquent qu'il s'agit d'une initiative de l'équipe soignante, avec leur accord : soit du Dr Vitre (2, 4, 5, 7, 8), soit du personnel infirmier (6), soit des deux (3).

Les démarches réalisées avant leur emménagement consistaient pour les patients 2, 4, 8 en une visite des lieux, et l'organisation dans le même temps d'une rencontre des futurs résidents ainsi que du personnel soignant (avec des efforts : 4). Un état des lieux avant l'emménagement aurait eu lieu pour le patient 8. Cependant deux patients affirment n'avoir réalisé aucune démarche (soit en raison d'un soutien associatif, soit médical).

Aucune réponse n'a été donnée par les patients 6 et 7.

2° Quelle a été votre première impression en arrivant ? Qu'a vous ressenti les premiers jours ? Vous êtes vous senti perturbé, mal à l'aise, et pourquoi ?

Un sentiment de bien être a été évoqué par les cinq patients 1, 2, 3, 4, 8, en raison de la gentillesse des gens (2), d'un sentiment de soutien (3), de partage avec les autres résidents (4), et d'amélioration de la qualité de vie par comparaison à la vie hospitalière (8).

A l'opposé un sentiment de mal être a été ressenti par le patient 7 avec alternance de phases hypomaniaques et dépressives ayant eues pour conséquence une TS peu de temps après l'emménagement.

Et puis les patients 5 et 6 n'auraient rien ressenti de particulier.

3° au sein du groupe, comment se déroule l'intégration d'un nouveau résident ? Comment réagiriez vous si un nouveau résident devait venir s'installer ici ? Qu'est-ce que vous en penseriez ?

Devant l'intégration éventuelle d'un nouveau résident, on retrouve l'expression d'un sentiment de joie (8) couplée parfois à un cahier des charges bien précis (2) suite à une expérience malheureuse, un sentiment de persécution (4), d'indifférence (1), ou encore comme celui d'une expérience possible (1, 3, 5, 6).

RELATIONS AVEC L'EQUIPE SOIGNANTE

4° Quelles sont les personnes qui vous accompagnent au quotidien ?

Hormis l'absence de souvenirs sur ce sujet d'une patiente (1) et un refus de réponse (5), les autres patients expriment la présence des AMP (2, 3, 4, 6, 8) qui sont nommées par certains : Maud, Adeline, Nathalys, et Sandrine (2, 8, 4), et qualifiées par d'autres comme des personnes compréhensives (3), des médiateurs (7). Certains parlent aussi des IDE (Liliane et Thérèse Anne ; 2, 4, 6), d'une psychologue (4), d'une aide ménagère (7, 8), et du cadre infirmier (8).

5° En quoi ces personnes vous aident-elles, que vous apportent-elles ? Qu'est-ce qu'elles représentent pour vous ?

Trois patients n'ont pas le sentiment d'être aidé par ces personnes (4, 5, 7), et cinq autres ressentent cette aide (2, 3, 1, 6, 8) soit par leur compagnie (2), soit par le soin (3) qu'elles apportent, par l'aide au quotidien (1), soit par leur encadrement (8)

Elles représentent alors pour les patients l'ordre (7, 8), des amies (6), une distraction (4), des pourvoyeurs de soins (3), rien (1, 2). Ambivalence de 5 : personnalités différentes mais pas si différentes que ça.

6° Comment s'organisent leur temps de présence et d'absence ? Comment vivez vous leur départ, et que ressentez-vous lorsque vous êtes seuls ? Leur présence est-elle importante ?

Les temps de présence et d'absence (2, 4, 6, 7, 8) s'effectuent selon un roulement précis (3, 6).

A leur départ les patients retrouvent des sentiments d'inquiétude (3), d'ennui (2), de contentement de goûter à la solitude relative ou ne ressentent rien de spécial (4,6).

Leur présence ne semble avoir pour certain aucune importance (5, 7), contrairement aux autres (1, 2, 3, 4, 6, 8). Pour ceux là leur présence est importante, soit pour leur capacité de compréhension (3), soit pour l'aide à la réalisation des menus et des piluliers (4), soit pour leur encadrement (8), soit encore pour servir les patients quand ils en ont besoin (6)

7° Comment, à votre avis se déroulerait la vie à la maison si elles n'étaient pas là ? Pourquoi ?

Imaginer la vie dans ces maisons sans les soignants n'a pas d'importance pour un patient (4), est une énigme pour d'autres (1, 5, 8 : ne savent pas), n'est pas imaginable ou représenterait l'anarchie (2, 7).

Cette situation en effet n'est pas imaginable, pour le 4, en raison de son handicap, dit ne pas pouvoir être responsable de lui. Quant à une situation qui correspondrait à l'anarchie, elle est expliquée par l'absence d'ordre et de cohésion que les soignants apportent régulièrement.

8° Existe t-il des réunions entre vous et les soignants ? Si oui, qu'y faites-vous ? Cela vous semble t-il important et pourquoi ?

Huit des neufs patients concernés affirment l'existence de réunions avec les soignants :

- sous forme informelle (1, 5) par des temps de rencontre, de partage, que ce soit autour d'activités, en regardant la télé ou lors du repas.
- de façon plus formelle, (2, 3, 4, 6, 7, 8) organisées à des temps déterminés et permettant d'aborder l'organisation de la semaine (3, 7, 8) en terme d'activités, de courses, d'accompagnements, et l'organisation des menus de la semaine (2, 3, 4, 6, 8) ». Une réunion avec la psychologue existe également pour évoquer d'autres sujets, du tout venant (4, 7).

Ces réunions, en l'absence de réponse de certains (1, 4, 8) ont une importance majeure pour les autres pour les raisons suivantes :

- organisation des repas (2, 3) ;
- intérêt collectif pour le choix des repas (2, 6) ;
- moments d'échanges (5, 7).

ORGANISATION DU SOIN

9° Comment se déroule votre suivi médical ? (Avec qui, comment vous rendez-vous en consultation, les soignants de la maison ont-ils un rôle...) Avez-vous un médecin traitant, comment l'avez-vous choisi ? Qui allez-vous consulter et comment ?

Le suivi médical psychiatrique est assuré par le Dr Vitre pour le 2, 4, 5, 6, 7, 8. Deux patients savent qu'ils sont suivis, mais ne se souviennent plus par qui (1, 3). Pour deux d'entre eux (2, 4) les trajets en consultations se font en ambulance avec l'aide des AMP.

En ce qui concerne le suivi par un médecin généraliste, trois patients déclarent ne pas avoir de médecin traitant (3, 5, 7), deux déclarent en avoir un mais ne savent plus très bien (1, 2), et les autres sont suivis par un même médecin généraliste, le Dr NAYEL, conseillé par les AMP, et consulté sur RDV, pris par les soignants après que les patients aient évoqué avec elles leurs problèmes de santé. (4, 6, 8).

10° En ce qui concerne les médicaments ? Qui s'en charge ? Comment cela se passe ? (Pharmacie, pilulier, prise personnelle indépendante) Que ressentez-vous en allant les chercher à la pharmacie, en les préparant, est-ce difficile ?

L'achat des médicaments à la pharmacie dépendrait pour certains du type de médicament nécessaire (4 et 6), ainsi en ce qui concerne les problèmes médicaux, ces patients ont une certaine autonomie concernant leur approvisionnement. Par contre en ce qui concerne les traitements psychiatriques, leur achat se fait dans différentes conditions :

- prise en charge totale par les soignants (2, 3, 4, 8) ;
- autonomie complète (5, 7) ;
- et un accompagnement (1).

La préparation du pilulier et la prise des médicaments se déroule de la même façon soit par :

- un accompagnement par les soignants (1, 2, 4) ;

- une autonomie complète (3, 8) ;
- une prise en charge totale par les soignants.

Le déroulement de ces étapes se déroule à priori sans difficulté (1, 5, 8), et reste sans réponse pour les autres patients.

11° Avez vous conservé d'autres activités de soins ? Lesquelles (HDJ, ERGO, CAT, CATTP) ? En quoi est-ce important pour vous?

Les activités en dehors de la maison semblent être nombreuses pour tous les patients, excepté pour un (7), qui dit ne pas se souvenir, ne pas vouloir se souvenir, en raison du mal être qu'il y a ressenti. Il y a la Gymnastique (1, 2), la piscine (1), le dessin (1), la randonnée (5, 8), le CATTP (3, 8), l'HDJ (8, 6). Les personnes pratiquant ces activités expriment l'importance qu'elles ont pour eux, en dehors de l'un d'entre eux qui n'en voit pas l'utilité (5), pour les raisons suivantes :

- il s'agit d'un temps de rencontre avec les autres (8) ;
- permet la diversification (4, 6) ;
- repos moral (1, 2, 3) ;
- matérielles (3 : « écouter des bandes magnétiques »).

12° Lorsqu'une ré hospitalisation est nécessaire, comment organisez-vous les choses vis-à-vis des autres résidents? Que ressentez-vous lorsqu'un de vos colocataires est hospitalisé ?

La question de l'hospitalisation n'a pas obtenu de réponse pour trois patients (2, 3, 6). Cependant les autres ont répondu selon deux thèmes majeurs :

- par une hospitalisation souhaitée (pour éviter l'inquiétude des autres : 1, 5 : la première dans le but de revenir par la suite dans la maison et le second dans l'espoir inverse.) ;
- par un problème personnel ne regardant pas les autres résidents (4, 7).

Si l'on se place à l'inverse du côté des résidents restant dans la maison lorsqu'un de leur colocataire est ré hospitalisé, on retrouve des sentiments :

- d'angoisse (8) ;
- de soulagement (2) ;
- de compassion (6 : « il ne faut pas leur souhaiter que ça arrive) ;
- pas de réponse (3, 4, 5, 7) ;
- ne sais pas (1).

LES OBLIGATIONS, LES CONTRATS.

13° Quel contrat de soin avez-vous passé avec l'équipe soignante ? Que pensez-vous de ce contrat ? Est-ce difficile à réaliser et pourquoi ? Y a t-il d'autres contrats et si oui, qu'en pensez-vous ?

Sept résidents sur huit nous parlent de leurs contrats. La huitième ne se souvient plus (2). En dehors d'une durée totale de cinq ans (4, 6, 8), il s'agirait d'un contrat personnalisé à chaque résident en fonction de leurs difficultés. On retrouve ainsi :

- respect de la prise des médicaments (3, 4) ;
- respect des autres (1, 4) ;
- hygiène ménage (6, 8) ;
- activité jardinage (8), photos... en fonction des hobbies.

Face à cette contractualisation de la vie quotidienne, certains, ne savent que dire (2), certains sont très mécontents (5 par obligation), et d'autres sont satisfaits (1, 3, 4, 6, 8), soit par ce que ça leur permet d'avancer avec un but (1, 2), soit parce qu'il s'agit de la vie quotidienne de tout à chacun et qu'il n'y a pas d'autre solution pour se respecter soi même. (6, 8)

Pour l'application de ces contrats, pas de réponse (2, 5, 8, 7) ou alors ils expriment soit une grande difficulté avec un sentiment d'obligation (3), soit un réel sentiment de faisabilité.

Hormis ce contrat personnalisé deux résidents évoquent l'existence des contrats de location (4, 7) avec la signature du bail et le montant du loyer (270^E), une autre évoque le contrat qu'elle s'est elle-même fixée (rester mince) et les autres soit, ils ne savent pas répondre (2), soit ils ne connaissent pas l'existence d'autres contrats (3, 5, 6).

14° Connaissez-vous le règlement intérieur ? Est-il facile pour vous de l'appliquer ?

Quatre des patients disent connaître le règlement intérieur (1, 2, 4, 6, 7), un pense le connaître (8), et deux disent ne pas le connaître (3, 5). Par mis les premiers un seul exprime sa facilité pour appliquer le règlement (6), contrairement aux autres qui ne se prononcent pas.

15° Quelles sont vos ressources ? Qui paye le loyer, à qui ? Bénéficiez-vous d'une aide pour la gestion de vos biens ? Si oui, que pensez-vous de cette assistance ?

Par rapport aux ressources, trois patients disent toucher une pension d'invalidité (3, 6, 7), trois autres touchent l'AAH (2, 4, 8), un n'a pas répondu (5), et le dernier pense ne pas avoir d'argent (1).

En ce qui concerne la gestion de leurs biens six d'entre eux sont soit sous tutelle (2, 4, 5, 8), soit sous curatelle (6, 7), l'un d'entre eux est autonome quoique anciennement bénéficiaire d'une gestion des biens (3), et la dernière ne sait pas (1).

De cette gestion des biens, les résidants sont soit :

- satisfait (2, 6, 8), en raison de l'assistanat qu'elle apporte, une certaine façon de pouvoir se rassurer ;
- pas de réponse (1, 3) ;
- mécontent (5) ;
- résignés (4, 7).

LA VIE COMMUNAUTAIRE

16° Comment vous sentez-vous dans cette maison ?

Deux catégories de réponses sont ici présentes :

- certains résidants se sentent Bien, dans cette maison (1, 2, 3, 6, 8), voire même très bien ;
- d'autres expriment l'inverse, ils se sentent mal (4, 5, 7). L'un d'eux explique même pourquoi (4) par le sentiment de ne pas être chez lui.

17° Comment se passe la cohabitation avec les autres résidents ? Quelles sont vos relations avec eux ?

Hormis pour l'un d'entre eux (2), la cohabitation se passe bien dans l'ensemble (1, 3, 4, 5, 6, 7, 8). Les relations sont quant à elles difficiles puisqu'un seul résident parle de relations amicales (8), sinon, tous les autres expriment clairement le fait qu'ils n'aient aucune affinité les uns pour les autres.

18° Comment se déroule le moment du repas, la proximité des autres ?

Le moment du repas est très souvent commun :

- bon déroulement (1, 3, 5) mais sans échange de discussion (6, 7, 8) ;
- nécessité parfois de la présence d'un tiers (2, 4), soit pour éviter les disputes (2) avec le colocataire, soit en raison d'un délire de persécution et donc d'une autre présence qui soit rassurante (4).

La proximité des autres en elle-même n'est quasiment pas évoquée par les patients, sauf pour l'un d'entre eux pour lequel il n'y voit aucun inconvénient. (1)

19° Pour vous, partager les locaux, la salle à manger, le salon, la télévision, la musique.. Est-il possible ? Dans quelles mesures, et sinon quelles sont les difficultés ?

La question du partage, en dehors de ceux qui ne savent pas (5), représente parfois des difficultés. Pour un d'entre eux (2), une non entente des colocataires et une tyrannie exercée par l'autre résident rendent difficile la vie quotidienne.

Hormis cela, six autres patients expriment plutôt leur sens du partage (1, 3, 4, 6, 7, 8).

Pour le sens du partage, on retrouve les circonstances suivantes :

- pas d'explication (1) ;
- négociations et arrangement (6, 8) : en fonction des heures des programmes de chacun, en se demandant gentiment de baisser le son par exemple ;
- utilisation différente (3, 4, 7) des autres, soit par une augmentation de leurs activités nocturnes pendant le sommeil des autres, ne dérangeant pas les autres résidents d'après eux, soit par une non affection des programmes de la télévision et une écoute de la musique dans un autre lieu.

20° Qu'elles sont les activités, les sorties, que vous faites en groupe avec les autres résidents ? Et/ou avec les soignants ?

Trois des patients déclarent qu'il n'y a pas d'activités (1, 5, 7), et les autres racontent les sorties déjà réalisées ou en projet. (2, 3, 4, 6, 8). Les exemples donnés sont les suivants : piscine (2), cinéma (film TWIST par exemple) (2), excursion au Mont St Michel (4), plage (6), réalisation des courses de Noël (8), admiration des illuminations de PLESSE (8). Ces personnes expliquent leur contentement lors de l'organisation de telles sorties, avec parfois le regret qu'elles se font plus rares (4). Pour d'entre eux, la joie est accompagnée de souvenirs familiaux important pour eux : l'un s'est réconcilié avec sa mère en lui apportant

un cadeau de Noël (8), et une autre (2) en allant au cinéma s'est rappelée sa vie de famille de petite fille et l'absence de moyens financiers de sa famille l'empêchant pendant son enfance de réaliser des sorties au cinéma.

21° Comment vous répartissez vous les tâches ménagères, les courses, la cuisine, avec vos colocataires ? Qui met les choses en place et comment ? Comment mettez-vous en place le budget ?

Une personne n'a pas effectué de réponse (5). Cependant tous les autres résidents parlent d'un PLANNING d'ACTIVITE, d'un roulement concernant les tâches suivantes : la cuisine, la vaisselle, acheter le pain, balayer, essuyer la vaisselle. Ce roulement aurait été réalisé : par les AMP dès le départ (3, 4, 6, 8), par les patients (1), sans réponse (2, 7).

Quant au budget réalisé pour la liste des commissions, aurait été calculé par les AMP (2, 3, 4, 6, 8) à partir des menus pour la réalisation d'une cagnotte, sans réponse (5,7), réponse à coté (1). Les patients retirent la somme et la donne aux AMP, qui réalisent la cagnotte pour les courses communes (2,6, 8), sans réponse de la part des autres.

22° La maison comprend aussi les extérieurs, devez-vous également les entretenir ? Si, oui, comment, quelle organisation ? Cela vous plait-il ? Et en quoi ? Le fait de sortir de chez vous est-il difficile et pourquoi ?

Un patient (5) a mis fin à l'entretien, il ne participe donc plus à ce stade des questions à l'étude.

Trois types de réponse concernant l'entretien des extérieurs ont été relevés : ceux qui ne participent pas (6), ceux qui n'ont pas encore eu le temps de participer (2), et ceux qui participent à l'entretien du jardin (1, 3, 4, 7, 8). Par mis eux, chacun exerce un rôle différent : l'un s'occupe du jardin potager avec des plants de tomates et de pommes de terre (4), un autre participe à l'arrosage des fleurs (3), un autre a déjà participé une fois à la tonte de la pelouse (7), et un autre s'occupe plus particulièrement et de façon plus fréquente des fleurs et de la pelouse (8).

Il s'agirait alors d'une tâche plaisante pour la majorité d'entre eux (1, 2, 3, 4, 7, 8), excepté pour l'un d'entre eux qui préfère ne pas participer.

Les raisons évoquées par les patients sont :

- pour celui qui ne participe pas, il ne s'agit pas d'une difficulté à sortir mais d'une préférence à rester dans la véranda continuer ses activités habituelles, par goût certainement ;

- pour les patients qui participent, on retrouve le plaisir de sortir contrairement à l'enfermement déjà vécu (8, 7), pas de réponse (1, 2, 3), et la nécessité de se concentrer pour réaliser son travail (ne pas faire divaguer son esprit, 4).

23° Quelles sont vos relations avec le voisinage ? Les avez vous déjà rencontré ? Si ces relations sont mauvaises, que ressentez-vous par rapport à cela ?

Quatre patients disent ne jamais avoir rencontré leurs voisins (2, 3, 4, 6), un a mis fin à l'entretien avant cette question (5), et trois autres disent les avoir rencontré, mais très peu, de l'ordre de une fois peut-être.
Il n'y a donc pas de relation de voisinage.

UN PETIT COIN D'INTIMITE

24° Disposez-vous d'un espace plus personnel dans cette maison ? Lequel ? Est-ce un bien pour vous ? Si oui, pourquoi ?

Tous les patients interrogés (1, 2, 3, 4, 6, 7, 8) parlent alors de leur chambre, en premier lieu. Sinon, la véranda est décrite par un des résident comme un espace un peu plus investit que le reste des parties communes (6). Tous en sont très contents (1, 2, 3, 4, 6,7, 8).

Les raisons évoquées sont les suivantes :

- survie, protection contre les autres résidents (4) ;
- solitude et investissement particulier d'un lieu comme étant son « chez-soi » (2, 3, 6, 7, 8) avec mise en place d'objets personnels ;
- lieu privilégié pour penser (1).

25° Comment organisez-vous votre journée dans la maison ? votre temps libre ? Sortez-vous seul ? Si oui comment ? Vous est-il possible de prendre les transports en commun ? Si non, en quoi est ce difficile ?

Les activités évoquées dans le cadre de l'organisation d'une journée dans les maisons communautaires sont très différentes et riches, hormis pour l'un d'entre eux qui ne faisait rien (7). On retrouve alors les éléments suivants :

- activité pathologique en rapport avec leur maladie (1, 4) : vécu délirant pour l'un (4 : exemple : j'ai été victime d'un truc d'ISIS hier, alors qu'il regardait mon cartouche), et automutilation pour l'autre (1 : je me déchiquetais pour ne plus exister) ;
- activité de l'ordre du quotidien : linge, préparer le repas, faire le ménage, atelier cuisine, préparer le café du midi (4, 8) ;
- hygiène : prendre un bain (1), se raser (6) ;
- distractions d'intérieur : faire des pèles mêles (6), faire du canevas (2) ;
- distractions d'extérieur : jardinage (8), courses personnelles (tabac, banque), balades à pied ou à vélo (3, 4, 6), rencontre avec des amis (4) ;
- soins avec le CATTP par exemple (8).

Par rapport aux transports en commun, le bus notamment, un seul résident a déjà tenté de le prendre seul, une seule fois, pour se rendre à un rendez-vous avec des amis (4), mais la difficulté résidait dans la compréhension du fonctionnement et du sens de la ligne, avec échec et altération de son ego. Les autres : soit ils n'ont pas répondu (1, 2, 7), soit ils affirment ne jamais avoir pris les transports en commun (3, 6, 8). Deux par mis ces derniers expliquent qu'ils n'en avaient pas envie (5) et l'autre pas le besoin (8) accompagné d'une autodépréciation.

26° Comment organisez-vous vos week-ends ?

Trois groupes peuvent alors se dessiner :

- Ceux qui restent tous les WE dans les maisons communautaires (2 et 4), avec possibilité d'effectuer les mêmes activités qu'habituellement avec une certaine liberté des horaires (4). Pour l'autre résidente, en l'absence des AMP, préfère ne pas sortir par peur (2) ;
- Ceux qui partent toutes les semaines en WE chez leurs parents (3,7) ;
- Ceux qui alternent les WE ou les journées de chaque WE, entre des rencontres familiales et la maison ou encore entre la maison et l'hôpital. Ainsi l'un d'entre eux (1) passe tous les samedis dans la maison avec possibilité de se balader, d'aller chez le coiffeur..., et le dimanche, à l'hôpital. Un autre (6) part chez son père un WE par mois (content de le retrouver, partage des repas...), et un dernier (8) retrouve sa mère un WE sur deux avec alors l'occasion de pouvoir se divertir autour de jeux de sociétés.

27° Votre famille ou vos amis peuvent-ils vous rendre visite dans la maison ? Sinon pourquoi à votre avis, et comment faites-vous pour les voir ? Comment le comprenez-vous?

Dans le groupe de patients, il y en a qui ne savent pas (1), il y en a aussi pour lesquels la famille proche a pu venir dans la maison sans problème (8 : pour une exposition de dessin). Pour les autres soit les proches viennent les chercher et attendent dehors sans rentrer (3, 6), soit ils ont eu une expérience de visite avec ensuite reprise et interdiction par les AMP (2, 4, 7).

Les réactions des patients par rapport à cela sont :

- ne sait pas (1) ;
- pour celui qui a reçu sa famille lors d'une exposition, l'expression d'une gêne par rapport aux autres. (8) Pour les autres :
- l'incompréhension (3, 6, 7) ;
- la compréhension (4 : « c'est envahissant pour les autres » ;
- résignation (2 : « il faut attendre, comme dit le proverbe, tout vient à qui sait attendre.).

28° Eprenez-vous un sentiment de liberté ?

Cinq d'entre eux se sentent vraiment libre (1, 2, 6, 8), et l'un d'entre eux explique même pourquoi, par un sentiment d'appartenance à un lieu : « je suis chez moi ». L'un d'entre eux ne se sent pas libre du tout (4), à l'inverse parce qu'il ne se sent pas comme étant chez lui, et le dernier est plus incertain quant à sa réponse (7).

EVOLUTION ET PROSPECTIVE

29° Pensez vous avoir pu progresser depuis votre entrée dans la maison ? Si oui, pourriez vous nous raconter en quoi ?

Un des résidents (3) considère qu'il ne s'agit de faire des progrès mais d'organiser la suite avec la famille. Quant aux autres (2, 6, 7, 8), ils pensent tous avoir fait des progrès depuis leur arrivée dans la maison communautaire, qui sont tous dépendants des troubles initiaux :

- sentiment d'Intégration (8) ;
- amélioration de l'hygiène (1, 6) ;
- contrôle de soi (1, 2) ;
- respect des autres (7).

**30° La maison est-elle pour vous une finalité ou un espace de transition ?
Quels sont vos projets par la suite, y avez vous déjà réfléchi ?**

Il y a trois axes à cette réponse :

- ceux qui ne savent pas (8) ;
- ceux pour qui c'est une finalité (1, 2) ;
- ceux pour qui c'est une transition (3, 6, 7).

Par mis ces trois derniers patients, l'un d'eux n'a pas répondu en ce qui concerne ses projets (7), un autre n'a pas de projet pour le moment (3), et le dernier fait le projet de pouvoir finir sa vie en Foyer occupationnel (6).

Le patient qui ne savait pas répondre initialement évoque quelques idées éventuelles de projet par la suite comme une réinsertion par le travail ou un foyer occupationnel (8).

31° Si l'on parle du fonctionnement de cette maison, qu'en pensez-vous ?

Cinq patients parlent d'un bon fonctionnement (1, 2, 3, 6, 8) soit sans explication particulière (1, 6), soit en raison des liens communautaires existants qu'ils soient avec les patients et/ou avec les soignants (2, 3), soit en raison d'une restauration narcissique de part les activités réalisées (8).

Cependant un autre est plus mitigé dans sa réponse, avec l'existence d'un bon fonctionnement de cette structure mais pour lui à ce moment là il s'agissait d'une mauvaise indication. Il parle alors de « Prison dorée ». (7).

**32° Que pourrions-nous faire pour améliorer les choses selon vous ?
Quel serait le projet idéal ?**

Les souhaits des patients sont ici très différents :

- Il y a ceux qui ne savent pas (8) ;
- Ceux qui pensent que c'est très bien et qu'on ne peut pas faire mieux (3, 6) ;
- Ceux qui insistent sur la visite des familles dans la maison (2) ;
- Ceux qui aimeraient des activités, un moyen de réinsertion par le travail avec accès à un moyen de locomotion personnel ;
- Et ceux qui parlent d'améliorer leurs pensées dans cette maison (1).

33° Pour certains : Qu'est-ce qui fait que ce projet a échoué ou réussi?

Il y a à nouveau trois axes de réponse à cette question :

- ceux pour lesquels rien n'est encore fait (3) ;
- ceux pour lesquels se fut un échec (7) avec un manque d'occupation en raison de sa pathologie.

Ceux qui pensent que ce projet est pour eux une réussite (1, 2, 6, 8), soit en raison de leurs occupations personnelles (dessin (1), et jeu père mère (6)), soit par une restauration narcissique(8, 2) : soit par le sentiment d'être aimé par d'autres (2), soit par la mise en avant des talents personnels (8).

ANNEXE 3

REGROUPEMENT DES RESULTATS PAR THEME

- 1) Le projet à l'initiative de l'équipe soignante
Q2

- 2) Les sentiments éprouvés dans la maison
Q3 : Au moment de l'intégration de la maison
Q17 : En vivant dans la maison
Q29 : Un sentiment de liberté
Q13 : Les sentiments ressentis lors de la ré hospitalisation de l'un d'eux

- 3) Les liens communautaires entre les résidents
Q4 : Lors de l'intégration de l'un d'eux
Q18 : La cohabitation sans affinité particulière
Q19 : La proximité
Q9 : Les moments d'échange entre les résidents et l'intérêt collectif
Q13 : Les sentiments ressentis lors de la ré hospitalisation de l'un d'eux
Q32 : Ces liens permettent un bon fonctionnement de la structure

- 4) L'intégration
Q4 : Parmi les autres résidents
Q24 : Absence d'intégration avec le voisinage
Q30 : Intégration de l'un des patients dans la société

- 5) Les liens communautaires des résidents avec les soignants
Q5
Q6 : Soutien, aide, encadrement
Q7 : Présence nécessaire
Q8 : Présence nécessaire
Q9 : Réunion par des temps de rencontre et aide organisationnelle
Q19 : La présence d'un tiers est nécessaire pendant les repas
Q32 : Ils permettent un bon fonctionnement de la structure

- 6) Les soins et l'autonomie des patients
Q10 : Autonomie partielle avec aide pour les ambulances et choix d'un médecin généraliste
Q11 : En ce qui concerne les médicaments l'autonomie est différente en fonction des difficultés des patients
Q12 : Les activités de soins : diversification, repos, rencontre
Q13 : L'hospitalisation

7) Les liens contractuels

Q14 : Les contrats de soins personnalisés et les contrats locatifs

Q15 : Le règlement intérieur

8) Les ressources et le financement

Q16

9) La vie quotidienne en communauté et le partage

Q20 : La négociation et une utilisation différente

Q21 : Les activités de groupe

Q22 : Le planning et la cagnotte

Q23 : La participation pour l'entretien des extérieurs

Q28 : Le respect des autres

10) La vie quotidienne individuelle

Q25 : L'investissement d'un lieu

Q26 : Les activités personnelles dans la journée

Q27 : Les activités personnelles le week-end

Q28 : Les visites

Q34

11) La restauration narcissique

Q32 : A travers les liens et les activités réalisées

Q34 : Assure la réussite du projet

12) Les Progrès et l'avenir

Q30

Q31

13) Les doléances et les réactions des patients

Q33 : Amélioration nécessaire concernant les visites et la réinsertion par le travail.

Q28 : L'incompréhension et la résignation par rapport à l'interdiction des visites.

ANNEXE 4

RESULTATS DE L'ETUDE MENE E A CRETEIL

Ils sont de deux sortes : calcul d'un taux de succès et d'échec à partir des données cliniques sur l'évolution des patients après leur séjour en appartement protégé, et analyse des discours des patients concernant la vie quotidienne.

La première partie des résultats annonce un taux de succès de ce projet de l'ordre de 60% en considérant les échecs comme étant les décès, les réhospitalisations, et l'hébergement par la famille. Les causes de décès ne sont malheureusement pas détaillées par l'auteur de l'étude.

Les résultats obtenus à partir des entretiens sont assez riches et comprennent :

LES AVANTAGES :

➤ L'admission dans les appartements :

Deux patients sur sept connaissaient les appartements protégés et ont fait la demande d'admission auprès des soignants, contrairement aux cinq autres pour lesquels ce projet fut à l'initiative des soignants. Les démarches d'admission étaient a priori facile et rapide avec réalisation d'une lettre de motivation, passage en commission d'admission, visite des lieux et signature du contrat.

➤ Le contrat :

Tous les patients interrogés connaissaient le contrat qui reprenait en fait le règlement intérieur et le contrat locatif. Six patients pensaient que c'était bien fait, et un autre était même rassuré de ce lien contractuel par peur d'être mis à la porte.

➤ L'accueil dans les appartements :

Beaucoup de patients parlent d'un bon accueil, mais certaines difficultés peuvent parfois arriver en cas de mésentente entre les résidents.

➤ Les résidents :

Ce sont des personnes qui vivaient avec les patients dans les appartements mais qui ne faisaient pas partie de l'équipe soignante. Les patients en sont tous très satisfaits, en raison de leur aide, de leur soutien.

➤ L'apprentissage des tâches quotidiennes :

Trois patients expriment leur angoisse d'affronter à nouveau la vie quotidienne en raison de leur chronicité institutionnelle et leur réapprentissage dans ces appartements : avec le ménage, la cuisine, la gestion d'un budget, et l'emprunt des transports en commun.

➤ Gestion budgétaire :

Les patients semblent satisfait de la gestion qui leur est proposée avec prise en compte du loyer, des charges et de la nourriture sur leurs revenus mensuels.

➤ La vie communautaire :

Elle est évoquée comme une lutte contre la solitude et un réapprentissage de la convivialité avec le développement d'un esprit d'entraide.

➤ L'insertion dans leur environnement :

Deux patients sur les sept interrogés évoquent spontanément les bonnes relations qu'ils eurent avec leur entourage.

➤ La plus value narcissique :

Elle est appréciée par l'enquêteur lors de ses visites aux patients. En effet, les résidents montraient leur fierté d'accueillir quelqu'un chez eux, et ceci en raison de leur investissement dans leur lieu de vie. Mais ce résultat n'émane pas du discours des personnes interrogées.

➤ L'amélioration de leur qualité de vie :

Tous les patients ont évoqué leur préférence de ce lieu de vie par rapport à la vie hospitalière en raison d'une franche amélioration de la qualité de vie : en raison du lieu, de la liberté de réaliser des activités, de la grande possibilité de loisirs lorsqu'ils vivent en dehors de l'hôpital.

LES LIMITES :

➤ Ce sont les limites à l'autonomie et à la réinsertion mais qui ne sont pas exprimées par les patients :

- nécessité d'être aidé pour la réalisation des démarches administratives,
- pauvreté de leur sociale affective et relationnelle.

➤ Les limites concernant la vie quotidienne dans les appartements sont quant à elles retrouvées dans les contenus des entretiens et regroupent :

- des difficultés dans la vie communautaire telles que des conflits, s'articulant autour du planning des tâches ménagères et des décompensations psychiatriques de certains locataires ;
- un sentiment d'inutilité des réunions ;
- et l'absence d'un sentiment d'appartenance aux appartements, ils ne se sentent pas chez eux.

Titre de thèse :

**ETUDE DU VECU DES PATIENTS PSYCHOTIQUES VIVANT DANS LES
MAISONS PROTEGEES DE SAINT GILDAS DES BOIS.**

RESUME

Mon stage dans un service de psychiatrie à Blain m'a confronté à une modalité thérapeutique particulière concernant huit patients psychotiques qui vivaient ou qui avaient vécu dans les deux maisons protégées du secteur. Ces logements à but thérapeutique, avaient été mis en place récemment, en 2003 et 2005 et était destinés à des patients dépendants du service au long cours de l'hôpital. Une analyse des perceptions des patients a été réalisée sur leur vie dans cette structure intermédiaire. Le projet a comporté des entretiens structurés et une analyse des résultats selon une méthode thématique. Six patients sur huit semblent être ou avoir été satisfait de leur séjour dans la maison. Ils abordent de nombreuses notions, comme celle de leurs activités de soins, de leur vie quotidienne avec la rééducation que leur apporte l'organisation de cette structure, mais aussi les liens qui existent entre eux et avec les soignants. Ils évoquent tous les sentiments qu'ils éprouvent, allant du bien être à la persécution, de l'angoisse à la joie, mais aussi un sentiment fort de restauration narcissique et de réinsertion dans la société.

Ce travail permet de constater que les maisons protégées constituent un outil pertinent dans le travail de réadaptation et de réhabilitation des psychotiques. Il amène des arguments pour poursuivre la création de telles structures et en améliorer le fonctionnement.

MOTS CLES

Maisons Protégées – Psychotiques – Perception des patients – Etude qualitative.