

UN CHEZ-SOI POUR TOUS :

MODÉLISATION D'UNE EXPÉRIENCE MOSELLANE

D'ACCÈS AU LOGEMENT

POUR DES PERSONNES ATYPIQUES

Nom et prénom de l'auteur : ALLÈGRE CHAMANT Françoise

Fonction professionnelle de l'auteur : Conseillère Technique en Travail Social

Résumé (200 signes) :

Une équipe de psychiatrie mosellane mène une expérimentation d'accès au logement pour des personnes vivant en institution depuis plusieurs années. De quelle manière peut-on modéliser cette expérience pour des publics atypiques ?

Mots-clés : logement, accompagnement, coopération, autonomisation, alternatives, innovations, publics atypiques

Lectorat visé et (facultatif) nom de la revue :

Travailleurs sociaux, professionnels de la psychiatrie

Sous DC de référence validé par le centre de formation (voir référentiel de certification) :

C 3.1 Evaluer et mobiliser les ressources nécessaires pour conduire un projet, pour susciter le changement, pour favoriser la transmission des savoirs professionnels

INTRODUCTION

Des personnes vivent entre la rue et les structures d'hébergement sans jamais accéder à un chez-soi permanent. Des problèmes liés aux comportements, aux modes de vie, à la santé, aux addictions, ont fait échouer toutes les tentatives d'insertion dans le logement. Ces personnes sont rejetées par le voisinage et leurs proches. Parmi elles se trouvent des personnes, malades mentales, dont certains vivent en permanence à l'hôpital. L'équipe du secteur 4 du Centre Médico Psychologique (CMP) de Moselle a fait le pari que des patients peuvent vivre dans un chez-soi dès lors qu'un accompagnement social adapté est mis en place (1).

Cette expérimentation a été analysée dans le cadre d'un mémoire préparant au Diplôme d'État d'Ingénierie Sociale (DEIS). Celui-ci s'intéresse à la manière dont l'action publique traite la question de la pauvreté à travers le processus de fabrication des maisons relais. Cette recherche initie une réflexion à la Direction Départementale de la Cohésion Sociale (DDCS) de Moselle sur la prise en charge des marginaux chronicisés à la rue. Quels sont les éléments explicatifs du succès de cette expérience et dans quelle mesure pourrait-elle être transposée à d'autres publics ne pouvant se maintenir dans un logement ?

I. DES PUBLICS AUX PROBLÉMATIQUES COMPLEXES

Depuis 1998 la souffrance psychique est reconnue comme un signe de précarité par le Haut comité de la santé publique créant ainsi une articulation entre ces deux questions dans les politiques publiques. L'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) pour sa part estime qu'une personne sur cinq vivra au cours de sa vie un trouble psychique. Elle indique que « cinq des dix pathologies les plus préoccupantes concernent la psychiatrie : schizophrénie, troubles bipolaires, addictions, dépression et troubles obsessionnels compulsifs (2). C'est pourquoi le plan santé mentale 2012-2015 inscrit « la lutte contre la grande précarité et la prise en charge des personnes sans abri ou mal-logées, comme une priorité ». Le principe de l'accès au logement ordinaire ou accompagné devient la règle. Il s'agit de restreindre les durées de séjour dans les accueils d'urgence et en milieu hospitalier mais également de réduire les dépenses. En effet, à défaut d'une réponse adaptée, des personnes, souffrant de maladie mentale, vivent en permanence en hôpital spécialisé alors même que leur présence n'y est plus justifiée par des soins. Une équipe de psychiatrie du CMP du secteur 4 en Moselle réfléchit depuis la fin des années 1990 à des alternatives à l'hospitalisation. L'assistante sociale du CMP 4 décrit quelques effets de « *pathologies déroutantes : des gens qui ont une incapacité à nouer des relations [...] se renferment au fond de l'appartement, peuvent s'arrêter de manger, de boire. [...] ils ont parfois des hallucinations [...] ils ont une incapacité de s'adapter aux changements* ». Le chef de service du CMP 4, précise : « *par exemple M. X est capable de faire le café, mais vous le mettez devant une cafetière, un paquet de café, un robinet d'eau et une prise de courant et il va rester là à dissérer sur l'intérêt du café, sur la mondialisation mais il est complètement apragmatique et incapable de [préparer un café]* ». La description de ces comportements éclaire la difficulté du maintien en logement ordinaire.

Les tâtonnements vers l'accès au logement

Pour tenter de remédier à la difficulté d'accès au logement, dès 1997, des expériences de vie à l'extérieur sont menées par le CMP 4 avec une unité de préparation à la sortie du Centre Hospitalier Spécialisé (CHS). Elles reposent sur le développement, en milieu hospitalier, d'habiletés sociales : gérer les repas, utiliser les transports... Les patients ont commencé par passer quelques heures en appartement, puis la durée de séjour a progressivement augmenté. « *Mais ils ont rechuté et été réhospitalisés, Ils décompensaient, ils étaient complètement délirants [...] une peur massive d'aller vers l'extérieur* » raconte l'assistante sociale du CMP 4. Les dispositifs existants (familles gouvernantes, appartement protégé...) ne conviennent pas à ces patients. Vivant en hôpital ou en

institutions spécialisées depuis des années, les patients sont accompagnés dans toutes les activités quotidiennes (entretien de la chambre, du linge, repas...). Habités à ce que l'on fasse pour eux, ils perdent confiance dans leurs capacités. Ils souffrent de leur différence, du rejet, de ne pouvoir accéder à une vie « comme les autres ». Bien qu'il n'y ait pas de commande du CHS autre que de poursuivre le suivi quotidien, l'équipe de psychiatrie choisit d'aller au-delà. Sous l'impulsion du chef de service du CMP 4, un objectif, « *rechercher un lieu de vie pour les patients les plus dépendants* », est fixé collectivement : « *on allait [...] faire en sorte que plus aucun malade ne soit privé de domicile personnel* ».

II. UNE EXPÉRIMENTATION INNOVANTE

S'inspirant de cette expérience du logement alternatif, l'équipe définit trois axes de travail : créer un lieu de vie à l'extérieur, trouver un gestionnaire locatif et organiser l'accompagnement. Le projet est relativement indéterminé (type et configuration de l'habitat, implantation géographique, quels patients, quels personnels, quels financements ?...). Mais la part laissée aux incertitudes autorise l'erreur et donne aux acteurs une marge de manœuvre. Le premier chantier est axé sur la recherche d'un logement. Celui-ci doit concilier espaces privés et collectifs dans un environnement sécurisant et doté de commerces et services. Le loyer doit permettre une redevance adaptée aux ressources (minima sociaux) des résidents. Cette quête est facilitée par les partenariats noués avec les bailleurs sociaux. L'équipe psychiatrique porte ainsi son choix sur une ancienne unité de vie pour personnes âgées, située à 25 km de Metz. Un ancien directeur du CHS, nommé administrateur de cette unité de vie, articule les intérêts de la commune (solvabiliser les emprunts sur le bâtiment et dynamiser la vie locale) et ceux du CMP 4. Dans l'étape suivante, la gestion de la structure est confiée à l'AIEM (Association d'Information et d'Entraide Mosellane), expérimentée dans l'accueil des publics en difficultés. C'est le premier épisode d'une nouvelle coopération entre une association à vocation sociale et un organisme sanitaire.

Construire une nouvelle organisation de travail

Il s'agit ensuite d'organiser l'entrée dans le logement. Les infirmiers innovent un accompagnement hors les murs du CHS des patients devenus des résidents. Les premiers temps, la gestion de leur quotidien nécessite une présence conséquente des infirmiers dans le logement. Pour cela, l'équipe de psychiatrie du secteur 4 négocie avec la direction du CHS 180h/semaine de temps d'intervention des infirmiers. Des hospitalisations séquentielles sont également programmées (réhospitalisations dont la durée et la fréquence sont prédéterminées). Cette forme nouvelle (en 2007) d'accompagnement dans et hors les murs, par les mêmes infirmiers, limite la déstabilisation des patients. Mais la capacité budgétaire du CHS à affecter les personnels aux structures extrahospitalières est limitée. Or, tous les malades sont issus du secteur 4. C'est donc toute son organisation qui doit s'adapter : horaires, taux d'encadrement, lieux de travail... Pour obtenir l'adhésion du personnel soignant et des patients le projet repose sur le volontariat. Cependant, la sélection des patients a été déterminée par un choix : cinq personnes souffrant d'une pathologie lourde, stabilisées, mais présentant des risques de décompensation et cinq autres moins dépendantes. Leur admission dans le lieu de vie a démarré progressivement en mars 2007. Un système d'aller-retour des résidents a ainsi été institué entre l'hôpital et la structure avec des durées de séjour adaptées et variables (nuit/jour, matin/après-midi, nombre de jours/nuits par semaine...).

Le processus d'accompagnement spécifique

L'accompagnement infirmier englobe la distribution des traitements médicaux, l'aide à la toilette mais aussi l'emménagement dans le logement, les courses... La définition des missions des infirmiers autorise une large marge de manœuvre dans la prise en charge depuis le décret de 1984 (3). Mais cette appréciation du soin n'est pas partagée par tout le personnel du CHS. Par exemple,

les limites de l'intervention dans le domaine de l'alimentation ou de l'hygiène du logement sont remises en cause. Les points de désaccord sur les temps de soignants et sur le contenu du soin sont moteurs dans le déploiement de nouvelles coopérations (intervention d'un service d'aide-ménagère). Des négociations finissent par introduire de la souplesse dans les organisations : ouvertures de service, plannings, teneur des missions. Ces éléments permettent aussi aux infirmiers de se recentrer sur le développement des habiletés sociales des patients.

Le processus d'institutionnalisation du projet

Des opportunités successives alimentent l'accompagnement des résidents. Tout d'abord, en 2008, la circulaire « résidence accueil » crée un poste d'hôte chargé de l'accompagnement social (4). L'AIEM s'inscrit dans cette mission. Ensuite, la négociation du CMP 4 avec la nouvelle Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH) permet d'obtenir la Prestation de Compensation du Handicap (PCH) pour financer un service d'auxiliaire de vie, d'aide ménagère... (5). Le débat intervient peu après la loi de 2005 qui introduit la notion de handicap psychique (6). Il porte sur le statut de la personne malade mentale qui a la capacité physique de faire mais qui est dans l'impossibilité de faire... Les professionnels, issus de différentes cultures (social, sanitaire), se mettent d'accord en reconnaissant les patients comme affectés par une maladie mentale dont les manifestations entraînent un handicap. Ces éléments ouvrent la voie à de nouvelles coopérations tout en réduisant l'intervention des infirmiers. Le bilan de l'expérimentation indique qu'à l'exception d'une personne ré hospitalisée, tous les résidents admis à partir de 2007 sont encore présents dans la structure fin 2011.

III.LA MODÉLISATION DE CETTE EXPÉRIMENTATION

Les malades mentaux ici décrits auraient pu se trouver parmi les personnes clochardisées vivant entre la rue et les hébergements d'urgence. Plusieurs éléments (financiers, humains, professionnels) dans cette expérimentation peuvent être modélisés pour d'autres publics. L'expérience tend à révéler que des individus hospitalisés depuis des années peuvent accéder au logement autonome et y vivre durablement dès lors qu'un accompagnement adapté leur est proposé. Le bilan de l'action indique une diminution significative de la fréquence et de la durée d'hospitalisation depuis leur entrée en « résidence accueil ». Pour les équipes sociales et les personnels soignants c'est un indicateur révélateur du succès de l'opération.

L'impact financier et humain

L'expérimentation laisse paraître également qu'il est possible de réduire les coûts liés à l'hospitalisation mais aussi de ne pas affecter les crédits de l'hébergement d'urgence. En effet, cette forme de logement évite aux patients la vie à la rue et donc le recours à des dispositifs de mise à l'abri. Or, dans ces derniers, un lit coûte trois fois plus qu'une place en « résidence accueil ». En dehors de la question financière, les résultats de l'expérimentation montrent qu'habiter en « résidence accueil » réduit la stigmatisation des personnes. En effet, elle leur donne accès à une vie plus normale : avoir la clé de sa porte, une boîte aux lettres, faire ses courses...

Un accompagnement transposable à d'autres publics

La « résidence accueil », forme de maison relais, apparaît comme une offre adaptée à des publics diversifiés. En effet, ils présentent des similitudes avec les personnes souffrant de troubles mentaux : problèmes d'isolement, désocialisation... Certains ont de longs parcours de rue et cumulent aussi les échecs de maintien dans un logement. C'est le cas par exemple de femmes très marginalisées à Metz. Patrick Declerck, anthropologue, explique que les traumatismes vécus dans l'enfance (abus sexuels, manque d'affection, addictions...) sont le terreau de cette clochardisation et

rendent la réinsertion impossible (7). Les trajectoires chaotiques, les comportements imprévisibles et parfois violents se reproduisent et provoquent le rejet. Elles sont exclues de toutes les structures d'accueil. Au fil des tentatives d'accès à un chez soi, des liens se sont cependant créés entre ces femmes et l'AIEM facilitant l'accompagnement.

Le projet de logement et d'accompagnement spécifique prend en considération l'individu en tant que sujet de droit avec ses ressources et ses fragilités. L'accompagnement permet à la personne de (re)devenir actrice de sa vie et d'être autre chose qu'un objet de soin. C'est ce que le philosophe Guillaume le Blanc décrit comme le « *lien de soin adossé à la restauration de la puissance d'agir de l'exclu* »(8). Le choix d'un référent unique est constitutif de ce mode d'accompagnement spécifique. : il donne des repères au patient devenu désormais un résident. Il le soutient dans son quotidien et assure l'interface avec l'environnement. Un autre facteur contribue aussi à la stabilisation des personnes dans le logement : la prise en charge s'adapte au rythme de chacun. Elle s'inscrit dans la durée sans limitation. Consacrer le temps nécessaire à chacun améliore la qualité du suivi des résidents. Cela permet d'accepter les régressions et les lenteurs de la progression vers l'autonomie. Un autre effet de ce type d'accompagnement est de réduire les peurs :

- celles du résident face au monde extérieur,
- celles de l'environnement face à des individus différents : le voisinage cesse de s'inquiéter de comportements qui deviennent familiers au fil des rencontres. Des familles reprennent contact, rassurées de ne plus être sollicitées pour héberger le patient qui a désormais son propre logement.

Enfin, l'occupation paisible des lieux et le règlement régulier des loyers redonnent confiance au bailleur. Ce contexte plus sécurisant, créé par l'accompagnement de la personne et de son environnement, favorise le maintien durable dans le chez-soi.

CONCLUSION : INVENTER DE NOUVEAUX MODELES VERS UN CHEZ SOI

L'inadéquation de la solution en termes d'habitat pour les malades mentaux a permis de travailler sur les alternatives à l'hospitalisation. Ceci ouvre la réflexion sur la diversification des formes de logement adapté pour des personnes atypiques. La nouveauté dans l'expérimentation de la « résidence accueil » réside dans la fabrication collective d'une solution. Différents acteurs, issus de divers organismes sociaux et sanitaires, sont parvenus à construire un processus d'accompagnement spécifique de patients. Ceux-ci ont ainsi (re) trouvé une place dans la vie ordinaire à un coût moindre que celui des institutions. La notion de durée illimitée introduite dans l'accompagnement contribue à rendre la réponse innovante. Ces éléments peuvent participer à la construction de nouveaux modèles de prise en charge de publics atypiques vers un chez soi.

SIGLES

AAH	Allocation Adulte Handicapé
ACTP	Allocation Compensatrice pour Tierce Personne
AIEM	Association d'Information et d'Entraide Mosellane
CHS	Centre Hospitalier Spécialisé
CMP	Centre Médico Psychologique
COTOREP	Commission Technique d'orientation et de Reclassement Professionnel
DDCS	Direction Départementale de la Cohésion Sociale
DEIS	Diplôme d'État d'Ingénierie Sociale
MDPH	Maison Départementale des Personnes Handicapées
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PCH	Prestation de Compensation du Handicap
UNAFAM	Union Nationale de Familles et Amis de Personnes Malades et/ou Handicapées Psychiques

BIBLIOGRAPHIE

BOUTINET Jean Pierre, *Anthropologie du projet*, Paris, PUF, 2012.

BROUSSE Cécile, Insee-Méthodes n °116, Définition de la population sans-domicile et choix de la méthode d'enquête, <http://www.insee.fr/fr/ppp/sommaire/imet116b.pdf>

BRUNETEAUX Patrick, L'hébergement d'urgence à paris ou l'accueil en souffrance, CAIRN, presse de Sciences-po, sociétés contemporaines, 2006, http://www.cairn.info/resume.php?ID_ARTICLE=SOCO_063_0105.

CNLE, Conseil national des politiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale, 2011, <http://www.cnle.gouv.fr/Le-CNLE.html>.

DAMON Julien, les politiques de prise en charge des sans-abris dans l'Union européenne, 2009, <http://www.julien-damon.com/IMG/pdf/RapportJDamonSansAbridansUnion.pdf>.

DECLERCK Patrick, *Les Naufragés — Avec les clochards de Paris*, Éditions Plon, collection Terre Humaine, 2001.

Équipe mobile santé mentale communautaire Mortalité des personnes sans abri à Marseille, 2009.

FNARS La refondation de la politique d'hébergement et de logement : passer à l'acte, 2011. <http://www.fnars.org/index.php/positions-de-la-fnars-accueil-et-hebergement/1903-la-refondation-de-la-politique-dhebergement-et-de-logement>.

FONDATION ABBÉ PIERRE L'état du mal-logement en France 16e rapport annuel, Liévin, L'Artésienne, 2011.

FRANCO Alain, Vivre Chez soi — Rapport à Mme Nora Berra, Secrétaire d'État en charge des Aînés, 2010.

GABORIAU Patrick et TERROLLE Daniel, *Ethnologie des sans-logis : Étude d'une forme de domination sociale*, L'harmattan, 2003.

GUESLIN André, *Les Gens de Rien. Une histoire de la grande pauvreté dans la France du XXe siècle*, Paris, Fayard, 2004.

JOIN-LAMBERT LABARTHE, MARPSAT, ROUGERIE, le mal-logement, Conseil national de l'information statistique, juillet 2011.

LATOUR AKRICH CALLON, *Sociologies de la traduction textes fondateurs*, Paris : collection sciences sociales, 2006.

LEGIFRANCE, décret n° 84-689 du 17 juillet 1984 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier. <http://www.legifrance.gouv.fr/>.

MORIN Edgar, *Introduction à la pensée complexe*, Lonrai, Éditions du Seuil, Points Essais, 2005.

PORTAIL DU GOUVERNEMENT, Refonder le dispositif d'hébergement et d'accès au logement, 2011. — décembre 2011. <http://www.gouvernement.fr/gouvernement/la-prise-en-charge-des-personnes-sans-abri-ou-mal-logees>.

RAPPORT ÉTIENNE PINTE, Rapport sur l'hébergement d'urgence et l'accès au logement des personnes sans abri ou mal-logées, Paris, la documentation française, 2008.

RAPPORT ÉLISE PICON, Béatrice MINET, Nathalie MONNIER – BRABANT, François LECOUTURIER, rapport sur l'évaluation des expérimentations : « Résidence Accueil » et « Maison Relais – Pension de famille pour personnes vieillissantes », mars 2010.

SANS-ABRISME Conférence de consensus européenne, Absence de chez soi et politiques en la matière en Europe : les enseignements de la recherche, 9 — 10 décembre 2010.

TERROLE Daniel et BRUNETEAUX Patrick, la Lutte contre la « » grande pauvreté"" : un marché, CAIRN, Regards croisés sur l'économie numéro quatre, la découverte I.S.B.N. 9782707156273, 2008. <http://www.cairn.info>.

UNAFAM, Union nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques, <http://www.unafam.org/-Le-handicap-psychique-.html>

UNAFO, journées professionnelles 2011, le logement accompagné, 9 et 10 novembre 2011. <http://www.unafo.org/JP2011.html>.

GIRARD Vincent, ESTECAHANDY Pascale, CHAUVIN Pierre, la santé des personnes sans chez-soi, Paris, 2009.

TEXTES LÉGISLATIFS ET RÉGLEMENTAIRES

Circulaire DGAS/SDA n° 2002-595 du 10 décembre 2002 relative aux maisons relais

Note d'information DGAS/PIA/PHAN NO 2006-523 DU 16 NOVEMBRE 2006 relative à la mise en place d'un programme expérimental de résidences accueil pour les personnes en situation de précarité ou d'exclusion, ayant un handicap psychique

Loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées

Décret n° 84-689 du 17 juillet 1984 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier, article 3.

ANNEXES

1. Décret n° 86-602 du 14 mars 1986 relatif à la lutte contre les maladies mentales et à l'organisation de la sectorisation psychiatrique. Les centres médico psychologiques situés à l'extérieur du CHS organisent des actions de prévention, de diagnostic, de soins ambulatoires et d'intervention à domicile".
2. « Le handicap psychique se distingue du handicap mental de la façon suivante : le handicap mental résulte le plus souvent de pathologies identifiables (traumatisme, anomalie génétique, accident cérébral). Il associe une limitation des capacités intellectuelles qui n'évolue pas, une stabilité dans les manifestations des symptômes, et une prise de médicaments très modérée. Le handicap psychique, secondaire à la maladie psychique, reste de cause inconnue à ce jour. Les capacités intellectuelles sont indemnes et peuvent évoluer de manière satisfaisante. C'est la possibilité de les utiliser qui est déficiente. La symptomatologie est instable, imprévisible. La prise de médicaments est le plus souvent indispensable, associée à des techniques de soin visant à pallier, voire à réadapter, les capacités à penser et à décider ». (Extrait du site de l'UNAFAM : <http://www.unafam.org/-Le-handicap-psychique-.html>).
3. « L'infirmier a l'initiative de ces soins et en organise la mise en œuvre". (Extrait de l'article 3 du décret n° 84-689 du 17 juillet 1984 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier).
4. La résidence accueil est une forme de maison relais. « La maison relais est destinée à l'accueil de personnes à faible niveau de ressources, dans une situation d'isolement ou d'exclusion lourde, et dont la situation sociale et psychologique, voire psychiatrique, rend impossible à échéance prévisible leur accès à un logement ordinaire. Les maisons relais s'adressent de manière privilégiée aux personnes fréquentant ou ayant fréquenté de façon répétitive les structures d'hébergement provisoire et qui ne relèvent pas des structures d'insertion de type CHRS ni d'un logement autonome ». (Extraits de la circulaire DGAS/SDA n° 2002-595 du 10 décembre 2002 relative aux maisons relais)
5. La PCH a pour but de compenser les conséquences du handicap en matière d'intégration à la vie sociale et de diminuer les difficultés de l'exercice de la pleine citoyenneté de la personne confrontée à une situation de handicap. Ainsi, la PCH intervient dans les différents moments de la vie de la personne handicapée : la petite enfance, la scolarisation, le milieu professionnel, la vie quotidienne.

L'OBTENTION DE LA PRESTATION DE COMPENSATION DU HANDICAP (PCH)

Extrait de l'entretien mené dans le cadre de la formation DEIS. Celui-ci, mené avec le psychiatre, chef de service du CMP 4, montre la manière dont les acteurs parviennent à s'entendre sur une définition commune du handicap créant ainsi une coopération nouvelle entre les institutions sanitaire et sociale.¹

— [...] « Comment on a obtenu les 38 heures 30, comment on obtenu que la directrice des soins écrive sur une lettre qu'elle détachait 38 heures 30 d'infirmières psychiatriques à la maison de Solgne ? C'est venu en fait de la négociation avec la MDPH, c'était encore la COTOREP je crois à l'époque. Donc nous avons demandé vu la grande... le grand état de... dépendance des malades pour se faire à manger, besoin d'assistance pour la douche, surveillance constante... À l'époque c'était que l'AAH. Donc on a démarré avec uniquement l'AAH donc on a demandé la PCH, à l'époque ça s'appelait l'ACTP donc on a fait des dossiers, j'ai fait trois pages de description clinique sur ce que les malades savaient faire, ne savaient pas faire et puis on a envoyé tout ça à la COTOREP. On n'a pas eu de réponse officielle dans un premier temps. On a eu des réponses officieuses dont certaines étaient extrêmement désagréables du style "mais enfin qu'est-ce que c'est que ces conneries, ce sont des malades qui doivent être hospitalisés vous vous rendez compte comment vous les décrivez, ils ne pourront jamais habiter dans un appartement, c'est pas à l'aide sociale de financer ça, ça relève de la santé, du sanitaire, et puis, etc., etc..... »

Puis bon ça traînait, ça traînait. Alors on a insisté, on a réussi à faire venir les médecins de la COTOREP qui sont venus à Solgne, sur place pour s'entretenir avec les malades. On les a gardés toute

¹ La transcription du langage parlé n'a volontairement pas été corrigée afin de dénaturer le moins possible les propos.

une matinée.

— donc les personnes étaient déjà admises à la maison de Solgne ?

— oui cela commençait : les plus autonomes étaient là la moitié du temps et puis les autres venaient une demi-journée, deux jours. On a fait cela très progressivement. On a dû vous expliquer tout cela. Donc, ils ont vu les malades, ça a renégocié, ça a rediscuté, et ça a bloqué sur le '*c'est du sanitaire, on ne peut pas, etc.*'. Donc là je ne me souviens plus trop bien comment c'était, moi j'ai eu toutes sortes de conversation au téléphone avec eux je ne sais plus trop qui, notamment les médecins par ce que, je suis passé par les médecins, Mme L, et puis M. J. [...] Et alors finalement c'était des discussions du style moi je disais '*c'est des handicapés*', et puis eux ils disaient '*c'est des malades*'. Bon c'est normal hein. Alors à force de discuter, à force de s'accrocher on a fini par accepter de part et d'autre qu'ils étaient à moitié handicapés et à moitié malades. Ce qui est logique en plus. Et c'est en plus la vérité, la vraie vérité. Et ils ont redemandé des documents, on a refait des documents et ils ont fini par dire je crois au téléphone '*écoutez nous on serait d'accord éventuellement pour financer les aspects sociaux, c'est-à-dire les auxiliaires de vie qu'il faut pour le handicap mais il faut absolument que l'hôpital s'engage pour assurer le soin*' pour que ce soit vraiment un établissement mixte médico-social, le médical, le social. Et c'est donc à ce moment-là que moi j'ai fait du lobbying auprès [de la direction...]. Et donc que je l'ai harcelée au téléphone pendant quasiment 15 jours pour obtenir un papier, une lettre, où elle me disait qu'elle garantissait les interventions des infirmiers à hauteur de 38 heures 30 à la COTOREP que je me suis empressé d'envoyer à la COTOREP pour leur dire '*vous voyez que l'hôpital ne se désengage pas, que l'hôpital fait sa part, donc l'hôpital fait sa part, les soins et vous vous assurez la part sociale*'. Et puis ça a marché [...]

Dans ce genre de projet, quand on monte comme ça avec des bouts de ficelles, parce qu'au début c'était quoi c'était la maison, c'était de la bonne volonté, c'était des malades extrêmement dépendants, extrêmement difficiles, il y avait l'AAH, il y avait les tuteurs, il y avait pas l'ACTP, il y avait pas l'hôte. Il est venu après, il est venu quand ça a été reconnu parce que ça a fonctionné pendant je ne sais pas combien de temps moi, au moins un an, deux ans, trois ans sans être considéré comme une résidence accueil. C'était un bricolage à nous. C'était un agrégat d'appartements protégés. On était parti là-dessus

— si ces personnes avaient vécu en logement autonome elles auraient eu droit à l'époque à l'allocation compensatrice j'imagine ?

— non c'est difficile d'obtenir ces allocations compensatrices pour la psychiatrie par ce que ça coince toujours euh... Ce qui leur manque à nos malades c'est la motivation, c'est la capacité de s'organiser, d'avoir des actions réfléchies. Ce qu'on demande souvent c'est la surveillance, de l'assistance, c'est quand vous remplissiez une grille... enfin les choses ont évolué depuis quelques années... Mais à l'époque c'était encore l'ancien système... il disait est-ce que il peut couper sa viande... Mais bien sur nos malades schizophrènes peuvent couper sa viande. Vous avez pu voir G le jeune homme qui parlait tout le temps, bien sûr qu'il est capable de faire le café, mais vous le mettez devant une cafetière, un paquet de cafés, un robinet d'eau et une prise de courant et il va rester là à disserter sur l'intérêt du café, sur la mondialisation et sur je ne sais quoi mais il est complètement apragmatique et il est incapable de faire ça. Bon lui, il sait couper sa viande. Est-ce que les gens savent manger des plats préparés ? C'est ça qu'on demande dans les grilles d'évaluation de l'autonomie ? Bien sûr que oui mais il faut que quelqu'un le leur dise, sinon ils ne mangent pas, etc. ils sont aussi capables de se laver de prendre leur douche mais ils la prennent pas leur douche, il faut que quelqu'un leur dise et puis il faut leur dire

- '*bon maintenant la douche ça y est, ça fait 1 h il faudrait peut-être arrêter*
- *ah ben oui c'est bon* » (réponse du patient) ».

Donc on avait beaucoup de mal, c'est moins difficile maintenant de demander des ACTP. Les grilles étaient faites pour les handicapés moteurs. En tout cas l'histoire qu'ils ont eu du mal pour les accorder c'est authentique ça a duré six mois à un an » [...].

6. Loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées

7. DECLERCK Patrick, *Les Naufragés — Avec les clochards de Paris* (cf. bibliographie)

8. UNAF0, journées professionnelles 2011, le logement accompagné, 9 et 10 novembre 2011.