

CENTRE TECHNIQUE NATIONAL
D'ETUDES ET DE RECHERCHES SUR LES HANDICAPS ET LES INADAPTATIONS
2, rue Auguste-Comte 92173 VANVES

JESUS SANCHEZ

appartements
thérapeutiques

essai d'évaluation

Analyse économique : Annie TRIOMPHE
Directeur de recherche,
Laboratoire d'Economie sociale

Recueil de données : Laurence JEULAND

Consultant scientifique : Henri PAICHELER
Maître-assistant
Université de Paris VIII

FONDATION DE FRANCE
40, avenue Hoche - 75008 PARIS

Vient de paraître : (*)

- DES EXPERIENCES NOUVELLES POUR LE RETOUR A DOMICILE
DES ADULTES HANDICAPES PHYSIQUES
Elisabeth PILATRE-JACQUIN, Gérard MASSON
- DEPENDANCE DES PERSONNES AGEES ET CHARGE EN SOINS
Expérimentation simultanée de six grilles de dépendance
Henriette GARDENT
- LA PRODUCTION FAMILIALE DE SANTE
Le cas de l'hospitalisation à domicile
Martine BUNGENER, Chantal HORELLOU-LAFARGE
- LA CLASSIFICATION INTERNATIONALE DES HANDICAPS :
Déficiences - Incapacités - Désavantages
Un manuel de classification des conséquences des maladies
OMS - INSERM
- PROGRAMME D'INSERTION SOCIALE ET PROFESSIONNELLE EN
MILIEU AGRICOLE ET RURAL DES PERSONNES HANDICAPEES
Essai d'évaluation
Catherine BARRAL-REINER, Annick BOUNOT,
Jean-Philippe MARTY

(*) - Catalogue des publications sur demande au CTNERHI

S O M M A I R E

	Pages
PREFACE de Sylvie TSYBOULA	I
INTRODUCTION	1
PREMIERE PARTIE : LES APPARTEMENTS THERAPEUTIQUES DE TYPE ASSOCIATIF AU SEIN DES STRUCTURES INTERMEDIAIRES	5
1.1 - Logiques d'émergence et premières hypothèses d'évolution	9
1.11 Le risque d'une répétition de l'asile	10
1.12 L'hypothèse utopiste ou le mythe en action	12
1.2 - La mobilisation des savoirs : de la psychanalyse au comportementalisme ?	14
1.21 L'appel à la psychanalyse	15
1.22 L'ombre du comportementalisme	19
1.3 - Transit des structures intermédiaires dans la mouvance du cadre légal, de la crise économique et la décentralisation	20
1.4 - Les appartements thérapeutiques de type associatif	24
SECONDE PARTIE : QUESTIONS POSEES ET DEMARCHE METHODOLOGIQUE	29
2.1 - Axes d'investigation et outils	31
2.11 Objectifs des pratiques et discours de légitimation	31
2.12 Description des pratiques et résultats	33
2.13 Approche économique du fonctionnement des appartements	34
2.14 Représentation des acteurs quant au fonctionnement de leurs microstructures	37
2.2 - Constitution des échantillons	38
TROISIEME PARTIE : OBJECTIFS ET CONCEPTION DES APPARTEMENTS : ENTRE LE REALISME ET L'UTOPIE	47
3.1 - Force du réalisme mais ambiguïté de l'utopie	49
3.2 - Où l'utopie est encore en question : des conceptions dynamiques de l'insertion en appartement	51

QUATRIEME PARTIE : LES STRUCTURES : CREATION ET FONCTIONNEMENT	55
4.1 - La création et l'évolution des associations	57
4.2 - L'ouverture et le fonctionnement des appartements	61
4.21 Les appartements du secteur	61
4.22 Les appartements des associations d'usagers	68
4.23 Les studios de l'association de professionnels	70
4.24 L'appartement du centre de psychothérapie	72
CINQUIEME PARTIE : LES USAGERS DES APPARTEMENTS : CARACTERISTIQUES, SEJOUR ET DEVENIR	77
5.1 - Caractéristiques des usagers	80
5.11 Pathologies	80
5.12 Ages et sexes des usagers	81
5.13 Lieux de séjour antérieur	82
5.14 Hospitalisations passées	83
5.15 Problèmes d'autonomie des usagers	84
5.16 Niveau scolaire	88
5.17 Formation professionnelle	90
5.18 Expérience du monde du travail	90
5.19 Situation vis à vis de l'emploi à l'entrée dans l'appartement	91
5.110 Les ressources des usagers	92
5.111 Situation matrimoniale et relations amicales	93
5.2 - Entrées et séjours dans les appartements	94
5.21 La demande d'entrée à l'appartement	95
5.22 Evaluation des apports de la vie communautaire et des loisirs dans les appartements	96
5.23 Loisirs à l'extérieur des appartements et activités professionnelles	98
5.24 Le suivi thérapeutique des usagers	99
5.3 - Evolution et devenir des usagers	100
5.31 Evolution sur le plan de l'autonomie et de la pathologie	100
5.32 Gains en termes de formation, d'insertion professionnelle et de relations sociales	101
5.33 La transitionnalité des expériences : Durées de séjour et orientations des usagers	102
5.34 La transitionnalité des expériences en fonction des variables caractéristiques des usagers et de leur séjour	106

SIXIEME PARTIE : L'EVOLUTION DES REPRESENTATIONS DES APPARTEMENTS	117
6.1 - De l'insertion des appartements thérapeutiques de type associatif à la quête de l'extérieur	120
6.2 - Limites et voies de l'autonomie des usagers	122
6.3 - A propos des soins	124
6.4 - Des discours plus réalistes	125
6.5 - Valorisation de la formule des appartements dans les représentations	126
SEPTIEME PARTIE : EVALUATION ECONOMIQUE DES APPARTEMENTS THERAPEUTIQUES DE TYPE ASSOCIATIF ET CONCLUSION (Annie TRIOMPHE)	129
7.1 - Evaluation ou "Audit" ?	132
7.2 - Le coût de la prise en charge d'un usager d'appartement thérapeutique	134
BIBLIOGRAPHIE	139

Nous remercions :

La Fondation de France pour le financement accordé à cette étude.

Nous remercions très vivement :

- Les équipes de terrain pour leur collaboration active et le temps qu'elles nous ont consacré à fournir les données dont cette étude fait état.*
- Grazyna KERNER et Annick PIQUET d'avoir assuré le travail de documentation.*
- Christiane NOEL et Christel TOURISSEAU pour la confection du texte.*

P R E F A C E

Nous sommes heureux de mettre aujourd'hui à la disposition des associations et des soignants, des responsables de secteur et des élus, des représentants des D.A.S. et des Conseils Généraux, cet essai d'évaluation de quelques appartements dits "thérapeutiques".

Dans les années 1977-1980, la Fondation de France a participé à la politique de désinstitutionnalisation qui touchait enfin la France. D'une part, la Fondation de France a soutenu la création de lieux de vie très divers destinés à des enfants et adolescents psychotiques ou présentant des difficultés relationnelles graves. D'autre part, elle a participé au financement de plusieurs dizaines d'initiatives, en créant des appartements dits "thérapeutiques" : il s'agissait de permettre à des personnes en risque d'hôpital psychiatrique ou y ayant séjourné plus ou moins longtemps - certaines très longtemps -, de vivre en "milieu ordinaire".

Notre visée était explicitement la réinsertion sociale : la vie dans un appartement constituant une période intermédiaire entre l'hôpital et l'autonomie. L'enjeu était, pour les occupants des appartements, de réapprendre progressivement les gestes et les comportements de la vie quotidienne, après la prise en charge totale de l'hôpital. Pour certains anciens psychiatisés, un travail était même envisageable. Enfin, les appartements thérapeutiques posaient une sorte de défi à l'institution hospitalière : était-il possible que leurs occupants coûtent moins cher à la collectivité que les patients qu'ils étaient encore hier ? Et qu'ils s'y trouvent mieux ?

Entre 1980 et 1985, la Fondation de France a participé ainsi au démarrage d'une trentaine d'appartements thérapeutiques. Cette action était suffisamment reconnue pour que la Fondation de France soit souvent mentionnée, comme le principal financeur privé auquel requérir ! La portée de cette intervention était certainement décisive au début car les appartements thérapeutiques étaient peu nombreux alors. Elle le fut moins au fur et à mesure que les appartements thérapeutiques devenaient moins rares.

Cependant, la Fondation de France continuait d'être sollicitée au nom des principes qui avaient justifié le programme "insertion sociale", "autonomie", "coût réduit"... Mais nous ne pouvions avoir d'assurance ou de preuve que les appartements thérapeutiques répondaient à nos attentes et à celles qu'exprimaient leurs promoteurs. Hormis quelques rencontres un peu contraintes en forme de réunions avec les locataires, en présence des responsables associatifs, du médecin, nous avions encore moins d'informations sur les sentiments des usagers.

C'est pourquoi nous avons décidé de faire le point sur ce sujet. Nous voulions savoir quel était l'impact réel des interventions de la Fondation de France ; nous souhaitions également mesurer à quel degré la vie quotidienne dans les appartements répondait aux principes énoncés et permettait aux occupants autonomie et insertion... et même satisfaction.

Nous avons commencé, en 1986, par une journée de réflexion sur les appartements thérapeutiques organisée avec la collaboration active de la Fédération des Associations de Santé Mentale des Yvelines.

Cette journée a permis de dégager les grands thèmes sur lesquels nous avons demandé ensuite au C.T.N.E.R.H.I. de travailler : appartements "associatifs" et "thérapeutiques" ; thérapeutique et économie ; théories fondatrices, objectifs et pratiques ; les usagers, leurs projets et leur devenir ; l'insertion ?

Cette enquête/évaluation a posteriori s'est révélée délicate parce que nous n'avions pas pris, au départ, lors du financement, les précautions méthodologiques nécessaires ; en outre, la diversité et la spécificité des initiatives ont souvent compliqué les exigences scientifiques de ce travail.

Mais que tous soient remerciés ici de leur participation et de leur collaboration active. Les responsables et les élus des associations et des équipes concernées ont répondu avec infiniment de bonne volonté - souvent de passion - aux questions que nous leur posions. Ils ont accepté de venir à Paris, en mars 1987, pour nous faire part de leur réaction à la première version de ce travail. Leurs réflexions et leurs avis ont été - fidèlement, nous l'espérons - pris en compte dans cette deuxième rédaction.

Nous remercions ici aussi l'équipe du C.T.N.E.R.H.I., Monsieur Jésus SANCHEZ, qui a rédigé ce travail, Madame Annie TRIOMPHE, responsable de la partie économique, et le Directeur de cet organisme, avec qui nous avons projeté cet ouvrage, Madame Christine PATRON.

Enfin, nous rendons hommage aux efforts perspicaces de Nancy BREITENBACH, responsable des Actions Handicapés à la Fondation de France, sans laquelle ce travail n'aurait pas vu le jour.

Notre premier objectif était de faire le point. Le deuxième, plus implicite, de préparer le relais. La Fondation de France ne peut constituer qu'un financeur ponctuel au démarrage d'initiatives nouvelles qui prétendent apporter des réponses à des problèmes de société, peu ou mal perçus, que la collectivité ne prend pas en charge.

Avec l'arrêté du 14 mars 1986, les appartements thérapeutiques sont entrés définitivement dans le système sectoriel.

Que leurs responsables soient maintenant hospitaliers ne change pas grand chose aux avertissements et aux questions que nous leur livrons avec cet essai.

A eux de le transformer !

Sylvie TSYBOULA

I N T R O D U C T I O N

La présente étude aborde un sous-ensemble particulier de structures intermédiaires qui s'inscrivent dans le champ de la psychiatrie : les formules d'appartements de type associatif dits thérapeutiques, communautaires, protégés, etc...

Ces formules nouvelles témoignent de l'élargissement et de la multiplication progressive des expériences qui visent à établir des zones de transition entre l'hospitalisation et la vie en milieu ordinaire pour les diverses catégories de la population en difficulté d'insertion sociale. Elles s'inscrivent dans la lignée des petites structures qui sollicitent davantage la participation des usagers que les structures plus importantes par leur taille et désormais plus traditionnelles. Structures dites de la seconde génération, pour bien les distinguer de ces dernières, elles cherchent, selon REVERZY (J.F.) (1) à constituer "des ensembles communautaires à petite échelle, insérés au maximum dans la vie sociale et pouvant servir d'intermédiaire dans toutes les situations de rupture avec celle-ci, qu'elles procèdent d'un déracinement originel, d'une situation de crise transitoire ou d'un séjour prolongé en institution".

Le développement de telles structures longtemps perçu comme condition nécessaire d'une véritable politique d'intégration des personnes confrontées à des handicaps, des inadaptations ou à des problèmes de santé mentale, pose désormais la question de son évaluation. Il soulève diverses séries d'interrogations :

(1) REVERZY (J.F.)

Prendre les risques de la liberté. in Annuaire des Structures Intermédiaires.- Paris : A.S.E.P.S.I., 1983, p. 3.

- interrogations d'abord quant à l'efficacité réelle des circuits institués comme moyen de réinsertion, de transition des populations visées en fonction des diverses modalités de conception et de mise en place des pratiques, mais aussi en fonction de leurs coûts en référence à des analyses de type coût-efficacité.
- interrogations, ensuite, quant aux conditions de stabilisation, de reproduction ou d'évolution des nouvelles formules de prise en charge à l'épreuve des réalités sociales, économiques, institutionnelles.
- interrogations, enfin, quant aux représentations qui accompagnent ces microstructures, quant à leurs fondements idéologiques, théoriques ou cliniques et confrontation avec les représentations antérieures à leur création.

C'est dans le cadre de ces interrogations que s'inscrit notre démarche d'évaluation des appartements associatifs créés à l'intention des malades mentaux stabilisés pour faciliter leur sortie des hôpitaux psychiatriques. Pour contribuer à éclairer ces interrogations, nous rendons compte dans ce rapport d'étude des informations recueillies auprès de douze associations gestionnaires de 67 appartements, choisies de manière à constituer un échantillon d'expériences suffisamment larges et diversifiées après avoir analysé les enjeux qui les sous-tendent en passant en revue la littérature consacrée à la question et présenté les éléments méthodologiques qui caractérisent notre approche.

Les plans retenus pour le recueil de l'information sont de type psychosociologique empirique et économique sans être d'emblée inscrits dans une théorisation préalable du champ et du type d'expériences considérées. L'objectif d'évaluation de l'étude se traduit ici par une recherche d'éclairages pluridimensionnels portant sur les acteurs, les représentations de microstructures considérées, les caractéristiques des appartements du point de vue de leur création et de leur fonctionnement, les caractéristiques des usagers et leur devenir, le coût et les apports des diverses formules qui se spécifient typologiquement. La mise en rapport de ces divers éclairages fonde le présent travail d'évaluation.

P R E M I E R E P A R T I E :

LES APPARTEMENTS THERAPEUTIQUES DE TYPE ASSOCIATIF AU SEIN
DES STRUCTURES INTERMEDIAIRES

Les appartements thérapeutiques de type associatif constituent un sous-ensemble particulier de structures intermédiaires d'apparition assez récente dans le champ de la psychiatrie.

Le vocable "structures intermédiaires" désigne au sens large tous les ensembles particuliers, établissements ou services médicaux, sociaux ou médico-sociaux qui se situent entre les milieux spécifiques d'incarcération, de soins ou d'éducation et les milieux ordinaires tels que la cité, l'entreprise ou l'école. Les structures intermédiaires peuvent aussi bien concerner les enfants que les adultes, les handicapés physiques que les handicapés mentaux, les alcooliques, les toxicomanes, les délinquants, les malades mentaux ou les personnes âgées. C'est dire que la notion recouvre aujourd'hui une série d'univers particulièrement vastes. Ainsi, l'A.S.E.P.S.I. (1), en se limitant pourtant à une population psychiatisée et handicapée mentale et sans prétendre à l'exhaustivité, recense néanmoins :

- dans le cadre du secteur sanitaire pour adultes souffrant de troubles psychiques : les appartements thérapeutiques ou associatifs, les foyers, les centres d'hébergement, les hôpitaux de jour, les hôpitaux de nuit, les clubs thérapeutiques, les centres de crise, les services d'hospitalisation à domicile.
- dans le cadre social et médico-social pour adultes souffrant de troubles psychiques : des structures intermédiaires de réinsertion dans l'économie (ateliers thérapeutiques de réinsertion, centres d'aide par le travail, etc...) et dans un cadre expérimental diverses expériences originales.
- dans le cadre de l'intersecteur de psychiatrie infanto-juvénile : des hôpitaux de jour, des formules différentes de l'hospitalisation à temps partiel (accueil parents-enfants moins de trois ans, hospitalisation à domicile, ferme ou maison thérapeutique...).

(1) A.S.E.P.S.I. - Annuaire des Structures Intermédiaires .- Paris, 1983, 360 p.

- dans le secteur social ou médico-social pour enfants ou adolescents ayant des troubles du comportement et de la personnalité : instituts, externats et lieux d'accueil divers.
- hors cadre mais pas toujours : les lieux de vie et d'accueil caractérisés par la philosophie "du vivre avec" qui reçoivent des enfants, adolescents et jeunes adultes ayant des difficultés d'ordre psychique ou social importantes.
- hors cadre également les centres d'accueil et d'écoute (S.O.S.).
- pour les adultes handicapés mentaux : des foyers, maisons d'accueil spécialisées, foyers éclatés, externats de jour, services d'accompagnement, services de placement et de suite, C.A.T., A.P., etc...

L'annuaire évoque aussi l'existence de structures intermédiaires pour les handicapés physiques : foyers-résidences, foyers éclatés, services d'auxiliaires de vie, etc...

Quelles que soient les populations accueillies et en dépit de la très grande variabilité des configurations prises par ces formules, elles partagent, semble-t-il, pour la plupart une vocation d'insertion ou de réinsertion sociale. Ceci est connu dans le domaine du handicap physique ou mental comme dans le domaine de l'inadaptation. A propos de structures intermédiaires créées dans le champ psychiatrique J.F. REVERZY et J.F. DAMERON (1) l'ont fait observer également : "Il s'agit, dans la majorité des cas, de projets de réinsertion ou de réadaptation sociale, cela malgré la diversité sociale, cela malgré la diversité des idéologies sous-jacentes et des codes institutionnels".

Les expériences d'appartements thérapeutiques de type associatif sont venues s'inscrire dans ce mouvement et plus particulièrement dans la lignée des créations de petites structures dites de la seconde génération qui cherchent,

(1) REVERZY (J.F.), DAMERON (J.F.) - Les appartements thérapeutiques : Mirages ou terre promise ? - Communication au Congrès de psychiatrie et de neurologie de langue française - Charleroi : 27 juin 1976.

selon REVERZY (J.F.) (1), "à constituer un ensemble 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, qu'elles procèdent d'un déracinement originel, d'une situation de crise transitoire ou d'un séjour prolongé en institution".

Elles semblent ainsi constituer un maillon de plus dans le dispositif institutionnel appelé à jouer un rôle d'insertion. A ce titre, les interrogations qu'elles soulèvent s'inscrivent dans la problématique des structures intermédiaires tout en contribuant, peut-être, à en renouveler les termes. C'est pourquoi, nous attacherons-nous dans cette première partie à situer les appartements thérapeutiques par rapport à l'évolution de ces structures et des débats qu'elles suscitent aujourd'hui.

1.1 - Logiques d'émergence et premières hypothèses d'évolution

Les structures intermédiaires se sont surtout développées après la seconde guerre mondiale, que ce soit dans le champ de la protection de l'enfance, de l'enfance inadaptée, du handicap physique ou de la santé mentale, même si des réalisations existaient antérieurement et y compris dès la seconde moitié du XIXème siècle (colonies familiales, sociétés de patronage). L'idée même de structures intermédiaires à vocation d'insertion est encore plus ancienne. En fait, dans le champ psychiatrique qui nous intéresse plus particulièrement ici, elle a un rapport étroit avec la loi de 1838 sur l'internement en ce que celle-ci n'a pas seulement eu une dimension de protection sociale mais aussi une dimension thérapeutique affichée (2).

(1) REVERZY (J.F.)

Prendre les risques de la liberté. in Annuaire des Structures Intermédiaires.- Paris : A.S.E.P.S.I., 1983, p. 3.

(2) Cf., par exemple, QUETE (C.) - Le vote de la loi de 1838. in : Nouvelle Histoire de la psychiatrie.- Toulouse : Privat, 1983. pp. 179-188.

C'est en prenant appui sur l'idée de guérison contemporaine de l'institutionnalisation de l'asile que l'on va commencer à préconiser "l'ouverture des établissements et la création de milieux intermédiaires de convalescence ou de placement" (1).

De ce point de vue, elles apparaissent appelées à représenter des structures complémentaires aux structures mères situées en amont dès lors que la fonction de guérison de ces dernières, ou plus généralement de normalisation, ne peut pas être remplie intégralement sans le support d'un circuit institutionnel qui potentialise le retour vers les milieux ordinaires de vie.

Mais l'idée de guérison entraîne aussi en opposition tranchée avec les fondements aliénistes de l'asile, une autre conséquence, c'est que précisément des espaces hospitaliers pourraient se consacrer spécifiquement aux soins et se décharger des autres fonctions d'assistance sociale. Une telle position va être prise par le positivisme médical, à partir de 1860 environ, en s'appuyant au plan théorique sur une distinction entre l'aliénation mentale et la maladie mentale qui cherche à intégrer celle-ci comme spécialité purement médicale (R. CASTEL) (2).

En rapport avec cette seconde conception les structures intermédiaires sembleraient appelées à fonctionner comme structures substitutives des structures mères en ce qui concerne les fonctions d'assistance traditionnelles de ces dernières.

1.11 Le risque d'une répétition de l'asile

S'il est important de souligner la double logique potentiellement possible des structures intermédiaires après la création de l'asile, logique de complémentarité ou au contraire de substituabilité, c'est que cette seconde

(1) REVERZY (J.F.), DAMERON (J.F.) - Guérir sans soins, appartements thérapeutiques et structures intermédiaires - in : l'Information psychiatrique, vol. 55, n°4, avril 1979, pp. 353-382.

(2) CASTEL (R.) - La gestion des risques - De l'anti-psychiatrie à l'après-psychanalyse .- Paris : Ed. de Minuit, 1981. p. 78.

subit bien souvent dans les débats actuels une certaine occultation, tendant à masquer la parenté étroite qui peut exister entre des réalisations dites innovantes et la vieille structure asilaire du XIX^{ème} siècle.

C'est aussi et surtout parce que cette double logique est liée concrètement aujourd'hui au développement, non pas seulement de la tradition aliéniste qui s'est épanouie et mutée au travers de la lente, mais progressive histoire du secteur, mais également au renforcement de l'objectivisme médical qui vise à faire "de la maladie mentale une maladie comme une autre, traitable dans un hôpital comme un autre, en renvoyant, si besoin est, les chroniques dans des établissements de gardiennage" (R. CASTEL) (1).

Avant même en effet que la politique du secteur, officialisée en 1960, puis mise en application systématique à partir de 1972, n'ait atteint son objectif d'implantation de 1.200 équipes sur la base d'un secteur pour 70.000 habitants et d'un inter-secteur infanto-juvénile pour trois secteurs adultes, on assiste à un développement très sensible des services psychiatriques rattachés aux hôpitaux généraux. (R. CASTEL) (2)

Ce qui se profile ainsi pour CASTEL (R.) "c'est une restructuration de tout le dispositif institutionnel de la psychiatrie, où il y aurait non plus des "institutions spéciales", mais des institutions spécialisées dans le traitement et d'autres dans le gardiennage, de telle ou telle catégorie de malades" (3). Faisant dans le même texte référence aux Maisons d'Accueil Spécialisées créées par la loi du 30 juin 1975 en faveur des personnes handicapées, l'auteur ajoute "La prolifération des "structures intermédiaires" si elle relève d'un esprit tout différent, va dans le même sens" (4).

(1) CASTEL (R.), opus cité, p. 78.

(2) CASTEL (R.), " " p. 82.

(3) CASTEL (R.), " " p. 84.

(4) CASTEL (R.), " " p. 86.

CASTEL (R.) relève ainsi les signes d'une évolution en France susceptible d'aboutir à une situation comparable à celle qu'il a décrite pour les Etats-Unis avec renforcement des fonctions thérapeutiques de l'hôpital et multiplication de micro-structures de forme asilaire pour malades chronicisés (1).

Même si ce n'est là toutefois, heureusement encore, qu'une hypothèse d'évolution, elle nous conduit à demeurer attentif à l'égard de ce qui, dans les structures intermédiaires, risque de ne constituer qu'une reproduction modernisée de l'asile en dépit des discours et des espoirs optimistes qu'elles suscitent la plupart du temps, en dépit même des conceptualisations séduisantes ou des légitimations théorico-cliniques dont elles ont pu faire l'objet.

1.12 L'hypothèse utopiste ou le mythe en action

Cet optimisme est ainsi évoqué par GUILLAUME (J.C.) lorsqu'il rend compte de l'esprit des premières journées organisées par l'A.S.E.P.S.I. à Orsay sur les nouvelles structures d'accueil et de soins en France : "La grande institution asilaire, fille indigne de la mère société et du père psychiatre, ventre annexe de la folie prisonnière et conjurée, se devait d'être condamnée. Cette mort, nécessaire et dûment constatée, permettait, enfin, la naissance d'un désir, rejeton las d'une interminable gestation et avide, que les générations meurtrières enfourchent "comme un cheval fou". Les barrières, camisoles, barreaux et idéologies sont tombés, fracassés dans la poussière. Jubilation... Le "faire" s'ouvre sur des espaces infinis" (2).

(1) CASTEL (F.), CASTEL (R.), LOUELL (A.) - La société psychiatrique avancée : le modèle américain .- Paris : Grasset, 1979.

Voir aussi Transition n° 3. La desinstitutionnalisation aux Etats-Unis. A.S.E.P.S.I., 1980, 160p.

(2) GUILLAUME (J.C.) - Le sens de la flèche. In : Transitions n°1, A.S.E.P.S.I., 1979, pp. 29-33.

Face à l'asile grande structure fermée, rigide, morte, et après la réforme du secteur largement engagée, l'espoir de maints acteurs va se mobiliser sur ces espaces plus petits, ouverts, souples, vivants. Premier signe important : la revue Transitions de l'innovation psychiatrique et sociale est créée en 1979 par l'A.S.E.P.S.I., qui organisera postérieurement de multiples débats sur des thèmes liés aux structures intermédiaires.

Deuxième signe important : le succès obtenu par l'A.S.E.P.S.I. C'est ainsi que le premier annuaire est rapidement épuisé, ainsi que les éditions suivantes. La mobilisation des acteurs dépasse très largement les prévisions les plus optimistes des promoteurs de ces formules et cela dès les premières journées inaugurales déjà citées (Transitions) (1).

C'est l'heure pour la psychiatrie de rattraper le temps perdu par rapport aux champs connexes de l'assistance ou de la solidarité sociale, remarquent J.F. REVERZY et J.F. DAMERON (2). Ces mêmes auteurs soulignent la nécessité de créer et d'animer des lieux de vie transitoires ou au long cours et des nouveaux espaces résidentiels à vocation authentiquement thérapeutique.

Ils proposent de les repérer comme "micro-structure communautaire d'accueil ou de séjour créant un champ relationnel transitoire à effets thérapeutiques" (3) et s'attachent à les définir "comme des structures intermédiaires :

- le terme de structure impliquant aussi bien l'organisation d'un espace concret que celle d'un ensemble humain où se jouent des phénomènes de solidarité inter-personnels ;
- le terme d'intermédiaire introduisant la notion de transition, de relais dans l'espace et le temps ainsi que celle de médiation.

(1) Transitions, Op. cité, n° 1.

(2) REVERZY (J.F.), DAMERON (J.F.), op. cité.

(3) " " " " " " " " , p.354.

De plus, l'association de ces deux termes les articule dans la polysémie de leurs connotations topiques" (1).

En se dégageant volontairement des labels immobiliers du style appartement thérapeutique et des cadres légaux, cette jolie définition présente l'avantage de demeurer très ouverte quant aux caractéristiques requises. Elle agite quelque chose de scientifique et de magique à la fois, quelque chose aussi de la symbiose et de la castration (symbolique s'entend), au travers des termes de structure, de relais dans l'espace et dans le temps, d'ensemble humain, de solidarité, de transition et de médiation. Avec les charmes de ces essences sérieuses et légères, chaleureuses et médiatiques, sa fonction est, en fait, non pas tant sans doute de décrire un corps que de donner à suivre un esprit, l'esprit des structures intermédiaires dont le mythe commence ainsi à se forger.

L'élément le plus solide - si on peut dire - de ce mythe, son élément le plus réaliste est bien le terme de structure dont les implications mentionnées n'écartent - remarquons-le - en aucune manière l'asile d'antan. Du point de vue d'une différenciation qui cherche à être radicale, il y a là une première difficulté de taille que le recours au terme de micro-structure ne saurait, en tout état de cause, résoudre que partiellement. En fait, c'est le terme intermédiaire qui porte essentiellement l'utopie, une utopie fortement inspirée par l'électro-magnétisme dans sa formulation, puisqu'il est bel et bien question de créer des champs relationnels transitoires qui ne soient pas sans produire des effets thérapeutiques sur les sujets circulant dans les micro-structures. Il reste cependant à lui trouver un véritable ancrage du côté des théories.

1.2 - La mobilisation des savoirs : de la psychanalyse au comportementalisme ?

Pour tourner la page de l'asile, il ne suffit pas en effet de mettre à mal ses murs, il faut aussi renforcer les fondements des nouvelles structures en leur donnant une légitimation théorique. C'est donc du côté de la psychanalyse encore en position de force que vont se tourner les promoteurs des formules. L'A.S.E.P.S.I. consacrera ainsi notamment deux numéros de Transitions aux

(1) REVERZY (J.F.), DAMERON (J.F.), op. cité, p. 354

thèmes : "Psychanalyse et transitionnalité" (1) ; "La répétition et l'imprévisible" (2). On peut toutefois se demander suite à CASTEL (R.), si ce ne sont pas les technologies du comportement social en vedette Outre-Atlantique et déjà infiltrées en France dans certains secteurs qui peuvent devenir les pôles de référence dominants à plus ou moins brève échéance.

1.21 L'appel à la psychanalyse

Dans ce que l'on pourrait appeler la psychanalyse des structures intermédiaires les élaborations font référence aux notions d'objets (3), de phénomènes (4) transitionnels ou d'illusion (5) de Winnicott et/ou à la notion

(1) Transitions n° 7, Psychanalyse et Transitionnalité. A.S.E.P.S.I., 1981, 154 p.

(2) Transitions n° 14, La répétition et l'imprévisible. A.S.E.P.S.I., 1983, 211 p.

(3) "Objet transitionnel : terme introduit par D.W. WINNICOTT pour désigner un objet matériel qui a une valeur élective pour le nourrisson et le jeune enfant, notamment au moment de l'endormissement (par exemple, un coin de couverture, une serviette qu'il suçotte).

Le recours à des objets de ce type est, selon l'auteur un phénomène normal qui permet à l'enfant d'effectuer la transition entre la première relation orale à la mère et la "véritable relation d'objet".

LAPLANCHE (J.) et PONTALYS (J.B.). Vocabulaire de la psychanalyse - Paris : PUF, 1971, p. 295.

(4) Pour LAPLANCHE (J.) et PONTALYS (J.B.) "Winnicott fait entrer dans le même groupe certains gestes et diverses activités buccales (gazouillis, par exemple) qu'il nomme phénomènes transitionnels".

(5) "'L'objet transitionnel et le phénomène transitionnel apportent, dès le départ, à tout être humain, quelque chose qui restera toujours important pour lui, à savoir, un champ neutre d'expérience qui ne sera pas contesté". "Ils appartiennent, selon Winnicott, au domaine de l'illusion : "ce champ intermédiaire d'expérience, dont-il n'a à justifier l'appartenance ni à la réalité intérieure, ni à la réalité extérieure (et partagée), constitue la part la plus importante de l'expérience de l'enfant. Il va se prolonger, tout au long de sa vie, dans l'expérience intense qui appartient au domaine des arts, de la religion, de la vie imaginative, de la création scientifique"". Citations de Winnicott par LAPLANCHE et PONTALYS.

notion Lacanienne de la Loi (1) et aux jeux des signifiants (2) non sans s'appuyer aussi dans le même corpus sur des courants de psychothérapie institutionnelle développés antérieurement et sur les ramifications de ses diverses tendances.

Il ne semble pas cependant que ces élaborations se soient montrées très productives à ce jour, tant au plan concret que théorique. D'une part, nous n'avons pas trouvé dans la littérature consacrée aux structures intermédiaires de modes d'organisation qui s'appuient explicitement sur les analyses résultant des courants théoriques mentionnés, à quelques exceptions près. D'autre part, les élaborations s'appuient assez peu, en fait, sur des analyses d'expériences concrètes ou sur l'historique de cas cliniques ayant transité dans les structures. Le constat, en fait, est plutôt, constat de clivage, de placage, voire de désertion, hormis quelques tentatives intéressantes (A. COLEY) (3). Le numéro de Transition sur "Psychanalyse et transitionnalité" consacre à peine 25 pages (1/4 environ de l'ensemble du numéro) à la question, un autre quart portant préalablement sur les structures interméd-

(1) Terme non défini par LAPLANCHE (J.) et PONTALYS (J.B.) compte tenu probablement de la difficulté à l'appréhender clairement. Le terme fait référence au fait que la mère doit demeurer interdite pour que le sujet puisse se constituer comme tel. Cet interdit ne se réduit pas à l'interdiction de l'inceste car il se situe au niveau de la vie psychique. Plutôt que comme loi du père, il est à comprendre comme porté par le nom du père tel que celui-ci se manifeste particulièrement dans le discours de la mère. Un défaut grave (forclusion du nom du père) sur ce registre du symbolique serait à l'oeuvre dans les psychoses. D'une manière plus générale, la loi en question ne s'oppose pas ainsi au désir du sujet, mais permet au contraire son organisation. Il va sans dire qu'une telle loi ne saurait être promulguée par aucun gouvernement, même si toute loi entretient un rapport complexe avec celle-là.

(2) Le signifiant est ce qui représente le sujet pour un autre signifiant.

(3) COLLET (A.) - Structures "légères" de soins, pathologie psychiatrique "lourdes"... sur quelques aspects de la mutation de l'assistance, du soin et de la thérapeutique en psychiatrie. Mémoire pour le C.E.S. en psychiatrie. Université Pierre et Marie Curie (Paris VI) Faculté de Médecine Pitié-Salpêtrière, 1986, 260 P.

diaires. FLAVIGNY (M.), qui clôture cette partie par un article soulignant "la nécessité de situer le champ de l'action psychiatrique parmi les diverses structures intermédiaires ou solutions alternatives ", conclut comme suit : "De l'hospitalisation dans nos casernes psychiatriques, nous nous ouvrons aux structures intermédiaires. Il reste un effort urgent à entreprendre de clarification pour préciser leur appartenance à la dimension thérapeutique psychiatrique et définir nos limites ainsi que les collaborations à établir avec les autres initiatives alternatives du champ social" (1).

Ne s'agit-il pas, en fait, dans l'après-coup de trouver les référents théoriques qui font encore défaut pour asseoir la dimension de soins de ces structures ? Dans la partie suivante divers auteurs illustrent ou exposent comment la psychanalyse peut remplir une telle fonction, à partir, en particulier, de l'analyse transitionnelle (extension à l'adulte et au groupe de l'hypothèse émise par Winnicott telle qu'elle a été présentée par KAES (R.), MISSENARD (A.), ANZIEU (D.) et coll.) (2). Mais parmi les quelques contributions recueillies, la moitié environ s'évade du thème abordé, comme si elles venaient signifier la désépécification rapide d'une telle réflexion, une fois posé pour les sujets le besoin de transiter à partir d'un cadre stable et de médiations multiples.

Une seule concerne une institution (3) conçue, semble-t-il, en référence au corpus théorique lacanien (A. VANIER) (4). On y trouve exposés quelques thèmes centraux qui seront repris par différents auteurs sous la probléma-

(1) FLAVIGNY (M.) - Transitions, n° 7, op. cité, p. 69.

(2) KAES (R.), MISSENARD (A.), ANZIEU (D.) et coll. - Crise, rupture et dépassement. Paris : Dunod, 1979, Collection inconscient et culture.

(3) Il s'agit de l'Ecole de Bonneuil, créée en 1969 par M. MANNONI.

(4) VANIER (A.) - L'institution éclatée. in Transitions, n° 7, op. cité, pp. 84-86.

tique générale de la Répétition et de l'Imprévisible (1) dans un autre numéro. Mais déjà VANIER (A.) concluait : "on est alors amené à concevoir, dans la perspective où nous situe notre expérience, la "désinstitution" comme un processus jamais achevé de subversion du champ institutionnel en tant qu'il tend toujours à sa clôture. Le risque sinon est de ne retrouver sous de nouveaux atours que des institutions répétées" (2). Le deuxième type de conclusion auquel conduit la perspective lacanienne "est fourni par RAPPARD (Ph.) : "L'établissement en tant que tel n'est pas pathogène, ni aucune formation imaginaire lorsque cette articulation symbolique (3) est signifiée dans sa référence à l'oedipe, à la prohibition de l'inceste" (4). Troisième type de conclusion enfin : "l'enfermement est avant tout un mode de recouvrement du dire, qu'on y mette des noms autour ou pas ; souvent l'enfant ou l'adolescent investira son corps de toute façon comme une prison" (BAILLY, FOURRE, LEGUEN) (5).

Ces trois types de conclusions permettent, en fait, de légitimer tout type d'institution, ce qui signifie qu'elles n'en légitiment réellement aucun : signifiant appelé sans cesse à dépérir pour un autre signifiant, l'institution intermédiaire ou non a à disparaître comme telle, mais ce n'est pas des murs

(1) Transitions, n° 14, La répétition et l'imprévisible, A.S.E.P.S.I., 1983, 211p.

(2) VANIER (A.), op. cité, p. 86.

(3) Soit en clair d'après ce qui se comprend du texte, l'articulation de l'hôpital psychiatrique avec le monde extérieur et avec d'autres institutions (l'hôpital psychiatrique n'étant plus alors ce "signifiant ultime de la folie"). Il fallait que ce signifiant dépérît pour "de signifiant se signifiant lui-même, devenir signifiant de la folie pour un autre signifiant".

(4) RAPPARD (Ph.) - L'endogamie et l'exogamie à travers la problématique phallique des appareils de santé mentale (ou par-delà la mixité). in Transitions, La répétition et l'imprévisible, A.S.E.P.S.I., 1983, pp. 31-39.

(5) BAILLY, FOURRE, LEGUEN - Quel sens donner à l'acting-out ? - in Transitions, n° 14, opus cité, pp. 89-92.

ou des cadres dont il est question. Dès lors, rien ne s'oppose à ce que l'hôpital psychiatrique devienne lui aussi intermédiaire prenant ainsi fonction de phallus (1) aménagé.

Si la tentative de légitimer les structures intermédiaires constitue donc une impasse, il reste bien sûr que la psychanalyse a certainement son mot à dire sur ces structures et sur ce qui peut s'y passer pour les sujets par elles concernés. Sur ce plan même elle souffre cependant d'un handicap majeur : soit son discours se simplifie ou est simplifié, courant ainsi le risque d'une déspecification et en définitive d'un phagocytage par le sens commun, soit il maintient sa complexité et sa finesse au risque de voir se détourner maints acteurs de son champ vers un concurrent beaucoup plus accessible qui met en avant la clarté de ses bases théoriques et son souci d'efficacité. C'est la menace de ce concurrent redoutable qui pèse aujourd'hui (cf. R. CASTEL) (2).

1.22 L'ombre du comportementalisme

On imagine mal comment l'utopie des structures intermédiaires pourrait faire alliance avec le comportementaliste, cet ennemi héréditaire de la psychiatrie française. D'emblée il est d'ailleurs fermement (mais poliment) repoussé. "La structure intermédiaire utilise les phénomènes transitionnels comme processus de guérison potentielle et non les phénomènes transactionnels de reconnaissance d'un modèle de comportement : il ne doit pas être question ici, sinon à titre d'hypothèse, de faire usage d'une technologie du conditionnement social" (J.F. REVERZY et J.F. DAMERON) (3).

Si la résistance aux thérapies comportementales demeure ainsi très forte, relevons toutefois que cela ne les a pas empêchées d'opérer une première percée dans le domaine de l'enfance inadaptée au niveau de certaines

(1) Pour reprendre ce signifiant-maître du commentaire mentionné.

(2) CASTEL (R.). Opus cité, pp. 109-114.

(3) REVERZY (J.F.), DAMERON (J.F.), op. cité, p. 379.

institutions privées (C. WELGER) (1). Ceci témoigne du fait que l'idéologie de la réadaptation sociale peut aussi se fonder sur la recherche d'une normalisation à base de conditionnement.

La tendance à la répétition asilaire, d'une part, tendance à recourir au comportementalisme par obsession d'efficacité, d'autre part, constituent bien sans doute les écueils complémentaires que les orientations modernes d'insertion doivent chercher à éviter même si le contexte de crise économique où elles sont venues s'inscrire réduit leurs chances de succès.

1.3 - Transit des structures intermédiaires dans la mouvance du cadre légal, de la crise économique et la décentralisation.

Le cadre légal en psychiatrie a fait l'objet ces dernières années d'une série de réformes ; principalement : la loi du 25 juillet 1985 qui reconnaît officiellement le secteur psychiatrique et instaure un nouveau conseil de santé mentale, la loi du 30 décembre 1985 qui met les dépenses de lutte contre les maladies mentales à la charge de l'assurance maladie et la loi du 31 décembre 1985 relative à la sectorisation psychiatrique qui instaure cinq principaux types de dispositions (J.F. BAUDURET) (2) :

- "- la mise en place d'une véritable carte sanitaire de la psychiatrie
- la possibilité pour l'hôpital de gérer des équipements alternatifs à l'hospitalisation et de dispenser des prestations en dehors de ses murs.
- l'intégration dans la dotation globale hospitalière du financement des services publics participant à la sectorisation psychiatrique qui sont dorénavant mis à la disposition de l'hôpital.

(1) WELGER (C.) - La carotte et le bâton. Autrement, nov. 1908, 191 p.

(2) BAUDURET (J.F.) - La réforme de la psychiatrie publique. Informations Hospitalières, février-mars 1986, pp. 11-17.

- la mise à disposition en 1986, puis l'intégration à partir de 1987 à l'hôpital des personnels des collectivités territoriales, titulaires ou non, travaillant dans les secteurs psychiatriques.
- la mise en place d'une dotation globale de financement pour les personnes morales de droit privé participant aux actions de sectorisation psychiatrique" (1).

La réunification des moyens intra et extra-hospitaliers dans le cadre du secteur psychiatrique, de leur gestion au niveau de l'hôpital et de leur financement au niveau de l'assurance maladie vise très explicitement à assurer une accélération sensible du développement des alternatives à l'hospitalisation, c'est-à-dire aussi des fermetures ou des reconversions de lits psychiatriques. Tout ceci s'intègre dans les objectifs du IXème Plan (1984-1988) qui préconise à terme la suppression de la moitié de ces lits, les places en structures intermédiaires nouvelles devant permettre la reconversion de 28.000 lits.

Ainsi les structures intermédiaires vont elles très probablement se développer de manière importante dans le domaine de la maladie mentale dans les cadres juridiques et financiers existants ou hors cadre. En nous limitant aux structures comportant un hébergement, il peut s'agir de (2) :

- Maisons d'Accueil Spécialisées prévues à l'article 46 de la loi du 30 juin 1975 en faveur des personnes handicapées, à l'intention des personnes handicapées mentales dépourvues de minimum d'autonomie nécessaire à l'accomplissement des actes essentiels à l'existence (unités de long séjour avec encadrement important).
- foyers ou centres de post-cure avec prépondérance des moyens médicaux et psycho-médicaux et un encadrement important. Unités de "moyen séjour" ils relèvent de la législation hospitalière et bénéficient d'une prise en charge de l'assurance-maladie.

(1) BAUDURET (J.F.). Op. cité, p. 15.

(2) Cf. LESOUËF (H.). Les structures intermédiaires, Réadaptation, juin 1986, n° 331, pp. 13-18.

- établissements de réinsertion sociale et professionnelle (article 47 de la loi du 30 juin 1975 en faveur des personnes handicapées)
- foyers d'hébergement qui offrent en principe un logement, une animation sociale et un soutien médico-psychologique. Ils entrent dans le cadre de la loi du 30 juin 1975 en faveur des personnes handicapées. Les foyers-logements, les foyers éclatés ou les foyers soleils peuvent se rattacher à ce type de structures. La prise en charge est assurée par l'aide sociale départementale.
- appartements thérapeutiques (désormais prévus par l'arrêté du 14 mars 1986 : "les appartements thérapeutiques sont des unités de soins à visée de réinsertion sociale, mis à disposition de quelques patients pour des durées limitées et nécessitant une présence importante, sinon continue, de personnel soignant"). Gérés par l'hôpital ils ont un prix de journée sécurité sociale.
- placement familial : une famille accueille la personne moyennant une rétribution.
- enfin, dans le cas des structures hors cadre, un cadre expérimental est prévu à l'article 4 de la loi 75-535 sur les institutions sociales et médico-sociales.

Toute cette panoplie de structures avec hébergement que comporte l'extra-hospitalier s'appuie tantôt sur la notion de maladie mentale, mais tantôt aussi, on l'aura noté, sur la notion de handicap mental, ceci depuis la promulgation de la loi du 30 juin 1975 en faveur des personnes handicapées. Le glissement entre ces deux notions a joué dans le sens d'une prise en compte (1) des difficultés sociales des malades mentaux "stabilisés", notamment, par le biais de l'attribution des allocations prévues par la loi (Allocations aux adultes handicapés et allocations d'éducation spécialisée pour les enfants et adolescents), mais aussi, à contrario, dans le sens d'une négligence possible

(1) GASSER (Y.). Dossier U.N.A.F.A.M. Concevoir le handicap de situation et gérer la situation de handicap. Réadaptation, opus cité, pp. 10-13.

de leurs pathologies, effacées, en quelque sorte, par l'étiquetage nouveau (1). Paradoxalement, la reconnaissance du handicap des malades mentaux semble ainsi se traduire par un clivage des deux notions et de ce qu'elles recouvrent respectivement : dimension sociale, d'une part, soignante de l'autre.

Or, la décentralisation en remettant à l'Etat la compétence en matière de santé mentale et aux départements la compétence en matière sociale risque de jouer, dans le sens d'une coupure entre le médical et le social (2) même si le Conseil Départemental de Santé Mentale comprend des représentants des élus locaux. Dans une démarche inversée, en regard du processus créé par la Loi d'Orientation, les Conseils Généraux dans certains départements, tendent à refuser de s'intéresser à la situation de handicap des malades mentaux prétextant du caractère psychopathologique de leurs troubles (2).

Cette coupure entre maladie mentale et handicap, d'une part, entre le médical et le social, d'autre part, a toutes chances de se traduire par un développement plus important des structures d'hébergement sans prestations médicales intégrées, celles-ci pouvant être d'ailleurs dispensées dans le cadre des services hospitaliers ou extra-hospitaliers, au moins lors d'une première phase d'expérimentation.

Par ailleurs, les réformes engagées ont, nous l'avons vu, pour fonction de diminuer très sensiblement le nombre de lits d'hospitalisation, ce qui signifie que la fonction d'assistance et d'hébergement de l'hôpital psychiatrique devra trouver des alternatives à l'extérieur, ceci dans un plan d'ensemble qui vise à moderniser le système de santé mentale tout en prenant en compte les contraintes économiques actuelles. Au moyen de la dotation globale dont l'implication est que l'hôpital doit fonctionner à ressources

(1) SANQUER (E.) Nouvelles formes de demandes à la psychiatrie. in Assistance psychiatrie en question. Doin éditeurs, 1986, pp. 1-11.

et CORDIER (B.) Loi d'orientation des handicapés. in Assistances psychiatriques en question. Doin Editeurs, 1986, pp. 191-194.

(2) GASSER (Y.). opus cité, pp. 10-13. Voir aussi : Enquête de Réadaptation sur la loi relative à la sectorisation psychiatrique. Réadaptation, juin 1986, n° 331, pp. 3-9.

quasi-constantes, il s'agit de procéder à un redéploiement des moyens existants, de créer, de développer de nouvelles formules mais sans dégager de moyens nouveaux. Cela semble également privilégier la multiplication des structures alternatives d'hébergement, au moins dans un premier temps.

Tout le problème est alors de savoir comment il est possible d'améliorer l'efficacité des formules, en particulier, en prenant en compte leurs dimensions économiques, sociales et thérapeutiques. Il s'agit de ce point de vue d'être attentif aux réalisations des acteurs, aux expérimentations nouvelles qui cherchent à potentialiser l'utilisation des moyens en intégrant la dimension ambitieuse de l'insertion des malades mentaux, comme en témoignent les expériences d'appartements thérapeutiques de type associatif que nous caractériserons dans leurs grandes lignes à présent.

1.4 - Les appartements thérapeutiques de type associatif

Contrairement à leurs homologues médicalisés créés par l'arrêté du 11 mars 1986, ces appartements ne relèvent pas d'un cadre juridique et financier spécifique. En ce sens, déjà, ils constituent une innovation sociale avec tout ce que cela comporte d'imprévisibilité et de variabilité. Ne serait-ce qu'au niveau de leur appellation, il n'est pas toujours très facile de s'y retrouver : il y a des appartements thérapeutiques, les protégés, les communautaires, les relais, etc..., mais une même qualification peut renvoyer à des pratiques différentes et des qualifications différentes à des pratiques semblables.

Si nous avons dans cette étude opté pour l'expression appartements thérapeutiques de type associatif c'est, d'une part, pour reprendre l'adjectif thérapeutique dont l'usage est le plus fréquent, mais, d'autre part, aussi pour les distinguer par l'adjonction de "type associatif" des formules nouvellement instituées dans le cadre de l'extra-hospitalier. Ce choix ne signifie pas cependant de notre part une adhésion à l'idée que dans ces appartements il s'y passe toujours quelque chose de l'ordre de thérapeutique ou que le thérapeutique constitue la vocation de ces micro-structures ou

encore que l'appartement inséré dans l'habitat est soignant. Nous l'adoptons, faute de mieux, les autres adjectifs introduisant aussi des connotations contestables ou/et une déspécification de la structure qui masque son appartenance au champ de la psychiatrie.

Maints auteurs ont d'ailleurs insisté sur les inconvénients que représenterait une fausse déspécification (H. FLAVIGNY) (1), (A. COLLET) (2) ou sur la nécessité d'affirmer la dimension soignante de ces micro-structures (F. GISSOT-LAGACHERIE) (3), (J.L. MARCEL, J.F. KRAVEL) (4).

Ces "appartements" partagent principalement les caractéristiques suivantes :

- 1° Création et gestion par une association de type 1901, en général locataire de l'appartement.
- 2° Installation constante dans des immeubles ordinaires (le plus souvent de type H.L.M.)
- 3° Fonction d'accueil transitoire de malades mentaux stabilisés.
- 4° Prise en charge des frais d'hébergement (location comprise) par les usagers.
- 5° Suivi thérapeutique à l'extérieur de l'appartement (en général dans le cadre de l'extra-hospitalier public).

(1) FLAVIGNY (H.), Nécessité de situer le champ de l'action psychiatrique parmi les diverses structures intermédiaires ou solutions alternatives. in Transitions, n° 7, A.S.E.P.S.I., 1981, pp. 67-69.

(2) COLLET (A.). Structures "légères" de soins, pathologie psychiatrique "lourdes"... sur quelques aspects de la mutation de l'assistance, du soin et de la thérapeutique en psychiatrie. Mémoire pour le C.E.S. de Psychiatrie. Paris VI, 1986, 260 p. (Cf. pp. 65-70).

(3) GISSOT-LAGACHERIE (F.). L'appartement thérapeutique en tant que structure intermédiaire. Mémoire pour le C.E.S. de psychiatrie, Faculté de Médecin de Tours, 1985, 77 p.

(4) MARCEL (J.L.), KRAVEL (J.F.). Les projets de réinsertion. In Assistances psychiatriques en questions. Doin Editeurs, 1986, pp. 195-209.

Ces micro-structures, dites de la seconde génération en raison de leur taille réduite, de leur insertion dans le tissu de l'habitat, du caractère transitoire de l'accueil, présentent par ailleurs un assez grande variabilité liée à des combinaisons sans logique systématique entre des dimensions telles que l'identité des promoteurs, le mode de financement, les prestations fournies au niveau ou en dehors de l'appartement.

Schématiquement, on observe toutefois qu'il existe deux grands types d'expériences, fondamentalement différentes dans leur filiation ou les conséquences qui en découlent sur le plan de l'organisation. Le premier se compose d'appartements créés à l'initiative de soignants du secteur ou en relation avec eux et, dans ce cas, ces soignants assurant l'encadrement de la formule celle-ci est libérée des charges correspondantes et peut dès lors s'auto-financer. Le second se compose d'appartements créés à l'initiative d'associations d'usagers à partir de foyers plus ou moins classiques ou encore d'associations montées par des professionnels à cette fin. Dans ce cas le financement du personnel qui doit être recruté pour assurer l'encadrement de la formule est assuré par la D.D.A.S.S. Ces deux types de formule ont cependant en commun les cinq caractéristiques mentionnées ci-dessus.

Théoriquement, les possibilités de création et de fonctionnement sont extrêmement larges puisqu'en l'absence d'une définition légale de la formule, il faut et il suffit qu'une association se constitue, qu'elle puisse louer un appartement, et accueillir des malades mentaux stabilisés. Dans la pratique la concrétisation de ces possibilités suppose naturellement l'existence de promoteurs, en général, directement concernés par le problème soit en tant que professionnels, soit en tant qu'usagers qui élaborent un projet d'appartement et trouvent les supports humains, techniques et financiers nécessaires. C'est en fonction de la nature du projet et des caractéristiques des supports que la formule prendra sa configuration particulière au plan des prestations fournies et des articulations institutionnelles réalisées.

Les expériences peuvent ainsi se dérouler dans un cadre institutionnel public ou entièrement privé ou dans l'un des deux cadres mais en articulation avec l'autre. Quel que soit le cadre, il peut y avoir ou non des interventions de l'équipe au niveau des appartements et même un encadrement sur place plus ou moins limité. Quel que soit le cadre, le recours à des conventions ou contrats

respectivement avec les organismes loueurs et les usagers est quasi-constant mais variable quant à la nature des règles posées, comme nous le verrons dans la prochaine partie qui nous permettra de revenir sur les variations concrètes des formules.

En tant que micro-structures transitoires d'hébergement insérées dans l'habitat ordinaire, ces expériences sont particulièrement significatives du mouvement actuel des structures intermédiaires liées au champ de la psychiatrie. En tant que telles, elles constituent un terrain privilégié pour l'abord des interrogations que suscitent ces structures quant au sens de leur évolution, quant à leur efficacité transitionnelle en fonction des diverses modalités pratiques mises en oeuvre et éventuellement des références théoriques. C'est dans le cadre de ces interrogations que se situe notre démarche d'évaluation.

S E C O N D E P A R T I E :

QUESTIONS POSEES ET DEMARCHE METHODOLOGIQUE

Compte-tenu de la visée évaluative de l'étude, nous avons cherché à cerner les discours relatifs aux appartements thérapeutiques et les pratiques réelles que recouvrent ces formules, leurs coûts et leurs résultats sur un échantillon constitué d'expériences diversifiées menées en Région parisienne et en province.

L'approfondissement du contenu des divers axes de l'étude avant d'engager la phase de recueil des données s'est appuyé, notamment, sur :

- l'étude des dossiers de projet d'appartement soumis à la Fondation de France pour subventionnement ;
- une journée d'étude organisée par cette même Fondation avec une Fédération d'Associations gestionnaires d'une dizaine d'appartements et le compte-rendu dont elle a fait l'objet ;
- la revue de la littérature.

Nous précisons successivement ci-après le contenu de ces axes, ainsi que les grandes lignes des outils élaborés et la composition de l'échantillon retenu.

2.1 Axes d'investigation et outils

Cherchant à mettre en rapport de cohérence ou d'incohérence des discours et des pratiques, nous nous sommes intéressés :

- 1) aux objectifs des pratiques et discours de légitimation ;
- 2) à la description des pratiques et des résultats obtenus au niveau des usagers ;
- 3) à l'évaluation économique des appartements ;
- 4) à l'évolution des représentations des acteurs quant au fonctionnement de leurs micro-structures.

2.1.1 - Objectifs des pratiques et discours de légitimation

Nous avons mis en évidence dans la précédente partie l'importance de la vocation d'insertion sociale des entreprises intermédiaires. Dès les premiers travaux exploratoires cette dimension est apparue particulièrement importante dans les discours de légitimation des appartements thérapeutiques, même si le souci de leur conserver une dimension soignante était en général réaffirmé.

Une autre dimension non négligeable mais plus marginale tenait à l'intérêt économique attribué aux formules en comparaison du coût des séjours hospitaliers.

Que les appartements créés dans le cadre de la psychiatrie aient eu à rester soignants n'est pas seulement attesté par le choix fréquent du terme thérapeutique pour les qualifier, mais aussi par de nombreuses prises de position à ce sujet dans la littérature et sur lesquelles nous reviendrons dans les analyses que nous proposerons aux chapitres suivants.

Première question très simple : comment ces diverses dimensions (sociale, thérapeutique, économique) étaient représentées et mises en jeu dans les discours des promoteurs des formules en fonction de leur cadre d'appartenance ? A cet égard, deux hypothèses de travail complémentaires pouvaient être envisagées :

- a) existence d'une prééminence de la dimension d'insertion sociale dans toutes les formules ;
- b) valorisation plus forte de la dimension thérapeutique au niveau des micro-structures liées au secteur.

Deuxième point important : comment ces formules étaient-elles conçues, dans l'esprit de leurs promoteurs, aboutir aux objectifs poursuivis, en fonction de quels cadres de référence théoriques ou cliniques ? Les cadres jouaient-ils un rôle important où fonctionnaient-ils plutôt dans l'après-coup pour légitimer des motivations idéologiques ou professionnelles ?

Pour aborder les deux séries de questionnements posés et examiner leurs articulations éventuelles, nous avons interviewé les promoteurs des formules, au moyen d'un guide d'entretien élaboré à cette fin. Ce guide intégrait aussi les questions relatives à l'évolution des représentations liées au fonctionnement des micro-structures dont il sera question ci-dessous au point 4. Par ailleurs, tous les documents, textes, etc..., élaborés autour de la création des projets ont été demandés de manière à compléter notre information.

2.12 - Description des pratiques et résultats

L'objectif poursuivi ici était de cerner au plus près la manière dont les projets se trouvaient concrétisés tant au niveau de l'organisation réelle des pratiques qu'au niveau des résultats obtenus sur la clientèle.

Il s'est agi de repérer et d'identifier les promoteurs des appartements et les soutiens dont-ils avaient pu ou non bénéficier auprès d'autres catégories d'acteurs, ainsi que de mettre en évidence et décrire le mode d'organisation choisi pour créer, puis gérer le fonctionnement des structures, les caractéristiques des populations accueillies, les moyens mis en oeuvre ou utilisés, les caractéristiques des méthodes d'intervention sur le plan de l'accompagnement social, sur le plan soignant, les réseaux de relations établies ou non avec les milieux spécialisés dans les soins et l'environnement professionnel et social, le devenir des usagers. Trois outils ont été élaborés dans cette perspective, le premier concernant les Associations, le second les appartements, le troisième les usagers. Il s'agit de questionnaires avec questions ouvertes et fermées que nous avons utilisés systématiquement mais avec une grande prudence, de manière à nous préserver autant que possible de deux écueils. Le premier écueil de ces techniques destinées à faciliter les comparaisons entre les expériences parfois fort différentes, est, en effet, de tendre à éliminer ou réduire certaines singularités qui n'entrent pas précisément dans ces grilles préétablies et, de ce fait, à homogénéiser artificiellement les données.

Le second écueil est que le découpage des activités, des réalisations, par tranche s'il a le mérite d'éviter des oublis concernant certains aspects, introduit souvent un trop grand schématisme dans l'approche de fonctionnements beaucoup plus complexes qui échappent par ce biais même aux grilles et peut-être surtout lorsque les divisions et sous-divisions de celles-ci sont multipliées. Complémentairement à ces questionnaires, nous avons donc toujours utilisé des prises de notes pour préciser le sens des réponses recueillies.

D'autre part, tous les documents relatifs aux expériences concernées ont été demandés, en particulier les rapports d'activités, les statuts de l'Association, les contrats avec les usagers, les règlements intérieurs, les conventions avec les organismes propriétaires des logements, etc...

Le point le plus faible de ce dispositif de prise d'informations concerne naturellement l'impact des pratiques sur l'évolution des usagers en rapport à leur santé mentale, leur autonomisation et épanouissement psycho-social. Nous ne pouvions, en effet, envisager de procéder à une étude de type clinique, ne serait-ce qu'en raison du nombre des expériences abordées, ce qui réduit la portée des analyses effectuées : en fait, il s'est agi essentiellement de recueillir le maximum de données objectives qui pouvaient nous être fournies concernant la situation sociale, professionnelle, familiale de ces personnes ainsi que leur itinéraire institutionnel antérieur et les données concernant leur évolution sur ces mêmes plans au moment de l'enquête ou au moment de leur sortie de la micro-structure. Toutefois, le savoir des équipes rencontrées sur les aspects cliniques de leurs clients en termes de situation pathologique, d'évolution de cette situation, de vécu dans la micro-structure, d'univers relationnels créés ou non a été également sollicité dans le cadre de nos questionnaires. Sa prise en compte, nous a semblé très importante pour nuancer l'évaluation de l'impact des pratiques pour essayer, en définitive, d'apprécier avec toute la prudence nécessaire, comment ces personnes se situent dans des contextes de vie nouveaux où les échanges avec les milieux ordinaires de vie se trouvent théoriquement facilités et, en définitive, comment elles se trouvent placées ou non sur des itinéraires d'autonomisation et d'insertion sociale.

2.13 - Approche économique du fonctionnement des appartements

L'étude économique des appartements en tant que structures intermédiaires et nouveaux modes de prise en charge pour malades mentaux stabilisés, doit être située dans un cadre économique global, l'objectif étant de mieux appréhender la place de cette formule au sein du système de santé mentale et de percevoir son évolution ultérieure possible.

En effet, l'augmentation continue des dépenses de santé, imputable pour 50 % à l'hospitalisation, a conduit les pouvoirs publics, dans un contexte de crise économique, à adopter des mesures visant à maîtriser, sinon à réduire, la croissance des charges incombant à la collectivité (Sécurité sociale, collectivités locales, Etat).

Le budget global est l'un des moyens adoptés pour limiter les dépenses hospitalières. En effet, cette nouvelle modalité de financement qui remplace le prix de journée, qui était souvent qualifié d'inflationniste (induisant des mécanismes pervers jouant dans le sens de la prolongation de la durée des séjours...), couvre à la fois l'intra-hospitalier et l'extra-hospitalier. Dans ce cas, la structure fonctionne à ressources quasi-constantes (suivant le taux directeur : évolution des ressources d'année en année), ce qui l'oblige à procéder à une allocation optimale de ses ressources et à limiter ses dépenses (la marge de manoeuvre concédée est étroite de fait, en ce sens plus de 70 % des dépenses hospitalières sont des dépenses de personnel, quasi incompréhensibles).

Par ailleurs, le 9ème plan a préconisé la suppression de la moitié des lits d'hospitalisation psychiatrique à terme : ainsi, il est permis de penser que la fonction d'hébergement, jusque là largement impartie à l'hôpital, va être progressivement "évacuée" extra-muros, celui-ci ne conservant que la fonction curative. Une coupure sera donc accentuée entre le curatif et l'hébergement.

Dans ces conditions, les appartements sont susceptibles de constituer une alternative à l'hospitalisation (en matière d'hébergement), dans la mesure où ils libéreront l'hôpital de patients chroniques ne nécessitant pas des soins intensifs.

En ce qui concerne le cadre juridique, force est de constater qu'aucune définition des appartements associatifs n'a été donnée. Ce vide juridique peut avoir deux effets contraires : l'un favorable aux associations initiatrices de ces expériences en leur offrant une marge de manoeuvre étendue (par exemple : en matière de plan de financement, d'octroi de ressources et de l'élaboration d'un cadre de fonctionnement, du choix d'un statut) ; l'autre défavorable puisque l'on pourrait réinterpréter le désengagement du législateur comme une non-reconnaissance de la formule.

L'étude engagée auprès des associations créatrices et gestionnaires des appartements a eu pour visée principale de dégager les points forts de la formule, les lacunes et leurs effets pervers éventuels.

Dans cette perspective, il nous est apparu nécessaire d'utiliser une méthode évaluative consistant à dégager un coût réel moyen par appartements pour les divers types d'appartements en regard de l'efficacité engendrée tant pour les usagers, l'association, l'hôpital que pour la collectivité.

Ce choix a été effectué en raison de l'impossibilité de réaliser une étude comparative entre les appartements et l'hôpital non pas seulement pour des raisons liées au cadre modeste dans lequel devait être réalisé notre approche économique, mais plus fondamentalement parce qu'une telle étude aurait supposé l'existence d'une substituabilité parfaite entre les deux modes de prise en charge, ce qui pouvait difficilement être posé au départ. On sait, au contraire, que l'hôpital demeure le pilier central du système psychiatrique, notamment en cas de crise. Il existe même une complémentarité entre celui-ci et les appartements dans la mesure où ces derniers fonctionnent parfois comme moyens de prévention et dans d'autres cas comme moyens de post-cure.

Ceci justifie donc la méthodologie que nous avons retenue et qui nous a conduits à analyser la structure du coût des appartements selon leur statut.

Une décomposition visant à discerner les coûts liés à l'hébergement, à l'équipement, ou au fonctionnement des appartements a été prévue de manière à réaliser une ventilation des charges par fonction. En outre, on a tenté de déterminer la participation financière de chacun des agents économiques intervenant dans la couverture de ce coût (usagers, associations, collectivité, hôpital). Pour relever les données correspondantes une grille de relevé de données a été élaboré.

Ainsi nous avons établi un coût moyen de la prise en charge d'un usager d'appartement thérapeutique. De multiples précautions méthodologiques ont été prises, en particulier pour valider la comparaison entre les appartements thérapeutiques liés au secteur et ceux qui ne le sont pas.

Les résultats ont permis de comparer le "coût-efficacité" des deux formules : en effet, un prix de revient moyen n'a de sens que confronté, d'une part à une autre forme de prise en charge (l'hôpital psychiatrique) et, d'autre part, à des résultats en termes d'efficacité.

Les estimations proposées ont été rapprochées d'autres évaluations récentes (Rennes).

2.14 - Représentations des acteurs quant au fonctionnement de leurs microstructures

Au cours de la première phase exploratoire de l'étude, nous avons pu constater que certains promoteurs d'appartements manifestaient un certain désenchantement devant des résultats sans doute moins positifs qu'ils ne l'espéraient, en particulier quant à l'efficacité transitionnelle des formules.

En même temps semblait se mettre en place une délimitation peut-être plus stricte des indications d'appartement et conjointement une représentation de celui-ci, non seulement comme palier d'insertion mais aussi comme lieu de vie, ou en tout cas, comme étape à durée beaucoup moins déterminée.

Il résultait de ceci qu'il était déjà intéressant de chercher, en dépit de la très grande jeunesse de certaines expériences, à appréhender comment évoluaient ou avaient évolué les représentations, en quelque sorte, à l'épreuve de la réalité.

Nous avons donc interviewé les promoteurs des appartements sur l'évolution des réalisations par rapports aux projets en ce qui concerne l'admission des clientèles, les contrats, les moyens d'encadrement, les types d'interventions, les relations avec d'autres structures spécialisées ou non, les relations avec l'environnement. En même temps, nous les avons questionné sur les enseignements qu'ils dégageaient au stade actuel de leurs expériences. Le guide d'entretien déjà mentionné a intégré ce type de questionnement.

Ce guide intègre aussi une question sur la manière dont se situaient les promoteurs des formules par rapport aux tendances actuelles de la psychiatrie. Ce qu'il nous importait, en fait, de savoir sans préjuger de l'intérêt d'autres réponses à cette question particulièrement ouverte, c'était si les expériences abordées cherchaient à s'inscrire dans le cadre d'un processus de rupture avec l'asile, en référence, par exemple, au mouvement italien, ou au contraire dans le cadre d'un processus de réforme en référence, par exemple, au mouvement français.

2.2 - Constitution des échantillons

Pour étudier les axes précités nous avons cherché à constituer un échantillon d'expériences diversifiées en fonction d'une typologie provisoire établie à cette fin. En tant que telle, cette typologie appelait, cependant, un réexamen au cours et au terme de l'étude. Nous justifierons ci-après ce choix avant de présenter les caractéristiques des expériences d'appartements retenues.

Remarquons, tout d'abord, que la population mère de ces formules n'est pas connue actuellement. Ainsi, dans le cadre de son enquête annuelle sur le secteur, le Ministère de la Santé essaye de recenser les appartements thérapeutiques mais la définition de ceux-ci ne distinguait pas encore en 1985 les appartements thérapeutiques au sens que leur a donné le décret du 11 mars 1986, c'est-à-dire d'unité de soins importants, et les appartements tels que nous les abordons ici. Comme nombre de ces appartements ne se qualifient pas d'appartements thérapeutiques, il est vraisemblable que l'enquête du Ministère ne les englobe que partiellement et encore une fois, sans les différencier des appartements thérapeutiques. Précisons que pour l'année 1985, 209 unités ont été recensées alors que le nombre de départements ayant répondu à l'enquête était de 70 environ. Nous devons indiquer également que le service informatique du Ministère, en charge de cette enquête, s'emploie à introduire les distinctions entre appartements thérapeutiques et appartements associatifs en vue de disposer de données quantitatives plus fiables sur ce type d'expériences.

D'autre part, l'enquête réalisée par REVERZY (J.F.) et DAMERON (J.F.)(1) sur les structures intermédiaires a très vite vieilli, compte tenu du développement rapide de ces formules. Les auteurs soulignaient, de plus, son absence d'exhaustivité. A l'époque, elle faisait état de 35 micro-structures de transition pour adultes, et de l'existence d'un nombre non négligeable de projets, tout ceci dans le champ de la psychiatrie.

Enfin, la dernière version de l'annuaire (2) de l'A.S.E.P.S.I. fait état de 36 associations ayant engagé au total 137 expériences d'appartements environ (3). Mais ce recensement, là encore, n'est pas exhaustif.

(1) REVERZY (J.F.), DAMERON (J.F.), opus cité, p. 363.

(2) Annuaire des structures intermédiaires, opus cité.

(3) Quelques associations n'ont pas indiqué le nombre d'appartements créés.

En l'absence, donc, d'une connaissance préalable de la population mère, il ne pouvait être question de constituer un échantillon représentatif des appartements associatifs. Mener une enquête quantitative préalable, compte tenu des difficultés d'une telle entreprise (dont témoigne l'état actuel de l'information dans ce domaine) représentait une tâche trop importante pour être conduite à bonne fin sans englober le temps de l'étude. Or, celle-ci poursuivait des objectifs d'appréhension qualitative des pratiques, pour l'abord desquels, au demeurant, la constitution d'un échantillon représentatif ne s'imposait pas.

Nous avons donc cherché à constituer un échantillon fondé sur une typologie des formules. L'"infinie" variété de ces formules tient aux possibilités théoriques de combinaison de toute une série de traits : identité des promoteurs (soignants du secteur public, soignants du secteur privé, associations d'usagers, associations montées par des professionnels hors cadre institutionnel, autres associations) ; mode de financement (auto-financement, financement par prix de journée) ; caractéristiques des pratiques (type de patients, processus d'admission, type de contrat, relations nouées avec d'autres structures, moyens d'encadrement, prestations fournies), zones d'implantation des appartements, type d'habitat, etc... ; objectifs posés (insertion sociale, thérapeutique) ; références théoriques et idéologiques, etc...

Cependant, REVERZY (J.F.) et DAMERON (J.F.) signalaient déjà les types qui leur apparaissaient les plus fréquents : d'une part, les appartements créés à partir du secteur, d'autre part les appartements créés à partir de l'éclatement de structures de type foyer et gérés par des associations d'usagers : deux filières induisant une série de différenciations correspondantes quant aux modes de financement et aux modalités organisationnelles prises par les pratiques. En procédant à une analyse attentive des appartements recensés dans la dernière version de l'annuaire de l'A.S.E.P.S.I., la dimension "Auteurs" semblait également déterminante, mais un peu confuse du fait des associations possibles entre les diverses catégories, associations dont il convenait de comprendre la logique et les implications, au moins dans la perspective pratique d'orienter le choix de l'échantillon, l'étude elle-même devant se développer jusqu'à son terme pour permettre, en fait, cette compréhension.

La difficulté résidait dans les interférences existantes entre la catégorie "usagers", d'une part, et la catégorie "soignants du secteur" ou la catégorie "professionnels hors secteur", d'autre part, particulièrement en ce qui concerne les initiatives de création. Des contacts entre une association d'usagers et des soignants du secteur (à l'initiative des uns ou des autres), par exemple, peuvent aboutir à la création d'une association qui s'appuie complètement sur le cadre du secteur tant en ce qui concerne l'association elle-même, que le travail sur l'appartement proprement dit, d'où un auto-financement de la micro-structure ; une telle association peut pourtant reprendre le nom de l'association d'usagers. Le même processus entre une association d'usagers et des professionnels hors secteur peut aboutir à la création d'une association qui prend appui sur ces professionnels pour monter des appartements et les encadrer, avec un financement par prix de journée. Dans ce cas, cependant, le poids de l'association est bien plus grand puisqu'elle contrôle la direction de la structure. Il est probablement plus fort lorsque l'association a pris l'initiative que lorsqu'elle s'est limitée à soutenir un projet élaboré au départ par des professionnels, et sans influencer fondamentalement l'organisation du fonctionnement.

Ces remarques amènent en particulier à ne pas constituer un type d'expériences liées aux initiatives d'associations d'usagers puisque celles-ci s'avèrent devoir être redistribuées dans les deux grands types de fonctionnement dont-il a déjà été question dans la première partie : appui total sur le secteur avec auto-financement, moyens d'encadrement spécifiques avec financement par prix de journée ou subventions.

Elles ont aussi une portée plus générale car elles conduisent à s'intéresser à la dimension acteur, moins sur le plan de l'initiative que sur le plan de leur implication dans le fonctionnement des appartements et leur gestion, cette implication semblant beaucoup plus déterminante dans la configuration prise par la formule.

De ce point de vue, la plupart des expériences créées à partir d'autres initiatives que celles déjà évoquées s'apparentent au second type. En nombre, semble-t-il, beaucoup plus réduit (si on se réfère à l'annuaire de l'A.S.E.P.S.I.), elles sont en règle générale assurées par des "professionnels hors secteur" qui ont élaboré et concrétisé un projet avec le soutien financier de la D.D.A.S.S.

Enfin, un nombre très réduit (avec les mêmes réserves qu'au point précédent) d'appartements ont été créés à partir de centres privés après discussion avec les tutelles pour obtenir les financements d'équipement et de fonctionnement nécessaires. Comme au niveau des expériences conduites dans le cadre du secteur, celles-ci s'appuient sur le personnel du centre, et éventuellement sur des moyens d'encadrement spécifiques, demandant alors un financement.

Nous devons donc essayer de prendre en compte les éléments précédents pour constituer notre échantillon, encore une fois, dans une visée non pas de représentativité, mais dans l'idée de poursuivre l'abord typologique, ce qui supposait d'introduire d'autres éléments susceptibles d'accroître la diversité des appartements ou témoignant de cette diversité.

Ainsi, nous avons cherché à introduire dans notre échantillon des expériences dans lesquelles un encadrement était prévu au niveau de l'appartement, des expériences où l'insertion professionnelle était exigée ou facilitée, des expériences en appartements de plusieurs places et d'autres en studios.

Dans ce même esprit, nous avons intégré dans l'échantillon des expériences menées non seulement en Région parisienne mais aussi en province, ainsi que des expériences récentes mais aussi des expériences plus anciennes.

Notre échantillon se compose des expériences suivantes, dont la présentation figure au tableau 1 :

- a) 7 expériences conduites dans le cadre du secteur, avec auto-financement,
- b) 3 expériences conduites par des Associations d'usagers avec des "professionnels hors secteur" financées par la D.D.A.S.S.
- c) une expérience conduite par des professionnels hors secteur ayant créé une Association financée par la D.D.A.S.S.
- d) une expérience conduite à partir d'un centre de psychothérapie privé, financée par la D.D.A.S.S.

TABLEAU 1 - COMPOSITION DE L'ECHANTILLON D'APPARTEMENTS

Types d'Associations	Année de création de l'association	Date d'ouverture du premier appartement	Nombre actuel d'appartements	Nombre actuel de studios	Nombre total de places
Secteur (S1)	1981	1983	2	-	6
Secteur (S2)	1982	1983	1	-	4
Secteur (S3)	1982	1984	1	-	3
Secteur (S4)	1978	1981	1	-	4
Secteur (S5)	1984	1984	2	1	9
Secteur (S6)	1982	1983	-	4	4
Secteur (S7)	1978	1979	9	-	27
Usagers (U1)	1976	1981	3	5	17
Usagers (U2)	1970	1972	5	-	15
Usagers (U3)	1979	1981	7	-	20
Professionnels	1980	1981	-	20	20
Centre de psychothérapie	1980	1981	1	-	4
Total			32	30	133

C'est donc sur ces 12 associations, domiciliées pour cinq d'entre-elles en région parisienne, pour sept d'entre-elles en province, gestionnaires de 32 appartements et de 30 studios et proposant au total 133 places d'hébergement pour malades mentaux stabilisés que notre étude a porté.

Pour chacune de ces expériences, pour tous les appartements et studios créés, l'idéal aurait été de pouvoir disposer des informations recherchées sur tous les sujets présents ou sortis et ce depuis l'ouverture de ces micro-structures, de manière à analyser les évolutions éventuelles. Cependant cela n'a guère été réalisable pour les structures importantes et/ou anciennes car certaines des questions posées réclamaient une connaissance directe et suffisamment "fraîche" des sujets, sans compter, par ailleurs, que le temps requis pour la collecte des données correspondantes aurait en tout état de cause largement dépassé nos possibilités dans le cadre de cette étude. Nous avons ainsi été conduits à nous intéresser aux données les plus récentes sur un nombre de sujets suffisamment représentatif de chacune des expériences considérées, en règle générale, constitué au minimum de l'ensemble des entrées en 1984 et 1985.

TABLEAU 2 - L'ECHANTILLON DES USAGERS

	Nombre d'usagers	%
Secteurs	59	35 %
Usagers	55	33 %
Professionnels	38	23 %
Centre de psychothérapie	15	9 %
Total	167	100 %

2.3 Le déroulement de l'enquête

L'enquête s'est déroulée sur une période de 4 mois environ et a demandé l'organisation de 3 à 4 séances de travail en moyenne, soit une quarantaine de séances au total, dans les locaux des associations.

Ces séances comportaient :

- 1°) la présentation de l'étude sur le plan psycho-sociologique et sur le plan économique et, en général, un premier entretien libre avec les responsables du fonctionnement et de la gestion du ou des appartements et de l'Association sollicitée, suivi de la collecte des documents et textes demandés ;
- 2°) le recueil des informations concernant l'Association et le ou les appartements et les usagers, avec les outils déjà mentionnés et avec toutes les prises de notes complémentaires qui s'avéraient nécessaires ;
- 3°) les recueils des informations d'ordre économique avec les outils mentionnés sur le ou les appartements et les comportements des agents ;
- 4°) le questionnement sur la légitimation du projet et l'évolution des conceptions et des pratiques à l'épreuve de la réalité.

Chronologiquement, elles se sont déroulées en fonction de la disponibilité de nos interlocuteurs, disponibilité toujours très grande alors même qu'un surplus de travail leur était demandé. Et ceci non seulement pour nous accueillir et nous consacrer le temps nécessaire, mais aussi bien souvent pour préparer entre les séances les documents et informations nécessaires. Un temps important nous a été accordé particulièrement pour remplir les questionnaires concernant les usagers. Il est à noter que les responsables du fonctionnement

et de la gestion ont de plus sollicité la participation de certains membres de leurs équipes au cours de nos séances de travail lorsque celle-ci s'avérait nécessaire ou par souci d'information interne et de réflexion, l'étude constituant pour eux une occasion de faire le point.

Précisons que la présentation de l'étude a toujours comporté une clarification des positions de la Fondation de France, du C.T.N.E.R.H.I., et de nous-même, en insistant sur deux points :

- nous indiquions, d'une part, que l'étude était commanditée par la Fondation de France en raison de son intérêt pour le thème ; intérêt lié au financement qu'elle avait octroyé à bon nombre d'expériences et à ses interrogations actuelles sur la valeur de ces formules, mais aussi, d'une façon plus large, au besoin d'alimenter sa réflexion sur les innovations dans ce secteur. Cela expliquait que l'étude, tout en devant aboutir rapidement, afin d'éclairer les décideurs dans la mesure du possible, dépassait une simple perspective de bilan, ce dont témoignait, notamment, l'intégration dans l'échantillon d'expériences engagées sans son appui.
- complémentaiement, d'autre part, il était précisé que nous assurions la responsabilité scientifique de l'étude en toute indépendance vis-à-vis de nos commanditaires et selon les règles déontologiques habituelles, en particulier sur le respect de l'anonymat des sujets. En signifiant, notre appartenance institutionnelle, au C.T.N.E.R.H.I., nous dissipions les doutes éventuels qui auraient pu persister sur ce point. Le fait de signaler que nos deux consultants avaient une appartenance universitaire, renforçait notre positionnement de chercheurs non soumis à une allégeance quelconque.

Pour avoir nous-mêmes, sans intermédiaires techniques, collecté les informations, nous avons pu observer que les équipes rencontrées avaient toujours répondu honnêtement même lorsque les données fournies risquaient parfois de donner une image peu flatteuse de leurs pratiques, peut-être pour ne pas se tromper elles-mêmes et envisager ainsi de nouvelles méthodes d'action, mais ceci ne nous appartient pas.

Si bien que l'inconvénient méthodologique potentiellement lié à l'utilisation d'informateurs impliqués directement dans l'objet de l'étude, pour certaines de ses composantes descriptives et évaluatives, ne nous semble pas avoir pris

une portée réelle. En particulier, tout ce qui concerne le questionnement sur les usagers a été abordé dans un esprit de reconstitution des informations disponibles et de compréhension des itinéraires, nous faisant ainsi profiter des connaissances qu'ils avaient acquises à leur propos au travers du travail effectué avec eux ; c'est-à-dire beaucoup plus que nous aurions pu en savoir nous-mêmes en interviewant les résidents.

Se posait fatalement, bien sûr, le problème des représentations différentes selon les acteurs d'une même réalité ou des représentations semblables de réalités différentes, susceptible d'introduire des biais dans notre approche. C'est en essayant de le repérer, chaque fois, en fonctionnant, en somme, nous-mêmes comme facteur d'homogénéisation non pas des variations observables dans les pratiques ou les conceptions mais des modalités de les entendre dans les discours que nous avons cherché à en limiter les effets.

TROISIEME PARTIE

OBJECTIFS ET CONCEPTIONS DES APPARTEMENTS :

ENTRE LE REALISME ET L'UTOPIE

Notre propos est ici de résumer les contenus des discours de légitimation des appartements thérapeutiques de type associatif qui ont été émis au moment de la création de ces micro-structures. En particulier, nous mettrons en évidence les places accordées par les promoteurs de ces formules à des dimensions telles que l'insertion sociale, le thérapeutique ou l'économique au niveau de la formulation des objectifs annoncés. Complémentairement, nous nous intéresserons à leurs conceptions des appartements pour souligner ainsi en définitive les idées forces des lieux.

3.1 - Force du réalisme mais ambiguïté de l'utopie

Ce qui frappe d'emblée à la lecture du discours de légitimation des formules, c'est leur armature réaliste inextricablement liée, en général, à une idéologie de l'insertion sociale très nettement affirmée.

C'est sans doute à partir de cette idéologie que l'on découvre aujourd'hui l'existence d'une population qui pourrait bénéficier de la mise en place de nombreux dispositifs.

Le réalisme des arguments en faveur des appartements se fonde principalement surtout :

- en ce qui concerne les expériences conduites à partir du secteur sur le constat d'existence de patients stabilisés et dont l'hospitalisation se poursuit par défaut de structures d'hébergement adaptées. Une sortie autonome de ces personnes semble s'avérer, en effet, très problématique voire impossible, car elles combinent plusieurs caractéristiques, en partie liées à une certaine chronicisation asilaire, qui hypothèquent sérieusement leurs chances d'insertion :
 - . autonomie insuffisante dans la vie quotidienne à des niveaux relativement élémentaires (ménage, cuisine, courses, gestion du budget, etc...) ;
 - . isolement social ;
 - . famille pathogène (infantilisante ou rejetante) ;
 - . moyens financiers très faibles ;
 - . angoisse à la sortie ;
 - . stigmatisation sociale ;
 - . inaptitude à trouver un logement ;
 - . difficultés dans la recherche d'emploi.

Pour six des sept Associations concernées ici, l'objectif est de faire sortir de l'hôpital, de resocialiser des patients stabilisés mais confrontés à des difficultés d'insertion d'ordre matériel ou/et psychologique ou/et relationnel, cinq d'entre-elles évoquant aussi le rôle des formules comme moyen de prévention de l'hospitalisation pour des sujets confrontés à des difficultés du même ordre et une autre, en faisant son objectif principal. La moitié fait référence à l'économie que représenteraient ces formules, une seule - explicitement du moins - à leur dimension soignante.

Une association, par contre, a cherché à se donner non pas une structure d'insertion, mais une structure particulière spécifique pour effectuer un travail thérapeutique avec les psychotiques.

- en ce qui concerne les autres expériences sur le constat d'échec de l'insertion ou de la réinsertion de patients présentant des états chroniques stabilisés dont la sortie de l'hôpital semble donc réclamer une structure d'accueil ou au moins une étape intermédiaire. Il s'agit là essentiellement de renforcer la sortie et de prévenir ainsi les rechutes et les réhospitalisations.

Une ambiguïté persiste toutefois quant au degré de l'insertion sociale envisagée pour les personnes. S'il est toujours question, dans la formulation des objectifs des appartements, d'éviter la prolongation de l'hospitalisation ou l'hospitalisation tout court, le caractère transitionnel ou intermédiaire, si l'on préfère, de ces formules est paradoxalement assez peu évoqué.

Seulement deux associations, en effet, posent explicitement l'appartement comme constituant une étape vers l'insertion en milieu ordinaire. Pour les autres, les appartements tendraient donc à représenter une fin en soi, à moins bien sûr de considérer que l'objectif d'insertion sociale valorisé dans les discours s'oppose suffisamment à cette image fermée. On pouvait cependant s'attendre, compte tenu du caractère déterminé des durées des contrats passés avec les résidents, à ce que l'aspect transitionnel des formules soit davantage évoqué au niveau des objectifs énoncés.

La dimension soignante des appartements n'est par ailleurs soulignée que par deux associations appartenant au secteur, ce qui vérifie, mais seulement de manière très partielle, notre hypothèse à cet égard. En fait, c'est massivement la dimension d'insertion sociale qui prévaut tant au niveau des expériences conduites à partir du secteur qu'au niveau des autres expériences. Pour les unes comme pour les autres, les thérapeutiques nécessaires aux sujets relèvent de l'intervention de structures spécifiques de soin implantées au niveau des secteurs généralement.

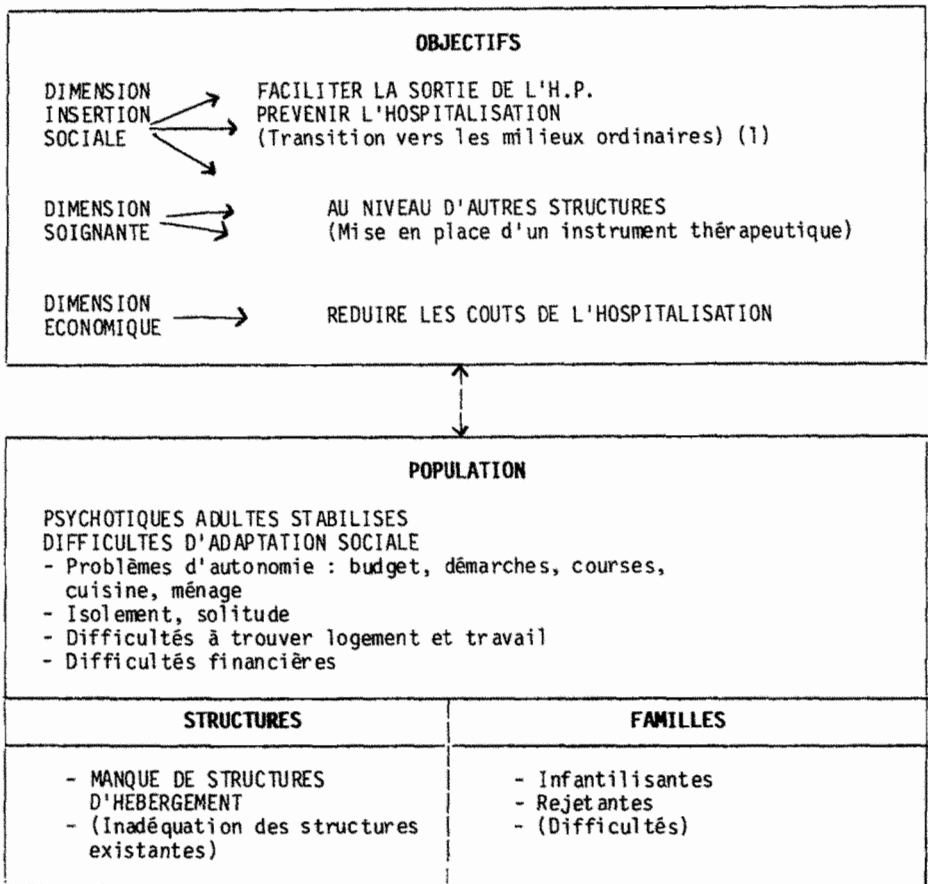
Enfin, il est intéressant de rapporter qu'un peu moins de la moitié des associations du secteur, un peu plus pour les autres, utilise des légitimations d'ordre économique en présentant leurs expériences comme susceptibles de réduire les coûts de l'hospitalisation. (Cf. schéma 1, page suivante).

3.2 - Où l'utopie est encore en question : des conceptions dynamiques de l'insertion en appartement

Si le réalisme des arguments en faveur des appartements se double d'une utopie quelque peu ambiguë en ce qui concerne les objectifs d'insertion explicites, on relève toutefois que cette ambiguïté tend à s'effacer au niveau des conceptions générales que les promoteurs se font de ces formules. Celles-ci introduisent, en effet, des orientations de travail dynamiques dont l'ambition dépasse largement le simple objectif d'insertion en appartement. Ce qui revient le plus souvent dans les discours des promoteurs, c'est qu'au travers de ces expériences, les personnes peuvent retrouver un statut de citoyen, qu'elles peuvent faire le réapprentissage du quotidien, de la réalité et venir se réinscrire dans des univers relationnels et sociaux. Ainsi, aussi, stimulées par les équipes d'intervenants et la vie communautaire, elles sont censées pouvoir retrouver le désir de vivre et de travailler.

Toutes les équipes prévoient une aide que nous qualifierons de socio-éducative pour conduire les usagers à une responsabilisation dans la vie quotidienne et un accompagnement social sur l'extérieur pour effectuer des démarches administratives. Sept associations prévoient un accompagnement au niveau du travail et des loisirs.

SCHEMA 1 - LIGNES PRINCIPALES DE LEGITIMATION DES EXPERIENCES

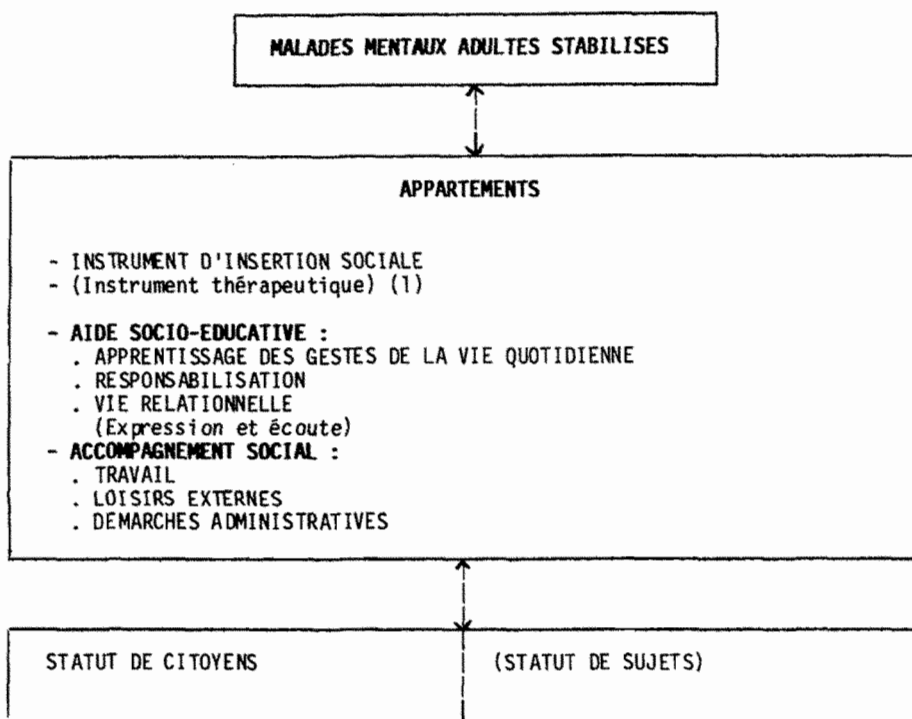


(1) Les parenthèses signalent des positions ou des arguments très minoritaires.

On observe, ainsi, qu'il n'est question nulle part d'abandonner les usagers dans les appartements. Toutes les équipes ont cherché à concevoir un fonctionnement des micro-structures qui permette de poursuivre la dynamique d'insertion, soit pour elle-même en général, soit comme condition d'un travail proprement thérapeutique. C'est à cet égard, d'ailleurs, que se manifeste peut-être une ligne de partage entre les promoteurs des formules. Se réfèrent-ils à une technologie du conditionnement social ou, pour reprendre la formule de REVERZY et DAMERON, aux phénomènes transitionnels comme processus de guérison potentielle ? En fait, il est bien difficile de répondre sous cette forme à cette question, car les promoteurs des expériences n'utilisent pas ces termes explicitement.

Au travers des textes produits sur les projets d'appartements, au travers complémentaires des entretiens réalisés, ce qui peut par contre être relevé c'est la plus ou moins grande "théorisation" qui entoure les diverses expériences sans y être forcément attachée spécifiquement, soit déjà parfois à l'état de produits soit sous forme de recherches plus ou moins personnelles et où la psychanalyse tient souvent une place importante. Dans certains cas cette "théorisation" apparaît de manière sensible (3 expériences "secteur", 1 expérience "usagers", expériences "professionnels" et "centre de psychothérapie") alors qu'ailleurs elle manque encore de points d'ancrage.

SCHEMA 2 - LA DYNAMIQUE DE L'INSERTION DANS LES APPARTEMENTS



(1) Les parenthèses signalent des positions ou des arguments très minoritaires et reliés entre eux.

QUATRIEME PARTIE

LES STRUCTURES : CREATION ET FONCTIONNEMENT

Toutes les expériences dont il est question ici sont conduites par des Associations de type 1901 créées le plus souvent spécifiquement pour mettre en place les appartements. Elles s'appuient sur une mobilisation volontaire des professionnels et usagers de la psychiatrie prêts à consacrer une grande énergie à la concrétisation de leurs projets d'insertion sociale des malades mentaux.

4.1 - La création et l'évolution des associations

- . Les associations créées à partir du secteur apparaissent à la charnière des années 1970 et des années 1980, c'est-à-dire au moment de la grande vogue des structures intermédiaires avec la création de la revue transitions et l'organisation des premières journées de l'A.S.E.P.S.I. Pour la plupart elles poursuivent l'objectif spécifique d'ouvrir un ou plusieurs appartements. Sur les sept associations considérées ici deux d'entre-elles s'insèrent dans des cadres associatifs pré-existants et trois ont adhéré secondairement à des fédérations de professionnels ou d'usagers.

En général, elles travaillent pour un secteur, à partir de leur implantation dans des services extra-hospitaliers tels que des centres médico-psychologiques, des dispensaires ou des centres d'hygiène ou de santé mentale. Elles mettent en place entre un et deux appartements mais aussi quelquefois des studios.

Quatre associations ont essayé de prévoir aussi des activités complémentaires, telles que des activités de Jardin ou des chantiers associatifs, dont l'objet est d'aider à la réinsertion professionnelle (en proposant un travail encadré par des infirmiers à des patients dans le cadre de prestations de services entre membres de l'Association, travail rémunéré sur la base du SMIC horaire) ou un projet axé sur des activités culturelles (par exemple : théâtre, lecture, loisirs, discussions, vacances, etc...) ou encore un Club axé sur des discussions et des sorties (présence dans un bistrot tous les lundis et activités sociales diverses). Les trois autres sont en quête également de nouveaux projets.

Au travers de l'analyse des réponses fournies aux questions concernant les professions des fondateurs de l'Association, les rédacteurs du projet et la composition du Bureau, on peut dire que la création a été très portée, en

règle générale, par les Infirmiers ; ainsi ceux-ci figurent toujours - à une exception près - parmi les membres fondateurs, ce qui n'est pas le cas des médecins, même si ceux-là ont aussi collaboré au projet, semble-t-il de façon assez active dans quatre Associations. Il en va de même des psychologues et des assistantes sociales très impliqués toutefois, respectivement au niveau de trois projets pour les premiers, et deux projets pour les seconds. Parmi les fondateurs, enfin, deux des Associations incluent des patients qui font d'ailleurs partie du Bureau.

Si les expériences semblent plus portées par les infirmiers, précisons toutefois que les postes de présidents de ces associations sont relativement distribués : 2 sont infirmiers, 2 psychologues, 1 assistante sociale, 1 médecin et 1 personne est à la retraite. Les Conseils d'Administration se composent presque toujours des soignants du secteur avec parfois un membre du personnel administratif. Seule une association a des administrateurs dont les professions se situent en dehors de la psychiatrie.

Ce non-désenclavement apparaît très nettement au niveau de la composition des adhérents aux Associations : les adhérents, en moyenne une quarantaine, sont, en effet, des professionnels ou des usagers, le plus souvent en proportions à peu près égales.

Si les usagers sont, en général, aussi nombreux que les professionnels, la portée de cette adhésion doit être nuancée car les résidents sont tenus d'adhérer et d'autres patients incités à le faire (en compensation de la gratuité de leur thérapie). Comme nous l'avons déjà remarqué, on les retrouve très peu présents au niveau des bureaux. Nous avons pu observer également leur faible représentation dans les Conseils d'Administration. Bien souvent, d'ailleurs, les soignants n'y tiennent pas outre mesure, car ces instances peuvent être amenées à prendre des décisions concernant précisément les usagers, ce qui risque de soulever des difficultés en cas de désaccord.

Enfin, il ressort de notre questionnaire concernant les évolutions dans la composition de ces associations que les Bureaux et les Conseils d'Administration manifestent une grande stabilité depuis leur création pour quatre d'entre elles. Les trois autres, par contre, ont connu des changements plus ou moins importants (à la présidence et à la trésorerie ou à des postes d'adjoints). Mais cela n'a pas entravé le déroulement de l'expérience.

- . Les trois associations d'usagers considérées dans cette étude ont été créées spécifiquement pour trouver des solutions d'hébergement à l'intention de malades mentaux stabilisés. Elles adhèrent toutes à une association nationale d'usagers et ont vocation d'insertion des malades mentaux à l'échelon départemental.

C'est dans le cadre de cette vocation que leurs structures ont été mises en place, mais en visant parfois une population plus ciblée quant à ses origines institutionnelles, à partir de projets rédigés par des professionnels en concertation ou avec l'approbation des Conseils d'administration ou de manière plus empirique par les Associations elles-mêmes.

Si la proportion des adhérents professionnels peut être relativement modeste par rapport à l'ensemble des adhérents, par contre elle s'élève très sensiblement au niveau de leur participation comme membres des Conseils d'administration et même des Bureaux, surtout à partir du moment où les structures sont créées, moment où la composition de ces instances subit une modification dans le sens indiqué, avant de se stabiliser dans un nouvel équilibre.

Ainsi, se crée une co-participation entre les familles actives de l'Association et les professionnels du champ psychiatrique intéressés par la structure, en raison notamment des relations qu'ils sont amenés à nouer avec elle (par exemple tel médecin psychiatre d'un secteur, ou infirmier, ou psychologue, etc...).

Voici les dates de création des associations et de leurs structures :

TABLEAU 3 - DATES DE CREATION DES ASSOCIATIONS D'USAGERS ET DE LEURS STRUCTURES

Associations	Date de création	Structures	Date de lère ouverture	Appartements	Places	Tutelle actuelle
Paris	1976	Foyer éclaté	1981	3 F4 5 studios	9 14 5	DDASS
Province	1979	Foyer d'hébergement (Centre de jour)	1981	7 F4	20 25	DDASS
Province	1970	Foyer d'hébergement Appart. de réin. sociale	1972 1976	2 F4-1 F3 2 F3	9 6 15	DDASS (financ. propre)

- . L'association autonome créée en 1981 à l'initiative de professionnels hors secteur prise dans le champ de notre étude, a visé à mettre en place une structure éclatée en studios pour malades mentaux stabilisés.

L'association gère actuellement un Foyer et un Centre d'hébergement comprenant 10 studios chacun.

Les membres de cette association sont très majoritairement des professionnels exerçant dans le champ psychiatrique, soit dans les secteurs, soit dans des institutions diverses (18 sur 24 adhérents). Deux usagers en font aussi partie ainsi que 4 personnes hors champ.

Un élément intéressant et significatif de l'orientation de la structure est la diversité dont témoignent les professions des membres de ses instances, tant au niveau du Bureau que du Conseil d'administration (Directeur du centre, Assistantes sociales, Médecins-psychiatres, Infirmiers psychiatriques, Psychologues, Educateurs, etc...), même si l'on observe un retrait partiel des médecins psychiatres du Conseil d'administration, depuis la création de l'association, où leur participation se fait plus discrète aujourd'hui.

- . C'est à partir d'un centre de psychothérapie, où séjournent des usagers psychotiques des deux sexes, originaires de diverses régions, qu'a été fondée la dernière association de notre étude, en septembre 1980, ceci dans

le prolongement d'une autre association dont la création remonte à 1973 et qui avait pour vocation de s'intéresser aux activités de type culturel, des activités de loisirs, des sorties, etc...

Aujourd'hui cette association gère, après l'avoir mis en place, un appartement communautaire. L'association antérieurement instituée a, en quelque sorte, été revigorée par le projet d'appartement. Au sein de son Bureau, renouvelé tous les ans, on trouve représentées actuellement les professions d'animatrice, de psychologue, d'aide soignante, d'assistante sociale et de professeur de gymnastique. Les usagers sont admis au Conseil d'administration pendant leur séjour dans la micro-structure. Ils représentent 15 % des adhérents, les autres membres étant des professionnels (8 usagers et 47 professionnels, en 1986).

4.2 - L'ouverture et le fonctionnement des appartements

4.21 - Les appartements du secteur

Ouverture et installation

Commençons par noter que la concrétisation d'un projet d'appartement a demandé un temps beaucoup plus long en Région Parisienne qu'en Province (deux ans en moyenne environ dans le premier cas, contre quelques mois seulement - serions-nous tentés de dire - dans le second), comme cela apparaît dans le tableau suivant.

TABLEAU 4 - DATES ET LOCAUX DES PREMIERS APPARTEMENTS

Associations	Date du premier projet	Date des premières démarches	Date d'ouverture	Propriétaire des locaux	Type des locaux	Nombre de places
Région parisienne	1982	1982	novembre 1984	HLM Municipal	F4	3
"	juillet 1981	août 1981	octobre 1983	HLM Municipal	F5	3
"	1981	février 1982	novembre 1983	HLM Municipal	F5	4
"	octobre 1979	décembre 1979	mai 1981	HLM privé	F5	4
Province	mars 1984	juin 1984	novembre 1984	HLM privé	F6	4
"	août 1982	août 1982	janvier 1983	Agence privée	F1	1
"	avril 1979	avril 1979	juillet 1979	HLM municipal	F4	3

Au travers des informations recueillies, il semble que les longs délais existant entre les projets et les ouvertures de appartements aient résulté de deux facteurs :

- Contrairement à leurs homologues provinciaux, les promoteurs des formules en Région Parisienne se sont tous, dans un premier temps, engagés dans une démarche infructueuse de demande d'agrément auprès de la DDASS et de subventionnement auprès du Conseil Général, avant de chercher d'autres moyens pour faire aboutir leur projet.
- L'obtention du logement proprement dit leur a demandé également plus de patience, les délais d'attribution se révélant généralement plus longs. Même dans des contextes plus favorables, la patience et l'énergie des promoteurs ont été généralement requises pour réaliser le montage économique et obtenir le logement, l'un n'allant pas sans l'autre. Tous nos interlocuteurs ont souligné ces deux difficultés et plus particulièrement la première.

On observe que tous les appartements, à une exception près, sont de type HLM soit municipal (4), soit privé (2). L'Association est toujours locataire, à une exception près, passant à ce titre, avec l'organisme bailleur, une convention lui permettant de sous-louer l'appartement, après avoir fourni des garanties quant au paiement des loyers. Cette condition peut toutefois suffire, sans convention, comme c'est le cas dans deux expériences où les usagers ont un statut de locataires à part entière.

En ce qui concerne la décoration et l'ameublement des appartements, l'Association prend le plus souvent une place prépondérante. C'est elle, en effet, qui remet en état sa micro-structure au moment où elle en devient locataire (6 cas sur 7), avec l'aide toutefois et l'avis des résidents (4 cas) ou en leur laissant une initiative totale (1 cas). Par ailleurs, elle assure l'ameublement des pièces communes salon et cuisine, notamment, alors que les usagers installent leurs chambres respectives dans la mesure de leurs moyens (3 cas), ou avec l'appui de l'association (4 cas).

TABLEAU 5 - L'INSTALLATION ET LE CONFORT DES APPARTEMENTS

Associations	Participation à la décoration		Participation à l'ameublement		Confort	
	Association	Usagers	Association	Usagers	Bon	Insuffisant
S1	1	0	1	0	1	0
S2	1	1	1	0	1	0
S3	1	0	1	0	1	0
S4	1	1	1	0	0	1
S5	1	1	1	1	1	0
S6	0	1	1	1	1	0
S7	1	1	1	1	1	0

Code : non = 0 - oui = 1

Le confort, d'après les informations que nous avons recueillies, est très correct (1). Il est bon la plupart du temps avec les éléments de confort habituels dans des milieux modestes. Il est insuffisant dans un cas où la machine à laver défectueuse ne peut être remplacée faute de moyens financiers. Mais, dans les autres Associations, le remplacement du matériel qui donne des signes de faiblesse, ou les réparations éventuelles du style plomberie ou autres semblent poser aussi ou devoir poser dans les mois ou les années qui viennent des problèmes, en raison des ressources serrées dont elles disposent et dont disposent aussi les usagers. C'est là, sans doute, une des dimensions de l'expérience qui demandera un réexamen prochain sous peine de voir peut-être se dégrader les conditions d'hébergement.

D'autant que, lors de l'ouverture d'autres appartements, les Associations ont peut-être tendance à simplifier les procédures de montage économique au minimum, de manière à alléger les démarches, à gagner du temps, et tendent alors à recourir au marché de l'occasion.

Les appartements sont généralement implantés à la périphérie des villes. Mais il y a à proximité des commerces, des équipements sociaux, culturels ou sportifs, bien connus de nos interlocuteurs.

Les résidents ne sont pas à plus de 15 mn des lieux de soins, que ce soit à pied (2 cas) ou en transports en commun (5 cas), ce qui accentue très

(1) Les subventions ont été bien utilisées !

sensiblement la distance et peut-être la différenciation des espaces, mais sans que cet indicateur puisse prendre une signification très claire, mis à part le côté pratique de ce type de déplacement.

Quelquefois l'environnement social semble "difficile", compte tenu des phénomènes de délinquance qui se manifestent aux alentours de l'appartement (3 cas) avec parfois, mais très rarement en fait, un risque de squatting de l'appartement par des jeunes confrontés eux-mêmes à des problèmes d'insertion.

TABLEAU 6 - L'ENVIRONNEMENT DES APPARTEMENTS

Associations	Distance des lieux de soins	Commerces proches	Equipements proches			Environnement social
			Sociaux	Culturels	Sportifs	
S1	15 mn (transports)	1	1	1	1	Ordinaire
S2	10 mn (à pied)	1	1	1	1	Difficile
S3	5 mn (à pied)	1	1	1	1	Ordinaire
S4	15 mn (transports)	1	1	1	1	Difficile
S5	15 mn (transports)	1	1	1	1	Ordinaire
S6	15 mn (transports)	1	1	1	1	Ordinaire
S7	(15 mn (1) (à pied) (30 mn (bus)	1	1	1	1	(Ordinaire (Difficile

Code : 1 = oui

0 = non

(1) 15 mn pour l'appartement le plus proche, 30 mn (bus) pour le plus éloigné.

D'une manière générale, l'appartement semble causer beaucoup moins de difficultés à l'environnement que cela ne lui en crée au travers de la difficulté évoquée à l'instant. C'est dire que l'appartement s'insère quasi normalement dans son voisinage immédiat sans signes, ni bruits de chocs quelconques. A quelques exceptions près, toujours très ponctuelles, très

localisées, très passagères, pas plus que les équipes ne sont intervenues pour préparer les voisins, elles n'ont à intervenir pour détendre les esprits, apaiser des craintes ou régler des conflits. Pas de plaintes, ni des gardiens, ni des bailleurs... L'insertion des appartements dans l'habitat ordinaire, donne l'impression d'être passée inaperçue. De plus, en cas de difficultés, les équipes ont toujours eu affaire à des gens tolérants.

Statut des résidents et conditions d'admission

La convention engage le résident à régler la part de loyer qui lui est fixée, ainsi que les charges, et autres frais de fonctionnement, et à respecter les règles habituelles en matière de location. D'autres dispositions sont plus spécifiques, comme celle lui faisant obligation de respecter le règlement intérieur, ou celle maintenant à sa charge le paiement du loyer en cas d'hospitalisation. Le renvoi au règlement intérieur est important, puisque celui-ci stipule assez souvent la durée du séjour (3 associations sur 7, cette durée étant tacitement limitée dans le cas des autres associations) et en spécifie les particularités concernant les conditions d'admission.

Pour être admis dans un appartement, la condition essentielle et commune à toutes les expériences, est de disposer du minimum de ressources (A.A.H. le plus souvent, plus Allocation Logement) permettant d'acquitter la quote-part de loyer. Pour ce faire, un certificat médical reconnaissant l'aptitude de la personne à vivre sans surveillance médicale constante est nécessaire. Naturellement la personne doit en faire la demande (même si comme nous le verrons dans la partie consacrée aux usagers, ceci ne se vérifie pas toujours concrètement).

Le processus d'admission est géré par l'équipe active de l'association qui se réfère au bureau ; celui-ci statue généralement au vu de la réalisation des conditions précédentes et en fonction d'autres critères ou modalités. Dans certains cas, l'accent est surtout mis précisément sur la dynamique du processus créé avec le candidat à l'admission, sans trop prendre en compte des critères de l'ordre, si l'on peut dire, de la pathologie de base. Dans d'autres cas la dynamique demeure importante mais on insiste davantage sur des conditions minimum d'autonomie, d'élaboration d'un projet personnel

d'insertion ou d'activité, ou d'occupation, même partielle, et on énonce des contre-indications, la psychopathie et l'alcoolisme venant aux premiers rangs.

Sans que cela soit systématique enfin, les critères de sexe et d'âge n'entrent pas en ligne de compte.

Par contre, dans tous les cas, les résidents sont tenus de poursuivre la thérapie engagée dans les lieux de soins.

L'accès à l'appartement, dans la très grande majorité des cas des F4-F5 ou F6 pour 3 ou 4 personnes, suppose aussi l'acceptation d'une cohabitation minimum, de l'aspect communautaire de l'expérience, qui est ainsi proposée aux personnes, et, semble-t-il souhaitée par celles-ci, pour s'entraider ou réduire l'angoisse de la solitude ou encore parce qu'elles se connaissent au moment où le projet de l'appartement est conçu et qu'elles désirent s'engager dans le processus ensemble, avec l'aide plus ou moins stimulante des soignants qui ne sont pas eux aussi sans avoir "ce groupe ou un autre dans leur tête".

L'encadrement

L'homogénéité de ces formules est très grande - à une exception près - en ce qui concerne l'encadrement des usagers, leur accompagnement sur l'extérieur, les relations nouées avec les équipements sociaux, culturels, sportifs, les relations avec les entreprises ou autres structures de travail. Le tableau suivant résume les informations recueillies sur ces points.

Le modèle le plus fréquent qui rend compte des interventions de l'équipe correspond à une visite hebdomadaire de 1 à 2 h environ effectuée par les infirmiers et au cours de laquelle se tient une réunion de régulation de la vie quotidienne où sont abordées les questions matérielles, relationnelles ou personnelles des usagers, et au cours desquelles les intervenants peuvent être sollicités par l'un ou l'autre des résidents pour un accompagnement sur l'extérieur, où il s'agira d'effectuer une démarche de type administratif par exemple, ou encore une course, etc..., à un rythme qui devient également souvent hebdomadaire.

TABLEAU 7 - LES INTERVENTIONS DE L'EQUIPE DANS LE CADRE DE LEURS ACTIVITES LIEES A L'APPARTEMENT

Associations	Interventions au niveau de l'appartement			Interventions en dehors de l'appartement				Relations avec des entreprises ou autres milieux de travail
	Réunion collective	A la demande	A l'improviste	Accompagnement de l'utilisateur	Relations avec des équipements			
					Sociaux	Culturels	Sportifs	
S1	Hebdo.	rare	0	Hebdo. (cours) démarches loisirs	Faibles	Faibles	0	Très occasionnelles
S2	2 fois/semaine	rare	0	occasionnel (cours)	Faibles	0	0	Très occasionnelles
S3	Hebdo.	rare	occasionnel	Hebdo. (cours) démarches sports	Faibles	Faibles	Faibles	Très occasionnelles
S4	Hebdo.	rare	0	Fréquent	Fortes (JV)	Fortes (JV)	Fortes (JV)	Très occasionnelles
S5	Hebdo.	rare	0	Hebdo. sorties rencontres	Fortes (Club)	Fortes (Club)	Fortes (CA)	Très occasionnelles
S6	-	rare	occasionnel	occasionnel démarches	0	0	0	0
S7	Hebdo.	rare	occasionnel	Hebdo. démarches	Faibles	Club	Faibles	Très occasionnelles

Code : non = 0, oui = 1

JV = Jeune Volontaires qui partagent l'appartement avec les usagers.

Les interventions "à la demande des usagers" sont rares et "à l'improviste" quasiment nulles. Par ailleurs, les relations avec les structures environnantes, de type social, culturel, sportif ou professionnel n'existent pratiquement pas, malgré quelques essais. Nos interlocuteurs, bien souvent, ont fait état de leur prise en compte d'une perspective de désenclavement de l'action qu'ils souhaitaient mener, mais en même temps des difficultés soulevées concrètement à l'encontre de cette orientation, par une certaine inertie et indifférence générales.

La situation se modifie sensiblement dans le cas de deux associations. L'une d'entre-elles, par l'intermédiaire de son Club, assure en fait, la permanence d'un espace de contact avec l'extérieur, utilisable à loisir par les locataires des appartements.

Dans le cas de la seconde, l'encadrement de deux usagers est assuré en permanence, sauf les week-end, par deux résidents pourvus, au moment de l'enquête, d'un statut de jeunes volontaires. Ceux-ci rémunérés en conséquence participent à la vie communautaire en l'animant et jouent un rôle souple d'accompagnateurs au niveau des sorties et des activités extérieures.

Enfin, nous avons pu relever que les relations avec les familles demeurent toujours exceptionnellement rares et que le suivi des résidents sortis ne s'effectue que dans le cadre des visites à domicile du secteur.

4.22 Les appartements des associations d'usagers

Ouverture et installation

Les appartements sont généralement de type H.L.M. et accueillent 3 personnes chacun. Les studios sont loués à des particuliers et destinés à une personne seule. Des difficultés éventuelles pour l'obtention des logements ne nous ont pas été signalées au cours de l'enquête, celle-ci ayant précédé ou immédiatement suivi les agréments. Comme pour les appartements conçus à partir du secteur, des conventions sont signées avec les bailleurs, d'une part, avec les usagers de l'autre. Les appartements ont été décorés et meublés par les Associations, parfois au démarrage avec des essais pour faire participer les usagers à la décoration. Par contre, l'ameublement y compris des chambres, a été entièrement assuré par les associations, si nécessaire avec des dons privés. D'après les informations recueillies, le confort est généralement correct et l'environnement semblable à celui des appartements du secteur.

Statut des résidents et conditions d'admission

Les conditions d'admission sont très proches de celles que nous avons déjà énumérées pour les appartements créés par des associations émanant du secteur. Ici aussi, il faut disposer d'un minimum de ressources, accepter le règlement intérieur et être apte à vivre sans surveillance médicale constante.

Le respect de règlements intérieurs ou encore de contrats prévoyant des dispositions individualisées est demandé. Ici encore, il s'agit de règles communes au statut de locataire, et de règles particulières aux usagers des structures leur fixant un certain nombre d'obligations d'ordre, de suivi thérapeutique dans des lieux de soin, et de participation à certaines activités visant à faciliter leur insertion sociale.

La décision d'admission est prise par l'équipe responsable du fonctionnement en fonction, par ailleurs, de critères variables selon les expériences. Deux associations réclament le maintien d'un travail ou au moins d'une activité extérieure pendant la journée. L'éthylisme, la toxicomanie, la psychopathie constituent aussi des pathologies évitées.

Il n'y a pas de critères de sexe ou d'âge, la seule condition étant en principe d'être adulte et d'avoir moins de 60 ans.

Enfin, l'admission peut-être prononcée pour une durée limitée de manière systématique ou pour une durée adaptée.

Encadrement des formules

L'encadrement est plus important qu'au niveau des expériences du secteur. Dans un cas, la structure dispose d'un appartement d'accueil où les hôtes se rendent au minimum 3 jours par semaine (6 le premier mois) pour participer à des activités institutionnelles, très axées sur la gestion du quotidien. Une réunion hebdomadaire de tous les hôtes, sous la responsabilité d'un animateur, organise le fonctionnement de l'ensemble des activités précédentes. Chaque animateur, par ailleurs, est responsable de deux appartements, où il se rend deux matinées par semaine pour aider les résidents dans leur organisation et les accompagner éventuellement à l'extérieur. Une permanence téléphonique de nuit est assurée. Dans une autre structure, de proportions nettement plus

réduites, une responsable, avec l'aide de personnes de l'association, accompagne les résidents et les aide également dans l'organisation de la vie quotidienne. Un club de loisirs joue un rôle important dans la préparation des fêtes et des sorties. Dans la troisième, enfin, deux éducateurs spécialisés passent tous les jours dans chaque appartement 1 h. environ (plus en cas de nécessité). Par ailleurs, une permanence au local de l'association est assurée le samedi après-midi et des sorties sont organisées le dimanche en fonction des demandes des usagers. Le travail est axé sur la régulation de la vie collective et sur l'écoute individualisée. Une permanence téléphonique de nuit est assurée.

4.23 Les studios de l'association de professionnels

Ouverture et installation

Ils se divisent, comme nous l'avons dit, en deux groupes, conformément à une convention conclue avec la D.D.A.S.S. : 10 studios pour le Centre d'hébergement, à l'intention de personnes qui ne sont pas tenues de passer devant les C.O.T.O.R.E.P., 10 studios pour le Foyer d'hébergement, à l'intention de personnes admises sur décision de cette même Commission. Ces deux structures ont été créées en mai 1981, soit un an après le montage de l'Association promotrice. L'ouverture du premier studio intervient en juillet de la même année, et très rapidement les 20 appartements sont mis en place (avril 1982).

Des "connaissances" au niveau de la première Régie propriétaire, se révèlent dès le départ efficaces et l'expérience est très vite connue et acceptée par un certain nombre de Régies en fonction des garanties apportées par l'Association. Tous les bailleurs des studios de l'association appartiennent au secteur privé.

L'Association est locataire de l'appartement, mais en fin de prise en charge (de six mois pour le Centre, un an pour le foyer), l'utilisateur peut, avec l'accord de la Régie ou du propriétaire, devenir locataire à son tour. Ceci signifie aussi que l'Association perd et remonte continuellement sa structure.

Les studios sont décorés et meublés par les usagers, avec l'aide de l'Association s'ils la demandent, notamment pour financer ces opérations (avance de 3000 F. possible). Leur implantation se situe en centre ville avec tous les commerces et équipements habituels dans ce cas ainsi que l'environnement social correspondant.

Statut des résidents et admission

En ce qui concerne l'admission, une priorité est donnée à des personnes en voie de réinsertion professionnelle (centre) ou ayant acquis des capacités de vie autonome (foyer). Destiné à des personnes seules, l'établissement peut aussi accueillir des couples avec ou sans enfants si la formule peut leur apporter une aide.

Dans tous les cas, les candidats doivent présenter la demande d'admission à l'équipe des animateurs qui, après une série d'entretiens avec eux, se prononce puis sollicite l'avis de la C.O.T.O.R.E.P. pour les admissions au Foyer.

Le candidat signe un contrat où, outre les règles habituelles en matière de location, lui sont précisées les conditions particulières concernant sa participation financière et le contenu de la "loi" de l'établissement qui comporte 5 points essentiels :

- "le respect d'une certaine règle de voisinage dans l'immeuble" ;
- "le paiement obligatoire d'une participation financière minimum" ;
- "l'obligation de rencontrer les membres de l'équipe au minimum tous les 15 jours, soit au cours des permanences, soit au cours de "réunions, soit au cours de visites à domicile" ;
- "l'obligation de poursuivre le traitement médical ou la "psychothérapie entreprise avant l'admission soit avec le secteur "psychiatrique, soit avec un thérapeute de son choix" ;
- "les actes de violence sur soi-même ou sur les autres, sont "interdits".

L'encadrement

L'équipe d'animation se compose de la directrice (psychologue), d'une assistante sociale, d'une conseillère en économie sociale et familiale. Des permanences sont assurées trois fois par semaine et des permanences téléphoniques tous les jours par le secrétariat (une secrétaire), ainsi que le week-end par les autres membres.

Les usagers sont aussi invités à participer à une réunion hebdomadaire avec l'équipe. C'est là un moment propice pour la rencontre et la communication. Certaines réunions visent à faciliter l'expression des vécus individuels et les échanges collectifs. D'autres se centrent sur des thèmes en rapport avec l'insertion sociale, tel que par exemple le travail, les vacances, le logement, etc...

Les visites à domicile interviennent à la demande avec, en conséquence, des fréquences assez variables d'un usager à l'autre. Mais l'équipe peut en prendre également l'initiative pour soutenir des personnes très en difficulté, isolées ou encore, tout simplement, pour rétablir le contact avec les personnes dont elle est sans nouvelles.

Par ailleurs, elle leur accorde toujours un soutien important au moment de l'aménagement dans les studios.

4.24 L'appartement du centre de psychothérapie

Ouverture et installation

L'initiative de la création de l'appartement qui revient à un groupe de soignants répondait aussi pour un certain nombre d'usagers, au désir de disposer d'une telle possibilité d'accueil afin de mettre de la distance par rapport à leur milieu pathogène tout en évitant les éléments anxiogènes d'une installation solitaire. Or les appartements d'accueil, en dépit de leur nombre relativement important dans la région, étaient, semble-t-il, saturés et les demandes d'admission effectuées à partir du Centre demeuraient en souffrance entre 1 et 2 ans.

L'Association s'engage donc dans l'élaboration d'un projet répondant à ses besoins propres, soit un appartement de quatre places pour les 60 malades environ qui constituent la population du Centre. A peine quelques mois après le début des premières démarches, l'obtention du logement n'ayant posé aucun problème au niveau de l'O.P.H.L.M. départemental, l'appartement ouvrira ses portes en février 1981, avec l'appui du financement privé du Centre. Une première convention tripartite (Conseil Général, Secteur de Santé Mentale et Association) conclue en 1984, prévoit pour l'appartement l'accueil des patients du secteur et lui accorde en même temps un financement dans le cadre du budget de la sectorisation. Cet élargissement de la base de recrutement est confirmée par la convention actuelle qui a été établie, depuis 1985, le financement par la D.D.A.S.S. du budget de l'appartement.

L'appartement est un faux F6 (4 places), situé au quatrième étage d'un immeuble sans ascenseur dans une zone difficile de bas niveau socio-économique avec des "loubards" qui, en fait, après une période de test ne semblent plus poser de problèmes. Il y a autour des supermarchés, des petites boutiques, une église, un centre socio-culturel, une maison de quartier, un terrain de football, mais les usagers de l'appartement fréquentent très peu ces lieux. Le Centre de psychothérapie est à dix minutes en voiture, l'Assistante thérapeutique dont il sera question plus loin, faisant à cet égard office de taxi.

Le confort de l'appartement est très correct : réfrigérateur, cuisinière électrique, machine à laver, dans une cuisine bien équipée ; lits, armoires, secrétaires, commodes dans les chambres ; salon équipé avec télévision, téléphone. Les usagers ont des radios personnelles.

Il est à noter que c'est l'Association qui a assumé la décoration et l'ameublement de l'appartement communautaire.

Admission et statut des résidents

L'admission est prononcée par la Commission de l'appartement composée d'un médecin, d'un psychologue, d'une assistante sociale, l'assistante sociale thérapeutique, deux infirmières, une aide-soignante, une secrétaire de direction qui se réunit une fois par semaine pour examiner plus généralement l'ensemble du fonctionnement de la micro-structure et prendre éventuellement toute décision nécessaire.

L'admission suppose au préalable que le candidat en fasse la demande, visite l'appartement, s'informe sur les conditions et confirme son souhait d'y résider. Une série de critères, par ailleurs, sont pris en considération :

- revenus 2000 F. (pour payer sa quote-part de loyer, les charges, et assumer ses dépenses personnelles) ;
- capacité d'autonomie ou de semi-autonomie ;
- poursuite du traitement et autogestion de la prise de médicaments ;
- bénéficiaire des prestations maladie de la sécurité sociale ;
- provenir du Centre de psychothérapie ou d'un secteur (nommé dans la convention).
- âge compris entre 18 et 35 ans (40 ans au grand maximum), ce critère étant le même qu'au Centre.
- pas d'alcoolisme, ni de toxicomanie.

L'usager doit par ailleurs, mais ceci semble un peu théorique, se trouver dans une des positions suivantes : faire une formation professionnelle, avoir une activité régulière ou être en recherche de travail.

Il doit, enfin, en signant une convention-type, s'engager à respecter le règlement intérieur qui comprend 11 points, précisant en premier lieu la durée de séjour (2 mois pour les personnes en recherche d'activité, six mois pour celles qui exercent une activité régulière avec possibilités de dérogations, puis la participation aux diverses dépenses, l'obligation d'une assurance personnelle de responsabilité civile, la participation aux travaux ménagers, les règles de la vie collective et une série d'interdits concernant notamment l'usage d'alcool, de toutes sortes de drogues et de toute forme de violence physique sur les autres résidents ou sur les voisins.

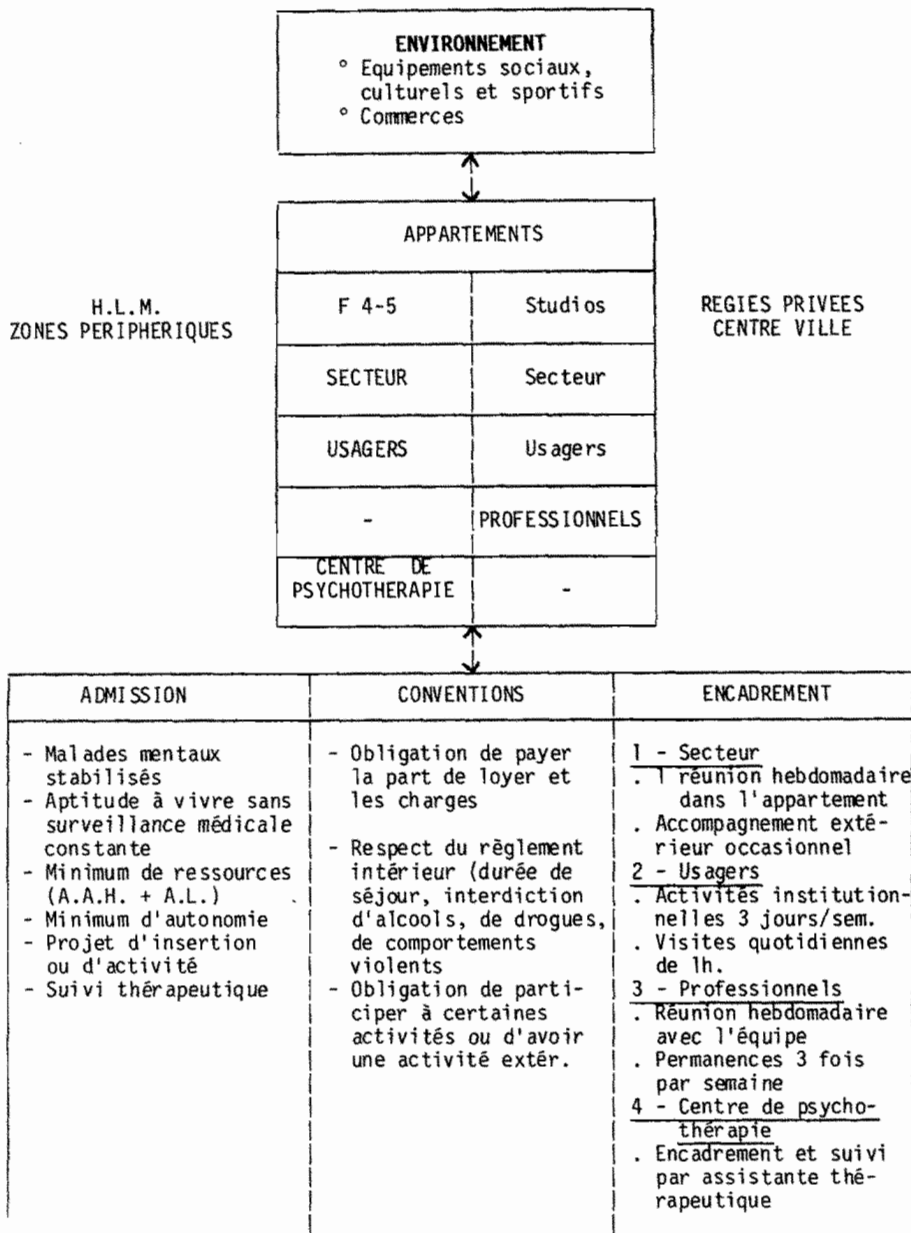
L'encadrement

L'animation et l'encadrement de l'appartement sont assurés sur place par une personne psychologue de formation, ayant fonction d'Assistante Thérapeutique. L'Assistante Thérapeutique présente dans l'appartement 4 heures par jour environ (matin et soir) tient une réunion hebdomadaire d'organisation de la vie collective, d'expression et de discussion. Elle joue un rôle d'éducation à l'autonomie dans la gestion du quotidien, d'accompagnement sur l'extérieur pour les démarches de type administratif, de recherche d'emploi, et autres activités culturelles ou de loisirs, et un rôle de support de la parole et d'écoute analytique. Beaucoup d'usagers, après leur séjour à l'appartement, gardent le contact avec l'Assistante Thérapeutique qui est amenée ainsi à effectuer un important travail de suite.

Avec les familles des usagers, ses relations passent souvent par le téléphone, mais il lui arrive aussi de les rencontrer.

L'Assistante Thérapeutique assure, enfin, la liaison avec le Centre en participant, comme nous l'avons déjà dit à la Commission et en rencontrant de manière informelle, en général, les soignants des usagers.

SCHEMA 3 - RESUME DES CARACTERISTIQUES DES EXPERIENCES



CINQUIEME PARTIE

**LES USAGERS DES APPARTEMENTS :
CARACTERISTIQUES, SEJOUR ET DEVENIR**

Nous nous intéresserons dans cette partie aux caractéristiques des usagers admis dans les micro-structures, aux éléments d'appréciation des apports de leur séjour et à l'issue de celui-ci, dans les perspectives et limites déjà exposées.

Rappelons que notre échantillon se compose au total de 167 usagers. Il comprend :

- pour 6 des 7 associations "secteur" tous les usagers admis dans les appartements depuis leur ouverture ; pour la septième association plus ancienne, un sous-ensemble d'usagers connu de l'équipe responsable et significatif de sa pratique.
- pour deux associations "usagers", tous les usagers admis en 84-85 ; pour la troisième qui ne fonctionne sous sa forme actuelle que depuis 1985, tous les usagers admis en 85-86.
- pour l'association "professionnels", tous les usagers admis en 84-85.
- pour l'association "centre de psychothérapie, tous les usagers admis en 84-85.

L'échantillon ainsi constitué nous a semblé pouvoir fournir une image assez fiable des caractéristiques et du devenir des sujets admis dans les appartements considérés. Composé au minimum de toutes les entrées sur deux ans, il forme un groupe, notons le, plus important que le nombre de présents (133) dans l'ensemble des structures. Il recouvre l'expérience de 12 associations gestionnaires de 62 appartements ou studios.

Nous présenterons, ici, les données synthétiquement pour chaque groupe et pour l'ensemble de l'échantillon.

5.1 - Caractéristiques des usagers

5.11 - Pathologies

Voici la distribution des usagers sur le plan des pathologies.

TABEAU 8 - REPARTITION DES USAGERS DES DIVERS TYPES D'ASSOCIATIONS SELON LEURS PATHOLOGIES

Type des Associations	Psychose	Psychosose et éthylisme	Etat limite	Etat limite et éthylisme	Névrose	Autres	Total
"Secteur"	70 % (41)	3 % (2)	7 % (4)	3 % (2)	3 % (2)	14 % (8)	100 % (59)
"Usagers"	69 % (38)	2 % (1)	5 % (3)	4 % (2)	11 % (6)	9 % (5)	100 % (55)
"Profession."	58 % (22)	11 % (4)	5 % (2)	3 % (1)	11 % (4)	13 % (5)	100 % (38)
"Centre de psychothér."	93 % (14)	0	7 % (1)	0	0	0	15:100 %
Ensemble	69 % (115)	4 % (7)	6 % (10)	3 % (5)	7 % (12)	11 % (18)	100 % (167)

Les catégories diagnostiques utilisées correspondent au degré de précision des informations fournies par les équipes rencontrées. Il apparaît que, conformément à leurs projets, les structures orientent principalement l'accueil sur les psychotiques (73 % des cas) mais sans exclure des personnes souffrant de pathologies moins lourdes dans des proportions à peu près équivalentes autour de 10 % : états limites, névroses et autres (cas d'éthylisme, de débilité, psychopathie). Une exception : l'association du centre de psychothérapie où la psychose concerne 100 % des cas. Signalons, en complément, que d'après les informations recueillies, la catégorie psychose semble se composer essentiellement de cas de schizophrénie.

5.12 - Age et sexe des usagers

TABEAU 9 - REPARTITION DES USAGERS DES DIVERS TYPES D'ASSOCIATIONS EN FONCTION DE L'AGE ET DU SEXE

Type des Associations		20-29	30-39	40-49	50-59	60 et +	Total
"Secteur"	M	25 % (15)	20 % (12)	8 % (5)	10 % (6)	3 % (2)	68 % (40)
	F	16 % (8)	7 % (4)	1 % (2)	8 % (5)	0 % (0)	32 % (19)
	Total	41 % (23)	27 % (16)	9 % (7)	19 % (11)	3 % (2)	100 % (59)
"Usagers"	M	13 % (7)	29 % (16)	11 % (6)	5 % (3)	0 % (0)	58 % (32)
	F	11 % (6)	18 % (10)	7 % (4)	4 % (2)	2 % (1)	42 % (23)
	Total	24 % (13)	47 % (26)	18 % (10)	9 % (5)	2 % (1)	100 % (55)
"Profession."	M	16 % (6)	21 % (8)	10 % (4)	2,5 % (1)	0	50 % (19)
	F	16 % (6)	24 % (9)	8 % (3)	2,5 % (1)	0	50 % (19)
	Total	32 % (12)	45 % (17)	18 % (7)	5 % (2)	0	100 % (38)
"Centre de psychothér."	M	33 % (5)	13 % (2)	0 % (0)	0 % (0)	0	47 % (7)
	F	27 % (4)	27 % (4)	0 % (0)	0 % (0)	0	53 % (8)
	Total	60 % (9)	40 % (6)	0 % (0)	0 % (0)	0	100 % (15)
Ensemble	M	20 % (33)	23 % (38)	9 % (15)	6 % (10)	1,5 % (2)	59 % (98)
	F	14 % (24)	16 % (27)	5 % (9)	5 % (8)	0,5 % (1)	41 % (69)
	Total	34 % (57)	39 % (65)	14 % (24)	11 % (18)	2 % (3)	100% (167)

L'ensemble de notre échantillon se compose d'une large majorité de sujets masculins (59 %) et d'une très importante proportion de sujets jeunes (73 % de moins de 40 ans).

La sur-représentation masculine observée ici concorde avec les données statistiques connues pour le groupe des psychotiques hospitalisés en H. P. (56 % de sujets masculins) ou pour le groupe de schizophrènes (53 %) (1) sauf

(1) MESLE (F.), VALLIN (J.) : La population des établissements psychiatriques : évolution de la morbidité ou changement de stratégie médicale. Population, n° 6, nov.-déc. 1981, pp.1035-1068, p. 1051. cf. aussi CHILAND (C.) et LEBOVICI (S.) : Psychopathologie différentielle des sexes. Enfance, 1-2, janv.-mai 1981, pp. 61-80, en particulier tableau 4, p. 70. et GASTON (C.) : L'hospitalisation des malades présentant des troubles mentaux dans les établissements psychiatriques et à l'hôpital général. Données statistiques, CREDOC, 1983, 115 p., p. 101.

au niveau des expériences du secteur (68 %) de sujets masculins). Pour celles-ci, l'admission d'éthylques ne semble pas expliquer à elle seule cette surmasculinisation qui provient en fait surtout de deux expériences sur sept. Particularité peut-être donc de l'échantillon à moins que cela ne traduise de manière représentative l'orientation plus fréquente de certaines équipes sur des populations masculines dont on sait qu'elles éprouvent statistiquement (1) plus de difficultés que les populations féminines à sortir de l'H.P..

La sur-représentation des sujets jeunes est variable selon les groupes (très forte au niveau de l'association du centre de psychothérapie avec 100 % de moins de 40 ans, plus faible au niveau du secteur avec 59 % d'usagers de moins de 40 ans) mais constante en regard des statistiques portant sur les hospitalisés (2) (dans le groupe des schizophrènes, notamment, les 40-64 ans représentent 56 % de l'ensemble). Les expériences ici considérées orientent donc particulièrement l'accueil sur les usagers les moins âgés.

5.13 - Lieux de séjour antérieur

TABEAU 10 - REPARTITION DES USAGERS DES DIVERS TYPES D'ASSOCIATIONS SELON LEURS LIEUX DE SEJOUR ANTERIEURS

Types des Associations	Hôpital	Domicile parents	Domicile personnel	Foyer	Autres	Total
"Secteur"	58 % (34)	20 % (12)	2 % (1)	15 % (9)	5 % (3)	100 % (59)
"Usagers"	64 % (35)	13 % (7)	5 % (3)	13 % (7)	5 % (3)	100 % (55)
"Profession."	32 % (12)	13 % (5)	8 % (3)	39 % (15)	8 % (3)	100 % (38)
"Centre de psychothêr."	100 % (15)	0	0	0	0	100 % (15)
Ensemble	58 % (96)	14 % (24)	4 % (7)	19 % (31)	5 % (9)	100 % (167)

Faire sortir de l'hôpital et consolider la sortie ou prévenir l'hospitalisation constituent, comme nous l'avons déjà relevé, les objectifs des équipes. Ces objectifs trouvent dans les données exposées ici une traduction concrète, la première tendance, apparaissant plus forte pour l'ensemble (58 % des cas) avec des différences qui recouvrent de manière cohérente les objectifs poursuivis respectivement, sauf peut-être au niveau du secteur où l'on pouvait

(1) MESLE (F.), VALLIN (J.), *ibid.*

(2) GASTON (C.), *ibid.*, p. 101.

s'attendre à une proportion plus importante de domiciliés antérieurement à l'H.P. En fait, l'analyse des données spécifiques à chaque association de ce groupe montre que si une majorité d'expériences privilégie le "Faire sortir de l'H.P.", deux d'entre-elles orientent davantage leur action sur la prévention. Pour l'ensemble de l'échantillon cette tendance se trouve concrétisée dans 42 % des cas, les foyers et les domiciles parentaux constituant les lieux de séjours antérieurs autres que l'hôpital les plus fréquents avec une importance à peu près équivalente.

5.14 - Hospitalisations passées

Les usagers qui ne proviennent pas directement de l'hôpital psychiatrique ont cependant fait l'objet pour la plupart (77 %) d'une ou plusieurs hospitalisations antérieurement. Pour l'ensemble de l'échantillon cette proportion s'élève à 90 %. Voici les données que nous avons pu recueillir sur la durée des hospitalisations d'une partie des usagers, les équipes ne disposant pas toujours d'informations précises à ce sujet.

TABEAU 11 - REPARTITION DES USAGERS DES DIVERS TYPES D'ASSOCIATIONS SELON LA DUREE DES HOSPITALISATIONS

Durées (1) des hospitalisations	H < 1 an	1 an < H < 2 ans	2 ans < H < 10 ans	H > 10 ans	Total
Hospitalisation continue	8 % (9)	3 % (4)	2 % (2)	8 % (10)	21 % (25)
Hospitalisations intermittentes	19 % (23)	16 % (18)	34 % (40)	11 % (12)	79 % (93)
Total	27 % (32)	19 % (22)	36 % (42)	19 % (22)	100% (118)

Plus des deux tiers (79 % des usagers) ont déjà subi plusieurs hospitalisations avant leur admission dans les appartements. Au total, 55 % des sujets cumulent plus de deux années d'hospitalisations (dont 19 % plus de 10 ans). Il apparaît, ainsi, que les équipes admettent bien des "psychiatrisés lourds", même si la proportion d'usagers n'ayant effectué que des séjours "courts" en hôpital psychiatrique semble assez importante (pour 27 % : H < 1 an) également. Les expériences s'adressent donc non seulement aux hospitalisés chroniques mais aussi, et surtout, aux chroniques de l'hospitalisation.

(1) Cumulées pour les hospitalisations intermittentes.

Enfin, il ne semble pas que les admis des divers groupes d'associations se différencient très sensiblement sur ce plan (87 % d'hospitalisés ou d'anciens hospitalisés à l'association "Professionnels", 92 % aux associations "Secteur", 100 % aux autres associations), avec des distributions des amplitudes cumulées allant jusqu'à 10 ans et plus même si les hospitalisés chroniques lourds se retrouvent surtout au niveau des expériences du secteur.

5.15 - Problèmes d'autonomie des usagers

On considère généralement que les usagers des appartements, en raison de leur passé institutionnel, éprouvent des difficultés à mener une vie indépendante. Nous avons fait préciser aux équipes l'image qu'elles se faisaient de ces difficultés sur le plan de :

- l'autonomie domestique : ménage, cuisine, courses
- l'autonomie de gestion des ressources
- la capacité à assumer une vie indépendante sans trop d'angoisse et sans le retour ou d'aggravation de la pathologie).

Pour simplifier le traitement des données concernant l'autonomie domestique, nous avons constitué trois groupes correspondant respectivement à une bonne autonomie (pas de difficultés sur le plan du ménage, des courses et de la cuisine), à une autonomie limitée (1 ou 2 difficultés sur les plans cités), à une autonomie très faible (difficultés sur les trois plans).

Voici, pour ces trois groupes, la distribution de l'ensemble :

TABLEAU 12 - REPARTITION DES USAGERS DES DIVERS TYPES D'ASSOCIATION SELON LEUR NIVEAU D'AUTONOMIE

Associations	AUTONOMIE DOMESTIQUE DES USAGERS						
	Bonne auton. domes.		Auton. domes. limitée		Auton. domes. très faible	Total	
Secteur	21	36 %	16	27 %	22	37 %	59
Usagers	32	59 %	11	20 %	11	20 %	54
Profession.	21	55 %	11	29 %	6	16 %	38
Centre de psychothér.	7	46 %	0	0 %	8	54 %	15
Ensemble	81	49 %	38	23 %	47	28 %	166

Les difficultés en matière d'autonomie domestique concernent la moitié de l'ensemble des usagers. Cette proportion s'élève au niveau des expériences du secteur (64 %) et ceci de manière statistiquement significative par rapport aux expériences "usagers" et "professionnels" réunies ($\chi^2 = 8,64$, sign à 0,02 pour 2 d.d.l.). Par ailleurs, avec 54 % de cas d'autonomie très faible la distribution pour la structure "centre de psychothérapie" semble s'apparenter à celle des usagers du secteur.

C'est aussi au niveau des expériences "secteur" et "centre de psychothérapie" que les difficultés sur le plan de la gestion des ressources apparaissent les plus fréquentes ($\chi^2 = 4,18$, sign à 0,05, à partir des regroupements "secteur" et "centre de psychothérapie", d'une part, et "usagers" et "professionnels", d'autre part). Mais ces difficultés prennent également une place importante dans le cadre des associations, comme on l'observe dans le tableau ci-après.

TABLEAU 13 - REPARTITION DES USAGERS DES DIVERS TYPES D'ASSOCIATIONS EN FONCTION DE LEUR ACQUISITION DE L'AUTONOMIE DE GESTION

Associations	Autonomie de gestion		Total
	Oui	Non	
"Secteur"	29 % (17)	71 % (42)	59
"Usagers"	43 % (23)	57 % (31)	54
"Profession."	39 % (15)	61 % (23)	38
"Centre de psychothé."	13 % (2)	87 % (13)	15
Ensemble	34 % (57)	66 % (109)	166

L'autonomie de gestion apparaît davantage acquise dans le groupe "bonne autonomie domestique" que dans les groupes d'autonomie domestique limitée ou très faible ($\chi^2 = 7,66$, sign à 0,05 pour 2 d.d.l.). Mais 56 % des usagers du premier groupe cité n'ont pas d'autonomie de gestion comme le montre le tableau ci-après.

TABLEAU 14 - L'AUTONOMIE DE GESTION SELON LE NIVEAU D'AUTONOMIE DOMESTIQUE

		Bonne Autonomie domestique		Autonomie domest. limitée		Autonomie domest. très faible		Total	
Autonomie de gestion	Oui	36	44 %	11	29 %	10	21 %	57	34 %
	Non	45	56 %	27	71 %	37	79 %	109	66 %
		81	49 %	38	23 %	47	28 %	166	100 %

Enfin, 60 % des sujets dans l'ensemble des structures éprouvent des difficultés à mener une vie indépendante, sans trop d'angoisse. Voici la distribution des résultats où l'on observe, par ailleurs, que les difficultés de ce type apparaissent surtout signalées par les associations "professionnels" et "centre de psychothérapie" ($\chi^2 = 20,92$, sign à 0,01 en comparant les deux groupes cités réunis aux deux autres groupes).

TABLEAU 15 - REPARTITION DES USAGERS DES DIVERS TYPES D'ASSOCIATIONS EN FONCTION DE LEUR CAPACITE D'INDEPENDANCE SANS ANGOISSE

Associations	Capacité d'indépendance sans angoisse				Total
	Oui		Non		
"Secteur"	28	47 %	31	53 %	59
"Usagers"	31	57 %	23	43 %	54
"Profession."	4	11 %	34	89 %	38
"Centre de psychothér."	4	27 %	11	73 %	15
Ensemble	67	40 %	99	60 %	166

Cette capacité se distribue comme suit en fonction de l'autonomie domestique.

TABLEAU 16 - LA CAPACITE D'INDEPENDANCE SANS ANGOISSE SELON LE NIVEAU D'AUTONOMIE DOMESTIQUE

		Bonne autonomie domestique		Autonomie domest. limitée		Autonomie domest. très faible		Total	
Capacité d'indépendance sans angoisse	Oui	34	42 %	21	55 %	12	26 %	67	40 %
	Non	47	58 %	17	45 %	35	74 %	99	60 %
	Total	81	49 %	38	23 %	47	28 %	166	

La capacité d'indépendance sans angoisse apparaît surtout peu fréquente au niveau du groupe "Autonomie domestique très faible" et la différence est statistiquement significative par rapport aux deux autres groupes réunis ($\chi^2 = 5,99$, sign. à 0,02).

Elle semble, en première analyse, indépendante de l'autonomie de gestion, car elle se distribue de manière équivalente dans le groupe des oui des non :

TABEAU 17 - REPARTITION DES USAGERS EN FONCTION DE LA CAPACITE D'INDEPENDANCE SANS ANGOISSE ET L'AUTONOMIE DE GESTION

		Autonomie de gestion					
		Oui		Non		Total	
Capacité d'indépendance sans angoisse	Oui	22	39 %	45	41 %	67	40 %
	Non	35	61 %	64	59 %	99	60 %
	Total	57	34 %	99	66 %	166	100 %

Mais ces données semblent, en fait recouvrir des tendances inverses en fonction des groupes d'autonomie. Dans les cas de bonne autonomie et d'autonomie limitée les variables "capacité d'indépendance" et "autonomie de gestion" tendent à avoir plutôt une liaison négative ce qui traduirait le fait que les usagers sont nombreux à avoir l'un ou l'autre problème. Dans les cas d'autonomie très faible, au contraire, les deux variables tendent à être liées, ce qui traduirait pour les sujets le cumul des deux types de difficulté.

Voici le tableau des résultats :

TABEAU 18 - REPARTITION DES USAGERS EN FONCTION DE LA CAPACITE D'INDEPENDANCE SANS ANGOISSE DE L'AUTONOMIE DOMESTIQUE ET L'AUTONOMIE DE GESTION

		Bonne autonomie domestique et autonomie domestique limitée			Autonomie domestique très faible			Ensemble
		Auto. gestion			Auto. gestion			
		Oui	Non	Total	Oui	Non	Total	
Capacité d'indépendance sans angoisse	Oui	38 % (18)	51 % (37)	46% (55)	40 % (4)	22 % (8)	26 % (12)	40 % (67)
	Non	62 % (29)	49 % (35)	54 % (64)	60 % (6)	78 % (29)	74 % (35)	60 % (99)
Total		39 % (47)	61 % (72)	119	21 % (10)	79 % (37)	47	166

En résumé, les usagers des appartements, dans les représentations des équipes, ont bien souvent des difficultés à mener une vie indépendante qui tiennent à l'angoisse (60 %), à des difficultés de gestion (66 %) ou à des problèmes d'autonomie domestique (51 %). Les deux premiers types de difficultés sont liés au troisième positivement, apparaissant de manière plus fréquente chez les sujets les moins autonomes, pour lesquels, de surcroît, ils semblent liés entre eux positivement. Par contre, les sujets plus autonomes ont plus tendance à avoir l'une ou l'autre de ces types de difficultés (55 %) (en rapport avec l'angoisse ou la capacité de gestion) que les deux, même si ce dernier cas à une fréquence non négligeable (29 %). C'est relativement dans le groupe des sujets "secteur" et semble-t-il "centre de psychothérapie" que la modalité autonomie domestique très faible apparaît la plus fréquente et l'autonomie de gestion la moins acquise. La capacité d'indépendance sans trop d'angoisse et surtout très fréquente au niveau des usagers des expériences "professionnels" et "centre de psychothérapie".

5.16 - Niveau scolaire

Pour situer le niveau scolaire des usagers des appartements nous mettrons en rapport les données recueillies sur notre échantillon avec les données fournies par GASTON (Ch.) (1) sur les psychiatisés présents à l'H.P. et les sortants, ainsi qu'avec les données de l'INSEE (2) sur les sorties du système éducatif en effectuant les regroupements nécessaires (3) (4) pour faire correspondre les catégories.

(1) Ibid, p. 71.

(2) INSEE, Annuaire statistique de la France 1986. Résultats de 1985-1986, p. 292.

(3) Les données de l'étude citée en (1) ont été recalculées après retrait de la catégories autres. Notre groupe primaire très faible correspond au groupe adultes non scolarisés, notre groupe primaire au groupe primaire, supérieur à supérieur, secondaire à formation technique courte et secondaire. Les données fournies dans cette étude portent sur toutes les catégories diagnostiques confondues.

(4) Au groupe primaire nous avons fait correspondre la classe IV INSEE, au secondaire les classes Vbis V et IV secondaire, au supérieur les classes IV supérieur, III et II + I ; les résultats ont été arrondis à l'unité près.

Voici le tableau des données :

TABLEAU 19 - LE NIVEAU SCOLAIRE DES USAGERS DES DIVERS TYPES D'ASSOCIATIONS ET LES DONNEES CONNUES SUR LE NIVEAU SCOLAIRE DES PSYCHIATRISÉS ET CELUI DE LA POPULATION GÉNÉRALE

Associations	Primaire très faible	Primaire	Secondaire	Supérieur	Total
"Secteur"	20 % (12)	53 % (31)	24 % (14)	3 % (2)	59
"Usagers"	28 % (15)	26 % (14)	34 % (18)	11 % (6)	53
"Professionnels"	8 % (3)	26 % (10)	42 % (16)	24 % (9)	38
"Centre de psychothérapie"	0 % (0)	7 % (1)	73 % (11)	20 % (3)	15
Ensemble	12 % (20)	40 % (66)	36 % (59)	12 % (20)	100 % (165)
Psychiatisés (3) présents (1978)	15 %	47 %	33 %	5 %	100 %
Psychiatisés (3) sortants (1978)	7 %	46 %	37 %	10 %	100 %
Population (4) générale (82-83)		5 %	65 %	30 %	100 %

On observe, en premier lieu, aussi bien dans nos données que dans celles de GASTON (Ch.), très proches d'ailleurs les unes des autres, que les psychiatisés se caractérisent par une proportion de scolarisations achevées au niveau primaire très supérieures à celles de la population générale (+ 50 % contre 5 %). Les usagers de notre échantillon, en second lieu, présentent des niveaux scolaires semblables à ceux des sortants (52 % niveaux primaires ou primaires très faibles contre 53 %, et 48 % de niveaux secondaires ou supérieurs contre 47 %), mais légèrement supérieurs à ceux des présents (62 % de primaires et 38 % de secondaires et supérieurs) ($\chi^2 = 4,4$, sign. à 0,05).

Il apparaît, par ailleurs, que les niveaux scolaires distinguent les expériences assez nettement : 93 % d'usagers de niveau scolaire, secondaire ou supérieur pour l'association "centre de psychothérapie", 66 % pour l'association "professionnels", 45 % pour les associations "usagers", 27 % pour les associations du "secteur". Pour ces dernières, les niveaux scolaires sont même légèrement inférieurs dans l'ensemble à ceux des psychiatisés présents (mais sans atteindre le seuil de signification ; $\chi^2 = 2,40$) et nettement inférieurs à ceux des sortants ($\chi^2 = 5$, sign. à 0,05).

(3) et (4) voir page précédente.

5.17 - Formation professionnelle

La proportion d'usagers n'ayant bénéficié d'aucune formation professionnelle atteint 62 % avec des données assez homogènes pour les diverses structures, exception faite de l'association "professionnels" où les usagers formés représentent 54 %, comme le montre le tableau ci-après.

TABEAU 20 - REPARTITION DES USAGERS DES DIVERS TYPES D'ASSOCIATIONS EN FONCTION DE LEUR ACQUISITION D'UNE FORMATION PROFESSIONNELLE

Associations	Formation professionnelle		
	Oui	Non	Total
"Secteur"	31 % (18)	69 % (41)	59
"Usagers"	34 % (18)	66 % (35)	53
"Professionnels"	54 % (20)	46 % (17)	37
"Centre de psychothérapie"	40 % (6)	60 % (9)	15
Ensemble	38 % (62)	62 % (102)	164

Pour situer la signification de ces données, il peut être fait référence à une population d'inactifs dans la mesure où l'inactivité caractérise comme nous le verrons ci-dessous notre population. La distribution (1) des allocataires chômeurs indemnisés par le régime assurance de l'U.N.E.D.I.C. en 1985, en termes de qualification, fait apparaître une proportion de 45,09 % (2) de non-qualifiés. Les usagers des appartements se spécifient donc bien aussi par la très faible fréquence de toute formation professionnelle.

5.18 - Expérience du monde du travail

Par contre, les usagers sont assez nombreux (73 %) à avoir déjà occupé un emploi et cela dans des proportions identiques pour tous les groupes d'associations.

(1) Tableau : allocataires indemnisés par l'UNEDIC au 31.12.1985. In : Données sociales, 1987, INSEE, p. 107.

(2) Cette proportion regroupe les manoeuvres, les O.S. et les employés non qualifiés.

TABEAU 21 - REPARTITION DES USAGERS DES DIVERS TYPES D'ASSOCIATIONS EN FONCTION DE LEUR ACQUISITION D'UNE EXPERIENCE DU MONDE DU TRAVAIL

Associations	Oui	Non	Total
"Secteur"	73 % (43)	27 % (16)	59
"Usagers"	74 % (39)	26 % (14)	53
"professionnels"	73 % (27)	27 % (10)	37
"Centre de psychothérapie"	73 % (11)	27 % (4)	15
Ensemble	73 % (120)	27 % (44)	164

Mais cette expérience du monde du travail d'après les informations recueillies semble recouvrir généralement l'exercice d'emplois sous-qualifiés exercés pendant des périodes très brèves. C'est, en fait, l'inactivité qui caractérise le plus la population des appartements, comme cela apparaît aussi au point suivant.

5.19 - Situation vis-à-vis de l'emploi à l'entrée dans l'appartement

La plupart des usagers entrent (Cf. tableau 21) dans les appartements sans réoccuper encore un emploi, particulièrement au niveau de l'association "centre de psychothérapie" (100 %), mais aussi au niveau des associations "secteur" et "professionnels" (≈ 88 %). Par contre, la moitié environ (45 %) des usagers de l'association professionnels sont déjà insérés en milieu ordinaire ou protégé.

TABEAU 22 - SITUATION DES USAGERS VIS-A-VIS DE L'EMPLOI AU MOMENT DE LEUR ENTREE DANS LES APPARTEMENTS

Associations	Inactivité	Milieu protégé (AP) (AT) etc..	Milieu ordinaire	Total
"Secteur"	88 % (52)	5 % (3)	7 % (4)	59
"Usagers"	87 % (47)	6 % (3)	7 % (4)	54
"Professionnels"	55 % (21)	26 % (10)	19 % (7)	38
"Centre de psychothérapie"	100 % (15)	0	0	15
Ensemble	81 % (135)	10 % (16)	9 % (15)	166

5.110 - Les ressources des usagers

Compte tenu de leur situation d'inactivité, les usagers bénéficient dans une proportion d'environ 4/5e de l'Allocation aux Adultes Handicapés (A.A.H.) ou d'une Pension d'Invalidité (P.I.). L'A.A.H. intervient seule ou en complément d'une P.I. ou d'un salaire au total pour 53 % des sujets, ce qui montre l'importance de son rôle dans les sorties de l'hôpital psychiatrique.

TABLEAU 23 - REPARTITION DES USAGERS DES DIVERS TYPES D'ASSOCIATIONS SELON LA NATURE DE LEURS RESSOURCES

Association	A.A.H.	P.I.	Salaire	Garantie de ressources	Autres	Total
"Secteur"	49 % (29)	31 % (18)	3 % (2)	3 % (2)	14 % (8)	59
"Usagers"	63 % (34)	19 % (10)	4 % (2)	5 % (3)	9 % (5)	54
"Professionnels"	42 % (16)	5 % (2)	18 % (7)	26 % (10)	8 % (3)	38
"Centre de psychothérapie"	60 % (9)	20 % (3)	0	0	20 % (3)	15
Ensemble	53 % (88)	20 % (33)	7 % (11)	9 % (15)	11 % (19)	166

Si l'on excepte l'association "professionnels" où 52 % des sujets ont d'autres ressources que l'A.A.H. ou la P.I., on observe que celles-ci concernent 80 % des usagers des autres structures, l'A.A.H. apparaissant trois fois plus fréquente que la P.I., sauf au niveau des expériences du secteur où les P.I. prennent plus d'importance (mais nos interlocuteurs ont peut être confondu parfois A.A.H. et P.I. (1)). A noter aussi le poids non négligeable de la catégorie autres (11 %) qui recouvre essentiellement des aides familiales.

Enfin, il convient d'ajouter que les usagers perçoivent toujours l'Allocation logement ; cette allocation constitue le complément indispensable de l'A.A.H. (2.658,33 F. au 1er.10.87) pour leur permettre d'assumer la location de l'appartement et les charges, ainsi que tous leurs frais personnels (nourriture et habillement, notamment).

(1) Dans l'étude de GASTON (Ch.) déjà citée, le pourcentage des hospitalisés dans les établissements psychiatriques touchant une pension d'invalidité est toutefois très proche du notre : 31,5 %. Cf. p. 69.

5.111 - Situation matrimoniale et relations amicales

Les usagers des appartements se caractérisent par une situation très fréquente de grand isolement social. Les célibataires (81 %), les divorcés (15 %), les séparés (2 %) et veufs (7 %) représentent, à 0,5 % près (un marié, non séparé), la totalité des sujets. Cette faible nuptialité et cette forte tendance à la séparation témoignent, ici, à l'évidence, des difficultés relationnelles des sujets. C'est ainsi que près de la moitié d'entre eux n'ont aucune relation amicale, les autres instituant quelques contacts, le plus souvent dans les réseaux de la psychiatrie.

Voici la distribution des données :

TABLEAU 24 - REPARTITION DES USAGERS DES DIVERS TYPES D'ASSOCIATION SELON LEUR SITUATION MATRIMONIALE ET LEURS RELATIONS AMICALES

Associations	Célibataires	Marié(e) (séparés)	Veuf(ve) (séparés)	Divorcé(e)	Total	amicales		Total
						Oui	Non	
"Secteur"	85 % (50)	3 % (2)	3 % (2)	8 % (5)	59	39% (23)	61% (36)	59
"Usagers"	82 % (45)	2 % (1)	0	16 % (9)	55	64% (34)	37% (20)	54
"Professionnels"	71 % (27)	3 % (1)	0	26 % (10)	38	76% (28)	24 % (9)	37
"Centre de psychothérapie"	93 % (14)	0	0	7 % (1)	15	40 % (6)	60 % (9)	15
Ensemble	81 % (136)	2,5 % (4) (3séparés)	1 % (2)	15 % (25)	100 % (167)	55% (55)	45% (74)	165

La situation matrimoniale des usagers est semblable pour les expériences du secteur et les expériences "usagers". Ces deux groupes semblent se différencier légèrement des usagers (en moyenne plus jeunes) du "centre de psychothérapie" où les célibataires constituent un groupe un peu plus important et des usagers de l'association "professionnels" où le groupe de divorcés prend plus d'importance, mais les différences ne sont pas statistiquement significatives.

Si l'on se permet, toutefois, de les considérer comme elles se présentent, on observe que les fréquences du célibat et les fréquences des relations amicales s'inscrivent dans un ordre inversé pour trois types d'associations (Célibat : 1) "centre de psychothérapie (93 %), 2) "usagers" (82 %), 3) "professionnels" (71 %) ; Relations amicales : 1) "professionnels" (76 %), 2) "usagers" (64 %),

3) "centre de psychothérapie" (24 %). En d'autres termes, une admission de divorcés (ex-mariés) moins faible semble s'accompagner d'une admission plus élevée de personnes ayant des relations amicales, comme si les associations concernées admettaient davantage d'usagers capables de nouer des rapports sociaux (même s'ils ne parviennent pas à les conserver).

Cette logique ne peut toutefois être systématisée car les données caractéristiques des expériences du secteur renvoient à un cas de figure différent. Ici, tout se passe comme si l'admission en appartement concernait des usagers qui éprouvent des difficultés aussi bien pour conserver que pour établir des relations.

Si ces tendances divergentes apportent quelques nuances concernant la nature de l'isolement social des sujets, celui-ci constitue néanmoins un fait massif pour toutes les expériences considérées : célibat ou divorce, absence de relations ou quelques relations dans les milieux psychiatriques en constituent les signes évidents.

5.2 - Entrées et séjours dans les appartements

Les procédures d'admission et la nature de l'encadrement mis en oeuvre par les équipes telles que nous les avons précisées pour les divers types de structures contribuent à influencer les modalités d'entrée et de séjour dans les appartements. Ces modalités peuvent ainsi être considérées comme un premier résultat des expériences, même si de toute évidence, elles représentent aussi une étape dans le devenir des usagers, jouant probablement à ce niveau et en interaction avec le travail des équipes un rôle important.

A ces deux titres, elles méritent d'être abordées sur plusieurs points significatifs de la nature et du fonctionnement des structures : la demande d'entrée, la vie communautaire et les loisirs internes, les loisirs externes, l'activité professionnelle et le suivi thérapeutique. Ces divers plans permettent déjà d'apporter des éléments d'évaluation concernant le caractère vivant et ouvert des structures ou au contraire mort et fermé.

5.21 - La demande d'entrée à l'appartement

L'entrée dans les appartements repose, en principe, sur une demande des usagers, plus ou moins soutenue par l'équipe soignante de référence. Nous avons interrogé les équipes sur la "Force" de la demande des usagers (deux modalités de réponse : forte ; faible) et la "force" de la participation des soignants (mêmes modalités). Voici la distribution des informations recueillies.

TABLEAU 25 - REPARTITION DES USAGERS DES DIVERS TYPES D'ASSOCIATIONS EN FONCTION DE LA FORCE DE LEUR DEMANDE D'ENTREE EN APPARTEMENT ET DE LA FORCE DE LA PARTICIPATION DE LEURS SOIGNANTS A CETTE ORIENTATION

		Demande des usagers			
		Forte	Faible	Total	
"Secteur"	Participation des soignants	Forte	66 % (39)	22 % (13)	88 % (52)
		Faible	7 % (4)	5 % (3)	12 % (7)
		Total	73 % (43)	27 % (16)	100 % (59)
"Usagers"	Participation des soignants	Forte	55 % (30)	36 % (20)	91 % (50)
		Faible	7 % (4)	2 % (1)	9 % (5)
		Total	62 % (34)	38 % (21)	100 % (55)
"Professionnels"	Participation des soignants	Forte	42 % (15)	11 % (4)	53 % (19)
		Faible*	36 % (13)	11 % (4)	47 % (17)
		Total	78 % (28)	22 % (8)	100 % (36)
"Centre de psychothérapie"	Participation des soignants	Forte	47 % (7)	20 % (3)	67 % (10)
		Faible	20 % (3)	13 % (2)	33 % (5)
		Total	67 % (10)	33 % (5)	100 % (15)
Ensemble	Participation des soignants	Forte	55 % (91)	24 % (40)	79 % (131)
		Faible	15 % (24)	6 % (10)	21 % (34)
		Total	70 % (115)	30 % (50)	100 % (165)

* ou nulle = pas d'équipe.

Pour l'ensemble des usagers, on relève des fréquences de participation forte à l'entrée tant de la part des intéressés (70 %) que de la part des équipes soignantes (79 %), l'une et l'autre semblant intervenir de manière indépendante (χ^2 non sign.). La participation forte des équipes soignantes est généralement un peu plus fréquente que la demande forte des usagers, sauf au niveau de l'expérience "professionnels" où domine la seconde modalité.

Les demandes concordantes concernent, pour l'ensemble, 61 % des cas, dont 55 % de "Forte-Forte" et 6 % de "Faible-Faible", l'entrée se faisant dans ces cas, semble-t-il, pour "essayer quelque chose" mais sans que personne soit vraiment

motivé. Les demandes discordantes concernent 39 %, dont 24 % d'usagers stimulés par les équipes et 15 % d'usagers moteurs sans que l'équipe choisisse ou approuve la solution appartement.

Pour les expériences "usagers" et "secteur" la participation des soignants semble plus importante, mais les usagers y jouent encore un rôle tout à fait notable.

5.22 - Evaluation des apports de la vie communautaire et des loisirs dans les appartements

La vie communautaire et les loisirs dans les appartements constituent déjà des éléments d'appréciation de l'intérêt des expériences considérées. Ainsi des loisirs très faibles ou inexistantes et une vie collective sans apport ou négative pour les sujets viendraient infirmer le bien-fondé des objectifs et des conceptions de ces formules et par conséquent alimenter l'hypothèse de la répétition asilaire. Ce qui nous intéressait donc, ici, c'était de savoir dans quelle mesure les appartements se trouvaient investis de manière vivante par chaque usager dans ses rapports humains et dans ses activités quotidiennes.

Les informations et les évaluations recueillies auprès des équipes permettent, nous semble-t-il, d'orienter l'appréciation dans un sens positif, même si une part de subjectivité intervient nécessairement. Dans 70 % des cas, les équipes font état, en effet, d'une évaluation positive de l'apport de la vie communautaire en se référant à des améliorations sur le plan de la vie relationnelle ou/et à des stimulations à l'autonomisation dans les activités domestiques quotidiennes. La vie de groupe et le partage des tâches semblent ainsi pleinement jouer leur rôle. Quant aux loisirs, on peut dire, qu'ils ne sont ni faibles (un seul loisir de type télévision), ni très faibles (loisirs quasiment nuls d'après l'expression même des équipes) dans 73 % des cas. Pour ces derniers sujets, de loin les plus nombreux, les équipes ont cité spontanément plusieurs types de loisirs que nous avons regroupé, à titre indicatif, dans les catégories loisirs moyens (2 loisirs cités) et loisirs importants (3 loisirs ou plus dont un actif). Voici les points de repère quantitatifs :

**TABEAU 26 - EVALUATION PAR LES EQUIPES DES APPORTS DE LA VIE COMMUNAUTAIRE ET
DES LOISIRS DANS LES APPARTEMENTS**

Evaluation des apports
de la vie communautaire

Loisirs dans les
appartements

Associations	Positive	Négative	Sans apport	Difficile à évaluer	Total	Importants	Moyens	Faibles	Très faibles	NR
"Secteur"	76% (45)	0	8 % (5)	15 % (9)	59	25 % (15)	46% (27)	19 % (11)	5 % (5)	5%(3)
"Usagers"	71% (39)	13 % (7)	9 % (5)	7 % (4)	55	15 % (8)	49% (27)	20 % (11)	16 % (9)	-
"Professionnels"	55% (21)	21 % (8)	11 % (4)	13 % (5)	38	11 % (4)	68% (26)	3 % (1)	11 % (4)	8%(3)
"Centre de psychothérapie"	67% (10)	0	13 % (2)	20 % (3)	15	13 % (2)	87% (13)	0	0	-
Ensemble	69%(115)	9% (15)	10% (16)	12 % (21)	167	17 % (29)	56% (93)	14 % (23)	10 % (16)	4%(3)

En ce qui concerne les apports de la vie communautaire, une évaluation positive apparaît avec une fréquence à peu près semblable ($\approx 70\%$) pour trois groupes d'associations ("secteur", "usagers", "Centre de psychothérapie"). Elle est plus faible (55 %) pour l'association "Professionnels" mais l'évaluation porte ici sur les réunions et activités de groupe dans les locaux de l'association et non sur la vie en appartement (les usagers vivent en studio). La même remarque s'applique aux évaluations négatives enregistrées au niveau de cette expérience (21 %). Elles recouvrent des attitudes d'usagers réagissant mal aux réunions : agressivité, refus du groupe des animateurs ou de la "loi". En appartement proprement dit, la vie communautaire ne fait l'objet que d'un petit nombre d'évaluations négatives dans le cadre d'un seul groupe d'associations. On remarque également que les évaluations du type "sans apport" se fixent autour de 10 %. Enfin, la proportion de cas difficiles à évaluer, c'est-à-dire à situer dans l'une des catégories précédentes, (12 % pour l'ensemble), oscille entre 7 et 20 %, les variations renvoyant sans doute à des conceptions diverses de l'impact des apports et à une plus ou moins grande prudence dans l'acte d'évaluation.

En ce qui concerne les loisirs, ils sont le plus souvent moyens et ce dans toutes les associations (56 % pour l'ensemble de l'échantillon), importants ou faibles dans des proportions semblables en moyenne ($\approx 15\%$). Les cas de loisirs très faibles ou nuls ne concernent au total que 10 % des sujets. C'est au niveau des usagers de l'expérience "Centre de psychothérapie" que se révèlent les pratiques de loisirs les plus homogènes (100 % de loisirs moyens

ou importants) mais ceci traduit sans doute l'existence d'un encadrement quotidien dans l'appartement. Au sein des autres expériences, les pratiques apparaissent plus hétérogènes sans que l'on puisse accorder aux différences observées entre-elles une grande signification.

5.23 - Loisirs à l'extérieur des appartements et activités professionnelles

Si les appartements apparaissent être des lieux vivants, ils semblent aussi constituer des lieux ouverts sur l'extérieur. Les 3/4 des usagers ont des loisirs externes notables (plusieurs types de loisirs cités spontanément) et 23 % exercent une activité professionnelle ; proportion sans doute faible en elle-même mais significative d'une amélioration de la situation de l'emploi pour une partie d'entre eux ($\approx 5\%$). Ces éléments s'opposent à l'idée que les appartements pourraient être des petits asiles fermés.

TABEAU 27 - REPARTITION DES USAGERS DES DIVERS TYPES D'ASSOCIATIONS SELON LES EVALUATIONS PROPOSEES PAR LES EQUIPES AU SUJET DE LEURS LOISIRS EXTERNES ET LEUR PRATIQUE D'UNE ACTIVITE PROFESSIONNELLE

Associations	Loisirs externes				Activité professionnelle	
	Notables	Faibles et très faible	N.R.	Total	Oui	Non
"Secteur"	71 % (42)	24 % (14)	5 % (3)	59	12 % (7)	88 % (52)
"Usagers"	67 % (37)	33 % (18)	0	55	22 % (12)	78 % (43)
"Professionnels"	84 % (32)	0	16 % (6)	38	45 % (17)	55 % (21)
"Centre de psychothérapie"	100 % (15)	0	0	15	13 % (2)	87 % (13)
Ensemble	75 % (726)	20 % (32)	5 % (9)	167	23 % (38)	77 % (129)

On observe que la fréquence de l'activité professionnelle oscille entre 12 % et 45 %, les différences entre les expériences témoignent, semble-t-il, surtout de l'orientation de leurs admissions ; l'ordre des fréquences est en effet sensiblement le même que l'ordre correspondant au moment des entrées.

En ce qui concerne les loisirs externes, la distribution des réponses est très proche de celle obtenue à propos des loisirs internes et les remarques déjà formulées s'appliquent donc également ici.

5.24 - Le suivi thérapeutique des usagers

Nous avons vu que les appartements thérapeutiques de type associatif s'adressent à des patients stabilisés, mais dont la pathologie le plus souvent de type psychotique rend nécessaire la poursuite du traitement. Celui-ci constitue d'ailleurs, en principe, pour tous les usagers une obligation qui doit être satisfaite en dehors de l'appartement et de la structure associative proprement dite, au travers d'une prise en charge par des équipes soignantes généralement implantées au niveau du secteur, ceci afin d'éviter un abandon des sujets sur le plan des soins. Dans quelle mesure précisément, ces orientations se trouvent-elles concrétisées ? Voici la distribution des informations recueillies à ce sujet :

TABLEAU 28 - REPARTITION DES USAGERS DES DIVERS TYPES D'ASSOCIATIONS SELON LA FREQUENCE DE LEUR SUIVI PSYCHOTHERAPEUTIQUE

"Associations"	1 à 2 fois /semaine	1 à 2 fois /mois	Hôpital de jour	Irrégulier ou néant	N.R.	Total
"Secteur"	49 % (29)	12 % (7)	29% (17)	10 % (6)	0	59
"Usagers"	38 % (38)	49 % (27)	9 % (5)	4 % (2)	0	55
"Professionnels"	29 % (11)	18 % (7)	0	32% (12)	21%(8)	38
"Centre de psychothérapie"	53 % (8)	33 % (5)	0	14 % (2)	0	15
Ensemble	41 % (69)	28 % (46)	13% (22)	13% (22)	5% (8)	167

Dans l'ensemble de l'échantillon, 82 % des usagers bénéficient d'un suivi thérapeutique sous forme de consultations et d'entretiens psychothérapeutiques (69 %) ou de participation à des activités psycho-éducatives en hôpital de jour, deux à trois fois par semaine (13 % des cas). Les consultations et entretiens se distribuent en deux groupes d'inégale importance et de signification différente. En moyenne 41 % des usagers ont un suivi assez fréquent alors que pour 28 % des cas, il apparaît plus léger et assez souvent lié à l'administration d'une chimiothérapie. Celle-ci est pratiquée systématiquement pour tous les usagers.

Les cas de suivi irrégulier ou nul représentent 13 % de l'ensemble, mais ils se situent essentiellement dans le cadre de l'association "professionnels" où, comme nous l'avons vu au point précédent, plus de 40 % des usagers exercent une activité professionnelle, signe d'une prégnance moindre des pathologies.

5.3 - Evolution et devenir des usagers

Lieux ouverts et vivants reliés à des équipes qui poursuivent le traitement soignant des usagers, l'ambition des appartements associatifs apparaît bien largement dépasser de simples perspectives d'hébergement d'une population chronicisée. Il y a alors tout lieu de penser que la population accueillie dans le cadre des pratiques ainsi instituées évolue favorablement.

Nous vérifierons et cernerons ici la réalité de cette évolution en cherchant à préciser les contours des divers plans en question : les sujets deviennent-ils plus autonomes ? Observe-t-on une amélioration de leur santé psychique, de leurs situations relationnelles ? Font-ils des acquisitions en termes de formation et initient-ils une expérience du monde du travail ? Enfin, les sujets sortent-ils du cadre de ces expériences pour mener une vie autonome ?

5.31 - Evolution sur le plan de l'autonomie et de la pathologie

Sur le plan de l'autonomie et de la pathologie, nous avons, pour chacun des sujets de l'échantillon et en prenant comme référence son état à l'entrée dans l'appartement, enregistré les améliorations, stabilisations ou régressions observées par les équipes.

L'autonomie recouvre, ici, l'autonomie domestique, l'autonomie de gestion et la capacité à assumer une vie indépendante sans trop d'angoisse. Un progrès sur l'une de ces trois dimensions a été considéré comme constituant une amélioration, un recul, une régression, un maintien sur les trois dimensions, une stabilisation.

En ce qui concerne la pathologie, c'est l'appréciation globale des équipes, concernant les manifestations pathologiques des usagers, qui nous a directement guidés. Voici la distribution des évaluations recueillies auprès des équipes :

**TABLEAU 29 - EVALUATION PAR LES EQUIPES DE L'EVOLUTION
DE L'AUTONOMIE ET DE LA PATHOLOGIE DES USAGERS**

Associations	AUTONOMIE				PATHOLOGIE			
	Amélior.	Stabilis.	Régres.	Total	Amélior.	Stabilis.	Régres.	Difficile à évaluer
"Secteur"	51% (30)	36 % (21)	13 % (8)	59	37% (22)	49 % (29)	13 % (8)	0
"Usagers"	33% (18)	51 % (28)	17 % (9)	55	27% (15)	56 % (31)	17 % (9)	0
"Professionnels"	63% (24)	11 % (4)	26% (10)	38	39% (15)	29 % (11)	26% (10)	5 % (2)
"Centre de psychothérapie"	60 % (9)	27 % (4)	13 % (2)	15	13 % (2)	67 % (10)	13 % (2)	7 % (1)
Ensemble	49% (81)	34 % (57)	17% (29)	167	32% (54)	49 % (81)	17% (29)	2 % (3)

En moyenne, pour l'ensemble des associations, les améliorations apparaissent environ 3 fois plus fréquentes que les régressions sur le plan de l'autonomie, 2 fois plus fréquentes sur le plan de la pathologie. La capacité à assumer une vie indépendante se trouvant affectée par une recrudescence des troubles, les régressions sur les deux plans se manifestent conjointement ; elles concernent 17 % des cas.

Ce sont donc les stabilisations et les améliorations qui constituent les appréciations les plus largement dominantes, les premières étant, par ailleurs, plus fréquentes sur le plan de la pathologie (49 % contre 32 %), les secondes sur le plan de l'autonomie (49 % contre 34 %).

Les différences entre associations semblent ici surtout recouvrir leurs modes d'utilisation de la catégorie intermédiaire (recours fréquent pour l'association "Usagers" ; recours faible pour l'association "professionnels"). Mais dans tous les cas le rapport du nombre d'améliorations sur le nombre de stabilisations est plus élevé au niveau de l'autonomie.

5.32 - Gains en termes de formation, d'insertion professionnelle et de relations sociales

Les usagers sont nombreux également à améliorer leurs relations sociales. Par contre, ils éprouvent nettement plus de difficultés à engager une formation ou à s'insérer professionnellement, comme cela apparaît dans le tableau ci-après.

TABLEAU 30 - REPARTITION DES USAGERS AYANT ENREGISTRE DES GAINS EN TERMES DE FORMATION, D'INSERTION PROFESSIONNELLE ET DE RELATIONS SOCIALES

Associations	Nouvelles acquisitions scolaires	Nouvelles formations professionnelles	Nouvelles insertions professionnelles	Amélioration des relations sociales	Total
"Secteur"	8 % (5)	3 % (2)	5 % (3)	41 % (24)	59
"Usagers"	13 % (7)	9 % (5)	9 % (5)	31 % (17)	55
"Professionnels"	0	5 % (2)	13 % (5)	55 % (21)	38
"Centre de psychothérapie"	33 % (5)	20 % (3)	13 % (2)	40 % (6)	15
Ensemble	10 % (17)	7 % (12)	9 % (15)	41 % (68)	167

Dans toutes les expériences, on observe bien la tendance à l'insertion sociale même si celle-ci se manifeste surtout dans le domaine relationnel avec 41 % des sujets qui améliorent leur situation sur ce plan. Au niveau du travail, les résultats demeurent très modestes (9 % de nouvelles insertions), mais sans doute intéressants si l'on prend en considération le poids des problèmes de la population et les limites actuelles du marché de l'emploi.

5.33 - La transitionnalité des expériences : durées de séjour et orientations des usagers

Nous avons vu qu'au centre des débats portant sur la nature des structures intermédiaires se situait la question de leur transitionnalité. Ce caractère de transitionnalité nous est apparu, par ailleurs, relativement peu valorisé au niveau des discours de légitimation des appartements thérapeutiques de type associatif, alors même qu'il se manifeste clairement dans les limites des durées de séjour fixées aux usagers au moment des admissions.

Il restait donc à examiner ici comment la "transition" se concrétise effectivement, dans le cadre des expériences de ces micro-structures, en examinant les durées de séjour et les orientations.

**TABEAU 31 - REPARTITION DES USAGERS DES DIVERS TYPES D'ASSOCIATIONS
EN FONCTION DE LEURS ORIENTATIONS ET DUREE MOYENNE
DE LEURS SEJOURS DANS LES APPARTEMENTS**

Associations		Présents	Hospitali.	Décès	Sortis domicile parent	Sortis foyers	Sortis domicile personnel	Total
"Secteur"	Nombre	49 % (29)	14 % (8)	2 % (1)	8 % (5)	5 % (3)	22 % (13)	59
	Durées moyennes des séjours	19,5 mois	4,5 mois	5 mois	6 mois	17 mois	12 mois	
"Usagers"	Nombre	42 % (23)	20 % (11)	4 % (2)	4 % (2)	9 % (5)	22 % (12)	55
	Durées moyennes des séjours	12 mois	3 mois	6,5 mois	6,5 mois	8 mois	16 mois	
"Professionnels"	Nombre	21 % (8)	8 % (3)	0	5 % (2)	8 % (3)	58 % (22)	38
	Durées moyennes des séjours	14,5 mois	8 mois		4 mois	6 mois	11 mois	
"Centre de psychothérapie"	Nombre	0	20 % (3)	0	20 % (3)	7 % (1)	53 % (8)	15
	Durées moyennes des séjours		1 mois		7 mois	1 mois	6 mois	
Ensemble	Nombre	36 % (60)	15 % (25)	2 % (3)	7 % (12)	7 % (12)	33 % (55)	167
	Durées moyennes des séjours	16 mois	4 mois	6 mois	6 mois	10 mois	12 mois	

Il apparaît que près de la moitié des usagers de l'échantillon ont quitté le cadre des expériences pour s'installer dans un logement personnel (33 %) mais aussi pour rejoindre le domicile parental (7 %) ou une autre structure d'accueil de type foyer (7 %) après une durée moyenne de séjour relativement courte (11 - 6 et 10 mois respectivement pour chacune des orientations indiquées). Une large majorité (2/3) des autres usagers poursuivent leur séjour, celui-ci atteignant en moyenne 16 mois, au moment du déroulement de l'enquête, une autre fraction non-négligeable (15 %) ayant été hospitalisée au bout de quelques mois (4) en moyenne. Enfin, on enregistre trois décès (2 crises cardiaques, une tumeur maligne).

Les orientations de type domicile personnel apparaissent plus fréquentes au niveau des associations "centre de psychothérapie" (53 %), "professionnels" (58 %) qu'au niveau des associations "secteur" et "usagers" (22 % dans les deux cas). Les données concernant ces deux dernières associations sont semblables en termes d'orientation mais les durées de séjours des présents et des sortis en domicile personnel diffèrent sensiblement : les usagers sortent

probablement moins des appartements du secteur, en cas de prolongation du séjour, que ceux des associations "usagers" (durée de séjour des présents "secteur" : 19,5 mois ; durée de séjour des présents "usagers" : 12 mois).

Les sorties de type "foyer" concernent dans chaque groupe d'associations une petite proportion d'usagers (de 5 à 9 %), comme les sorties de type "domicile parents", exception faite pour celles-ci de l'association "centre de psychothérapie" où, liées sans doute à la fréquence élevée de sujets jeunes, elles représentent 20 % des entrées.

Pour résumer la transitionnalité des structures nous utiliserons les coefficients suivants :

- coefficient de rotation (Co Ro) = $\frac{\text{Nb total d'entrées pour X années}}{\text{Nb total des structures} \times X}$

- Coefficient d'erreurs d'orientation ou de prise de risque (Co (Er. his) = $\frac{\text{Nb total de réhospitalisations}}{\text{Nb total d'entrées}}$

(Nous considérons, ici, que les rehospitalisations à la suite de séjours très brefs en moyenne proviennent d'une erreur d'orientation concernant l'opportunité de l'admission des usagers en cause, ou d'une prise de risque visant à débloquer une situation chronicisée ou une problématique difficile).

- Coefficient de transition "Familles" (Co Fa.) = $\frac{\text{Nb total de sorties du type domicile parents}}{(\text{Nombre total d'usagers dont la durée de séjour est supérieure à 1 an} + \text{nombre total de sorties}) - (\text{Nombre de réhospitalisations} + \text{Nombre de décès})} = (D) (1).$

(1) L'utilisation de ce dénominateur permet de prendre en compte la durée de séjour.

- Coefficient de transition "Filières" (Co Fi.) =
$$\frac{\text{Nb total de sorties du type foyers}}{(D)}$$
- Coefficient de transition "Domicile personnel" (Co Doper) =
$$\frac{\text{Nb total de sorties en domicile personnel}}{(D)}$$
- Coefficient de transition (Co Tran.) =
$$(\text{Co-Fa}) + \text{Co-Fi}) + (\text{Co-doper})$$
- Coefficient de prolongation de séjour (Co Prol.) = $1 - \text{Co Tran}$

Voici les résultats obtenus :

TABLEAU 32 - LES COEFFICIENTS DE TRANSITIONNALITE DES DIVERS TYPES D'ASSOCIATIONS

Associations	Co. Ro sur 1 an	Co Er Ris	Co Prol	Co Fa	Co Fi	Co Doper	Co Tran
"Secteur"	0.4	0.14	0.51	0.12	0.07	0.30	0.49
"Usagers"	0.6	0.20	0.36	0.16	0.09	0.40	0.64
"Professionnels"	0.95	0.08	0.18	0.06	0.09	0.67	0.82
"Centre de psychothérapie"	1.9	0.20	0	0.25	0.08	0.67	1
Ensemble	0.72	0.15	0.32	0.13	0.08	0.47	0.68

La transitionnalité pour l'ensemble des structures apparaît très forte (0.68) et essentiellement composée de sorties de type domicile personnel (0.47). La rotation porte sur les 3/4 des places environ (0.72). Près d'un tiers des sujets, cependant, prolongent leur séjour au-delà d'une durée d'un an.

Selon les groupes, le coefficient de transition varie sensiblement, passant de 0.49 pour les expériences du secteur à 1 pour l'association "Centre de psychothérapie", ce qui, au-delà de l'évaluation globalement positive de la transitionnalité des appartements thérapeutiques de type associatif, conduit à s'interroger sur le sens des différences observées.

V.34 - La transitionnalité des expériences en fonction des variables caractéristiques des usagers et de leur séjour

La transitionnalité des expériences peut être considérée comme résultant de variables caractéristiques des usagers, de variables institutionnelles et de variables environnementales formant une structure complexe avec effets d'interaction dont l'analyse dépasserait largement le cadre de cette étude.

Nous nous limiterons, ici, à récapituler les distributions des fréquences attachées aux modalités principales des variables concernant les usagers et leur séjour, de manière à fournir une vision synthétique des données. Toutefois, pour nourrir la réflexion sur la transitionnalité des structures, nous avons établi aussi ces distributions pour deux groupes très contrastés : le groupe des usagers sortis en domicile personnel (55) et le groupe des réhospitalisés (25).

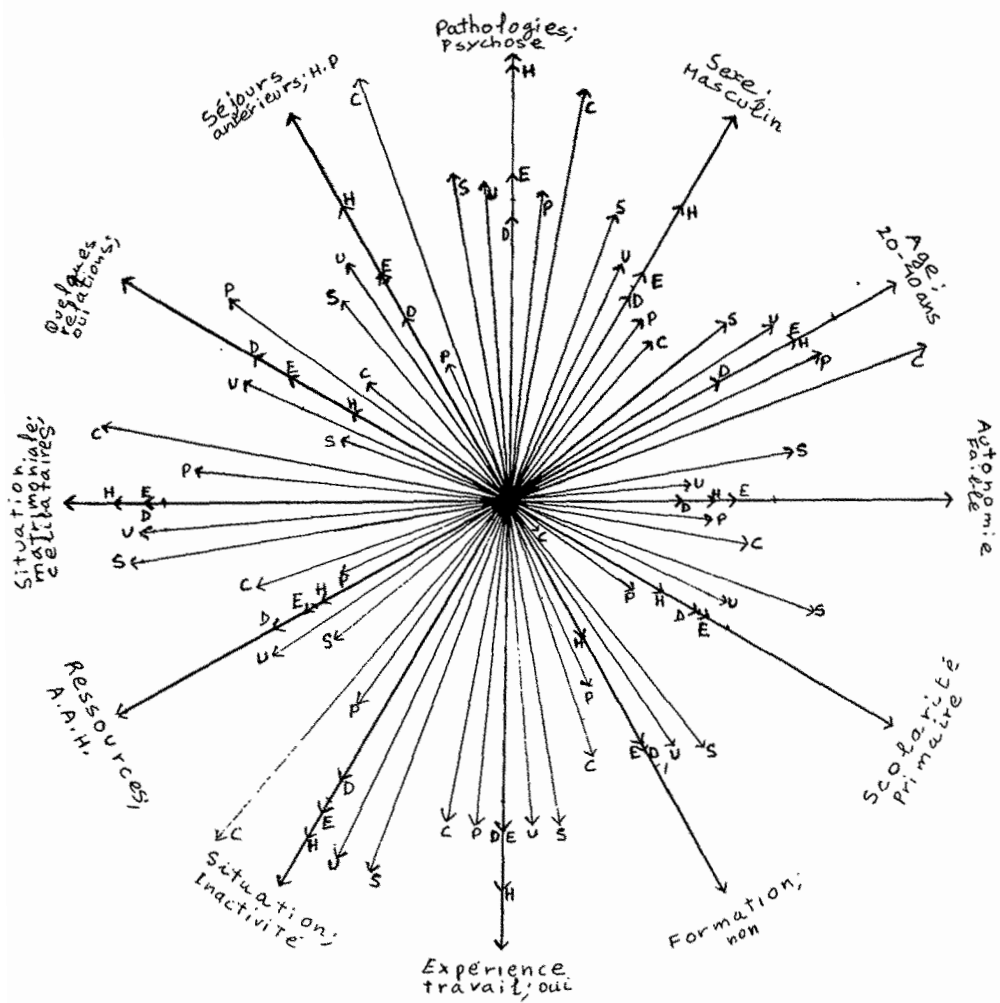
Les fréquences obtenues ont été pondérées pour ces deux groupes en prenant en compte le poids des structures dans leur composition de manière à pouvoir les comparer aux fréquences correspondantes calculées pour les autres usagers.

Le schéma 1 regroupe les 11 variables concernant les usagers, le schéma 2 les 7 variables concernant leur séjour dans les appartements.

Les dominantes principales des caractéristiques des usagers des appartements apparaissent clairement au travers d'une lecture du premier schéma. La psychose, la tranche d'âge 20-40 ans, l'inactivité, le célibat, constituent respectivement les modalités les plus largement représentées des variables "pathologie", "âge", "situation professionnelle" et "situation matrimoniale".

Les sujets apparaissent par ailleurs, sur chacune des variables concernées ci-après, majoritairement masculins, en provenance de l'hôpital psychiatrique, de niveau scolaire primaire sans formation ou qualification professionnelle, bénéficiaires de l'allocation aux adultes handicapés.

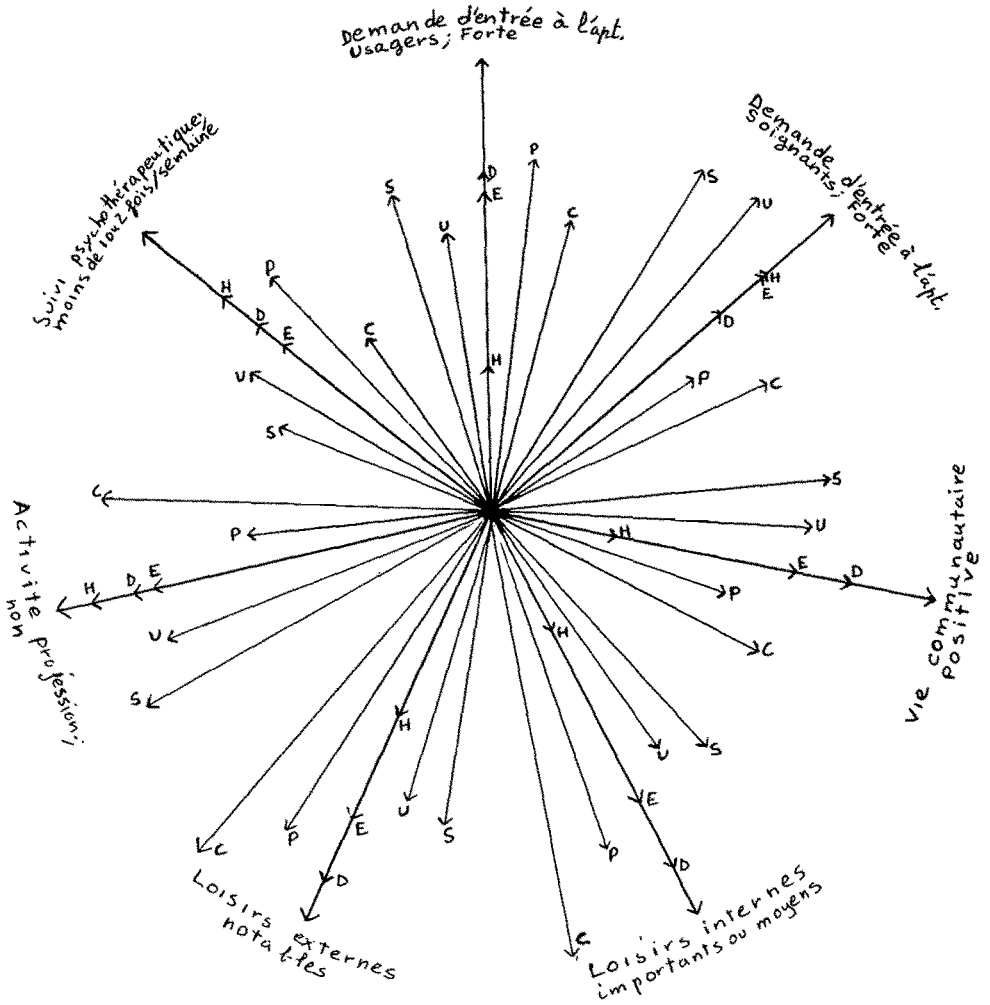
1 - REPRESENTATION DES FREQUENCES DES PRINCIPALES MODALITES DES VARIABLES CONCERNANT LES USAGERS



E : ensemble des usagers ; D : usagers sortis en domicile personnel ;
 H : usagers réhospitalisés ; S : usagers "secteur" ; U : usagers "usagers" ;
 P : usagers "professionnels" ; C : usagers "centre de psychothérapie".

Pour chaque variable le longueur de la flèche est proportionnelle à la modalité principale indiquée, par exemple la psychose pour la variable pathologie, le sexe masculin pour le sexe, etc... - Echelle 8cm = 100 %.

2 - REPRÉSENTATION DES FREQUENCES DES PRINCIPALES MODALITES DES VARIABLES CARACTERISTIQUES DES ENTREES ET DES SEJOURS DES USAGERS EN APPARTEMENT



E : ensemble des usagers ; D : usagers sortis en domicile personnel ;
 H : usagers réhospitalisés ; S : usagers "secteur" ; U : usagers "usagers" ;
 P : usagers "professionnels" ; C : usagers "centre de psychothérapie".

Même lecture que pour le schéma 1 page précédente.

S'ils ont, enfin, généralement eu une expérience du monde du travail, s'ils parviennent à nouer quelques relations sociales, ils éprouvent de très grandes difficultés à se maintenir dans les réseaux d'insertion.

Par rapport à l'ensemble des usagers et plus encore par rapport à ceux d'entre-eux qui transitent vers des domiciles personnels, le groupe des réhospitalisés semble surtout se différencier au niveau des variables "pathologies", "séjours antérieurs", "formation", "sexe" et "relations sociales" dont les modalités "psychose", "hôpital psychiatrique", "formation; oui", "sexe masculin" et "relations sociales;non" semblent surreprésentées. Ces sujets tendent par ailleurs à avoir plus souvent eu une expérience du monde du travail, une pension d'invalidité plutôt qu'une A.A.H., une scolarité moins souvent de niveau primaire.

C'est donc, semble-t-il, pour les réhospitalisés, la maladie mentale qui joue un rôle décisif dans le relatif échec de leur insertion en appartement. Tout pourrait, peut-être, se passer comme si, pour une partie de ces sujets, les chances de réinsertion avaient été surévaluées par les équipes soignantes, précisément en raison de leur profil de compétence professionnelle plus favorable. DUyme et coll. (1) ont récemment montré que les chances de réadaptation sont davantage à corrélérer avec les acquis sociaux (diplôme, formation, expérience) qu'avec la gravité de la pathologie. C'est probablement une représentation du problème en ces termes, généralement correcte, qui se traduit peut être aussi dans certains cas par une sous-estimation de l'activité de la pathologie, poussant dès lors à faire sortir les usagers trop précocement des structures de soins. On observe ainsi (cf. schéma 2) que les usagers en question sont très fréquemment peu demandeurs vis-à-vis d'une entrée en appartement et s'y retrouvent donc essentiellement en raison des demandes fortes des équipes soignantes. Mais ces sujets, en fait, ne semblent pas en mesure de bénéficier des structures (fortes fréquences de loisirs faible et d'apports négatifs de la vie communautaire). Peu suivis sur le plan thérapeutique, leur état régresse et ils font finalement l'objet d'une réhospitalisation.

(1) DUyme (M.), BARBEAU (J.), JOLIVET (B.), DUMARET (A.)

Maladie mentale travail et société .- Paris : Publications du C.T.N.E.R.H.I., 1987, 125 pp.

Le groupe des usagers pour lesquels le séjour en appartement thérapeutique de type associatif débouche sur une sortie en logement autonome, semble par contre se différencier assez peu du groupe des autres usagers (à l'exclusion des hospitalisés). Les fréquences caractéristiques des modalités des variables qui semblent réduire les chances d'insertion y apparaissent un peu moins élevées (un peu moins de psychoses, un peu moins de séjour antérieurs en H.P., un peu moins de sujets masculins; un peu moins de niveaux de scolarité primaires, etc...). Aucune de ces différences n'est en elle-même significative mais l'ensemble laisse penser qu'il s'agit de sujets globalement en peu moins "handicapés" que les autres, ceci paraissant se confirmer sur la variable autonomie. Il s'agit aussi d'usagers plus âgés en moyenne.

A partir de là, la dynamique enclenchée par le séjour en appartement semble potentialiser davantage leurs capacités globales d'insertion que celles des autres usagers. La vie communautaire et les loisirs internes, particulièrement, apparaissent plus positifs pour ces sujets. Ce sont eux aussi qui se voient le plus fréquemment attribuer par des équipes des améliorations en termes d'autonomie et d'état pathologique et qui font un peu plus souvent des acquisitions.

Peut-être parce que ces usagers étaient sans doute plus à même de jouer un rôle de leader, d'organisateur de la vie de groupe dans les appartements ou lors des rencontres communautaires, ceci constituant un facteur favorable d'évolution.

Les caractéristiques des usagers peuvent ainsi permettre de comprendre en partie les itinéraires de réhospitalisation ou de sortie en domicile personnel. Dans le premier cas les sujets présentent en moyenne davantage de signes de la série pathologie et de la série formation (ce qui pourrait bien induire, comme nous l'avons suggéré, une sous-évaluation des premiers ou tout simplement une prise de risque calculée). Dans le second cas les sujets ne se différencient pas nettement des autres sur chacune des diverses variables, mais toujours dans un sens qui globalement les fait apparaître un peu moins "handicapés", ce qui semble jouer dans le fait que leurs modes d'entrée, leurs séjours puis leurs itinéraires se différencient déjà donc, peut-on supposer, en interaction avec des variables institutionnelles et environnementales. Ainsi aussi est produite la transitionnalité différentielle observée dans nos groupes d'associations.

On peut penser que les variations des coefficients de transition établis selon les structures renvoient fortement aux variations des caractéristiques des usagers qui y sont admis. Nous nous intéresserons donc, ici, au potentiel explicatif de ces dernières en les mettant en rapport avec l'ordre transitionnel des associations.

L'ordre des associations en matière de transitionnalité vers les milieux ordinaires apparaît clairement être le suivant :

- 1) association "Centre de psychothérapie" (Co-Tran = 1 ; Co-Doper = 0,67) ;
- 2) association "Professionnels" (Co-Tran = 0,82 ; Co-Doper = 0,67) ;
- 3) associations "Usagers" (Co-Tran = 0,64 ; Co-Doper = 0,40) ;
- 4) associations "Secteur" (Co-Tran = 0,49 ; Co-Doper = 0,30).

Le schéma 1 fait apparaître que cet ordre peut s'expliquer en grande partie pour trois types d'associations par les caractéristiques des usagers qui y sont admis. Les usagers de "P" proviennent moins que ceux de "S" et de "U" des hôpitaux psychiatriques, ils sont nettement moins souvent en situation d'inactivité, etc... (sur les 11 variables, "P" vient en tête au pôle favorable 9 fois). Les usagers de "U" et de "S" se différencient relativement peu mais ceux de "S" apparaissent dans l'ensemble un peu plus "handicapés" notamment pour l'autonomie quotidienne, la scolarité, et les relations sociales.

Reste le cas de l'association "C". Ici le groupe des usagers se différencie des autres par un niveau de scolarité nettement plus élevé en moyenne et par une fréquence un peu plus forte de sujets de sexe féminin, ce qui joue, semble-t-il, dans un sens légèrement favorable en termes de transitionnalité. A l'opposé, chez ces sujets plus jeunes en moyenne, on relève le poids accentué de la pathologie et une grande similitude entre leurs caractéristiques et celles des usagers des associations "Secteur" sur les plans de l'autonomie, des relations sociales et de l'expérience du monde du travail. Nous ne pouvons donc ni établir, qu'ils semblent disposer de meilleures chances d'insertion, ni, du coup, rendre compte du 1er rang de transitionnalité de l'association "C" par les seules variables "Usagers".

Ceci pose la question de la transitionnalité des expériences en fonction des variables structurelles et environnementales, variables que nous ne pouvons envisager de contrôler ici, compte tenu de la diversité des expériences et des situations. En nous référant, toutefois, aux descriptions fournies dans les

chapitres antérieurs à propos de l'implantation des appartements, des conceptions des expériences et leur mode de fonctionnement et d'encadrement nous formulerons quelques remarques à cet égard.

La transition, les variables environnementales et les variables institutionnelles

Deux variables environnementales retiendront, tout d'abord, ici notre attention : l'ouverture du marché local du logement à des expériences sociales et la zone urbaine d'implantation de l'appartement. Elles jouent, bien entendu, un rôle modeste dans la définition d'un environnement car celle-ci implique la mise en jeu d'une série de dimensions complexes culturelles, historiques, régionales, économiques, etc... Mais elles permettent de mettre en évidence le rôle de ce type de variables en interaction avec les variables institutionnelles au niveau du processus de transition.

De même que l'ouverture du marché local du logement à des expériences sociales retarde ou au contraire favorise la mise en place des expériences (cf. chap. VI), de même influence-t-il, probablement, la sortie des appartements en rendant plus ou moins difficile l'obtention des logements pour les usagers. Si l'on met en rapport l'importance des difficultés signalées par les associations au niveau des régies immobilières publiques ou privées au moment de la création de leurs structures, et les coefficients de transition qui les caractérisent respectivement, la relation apparaît toutefois assez complexe dans la mesure où elle ne s'oriente pas systématiquement dans le même sens, ce qui témoigne semble-t-il de l'interaction de cette variable avec les variables institutionnelles, interaction qui se manifeste très précocement d'ailleurs car le travail des équipes n'est pas d'emblée sans influencer le degré d'ouverture sociale des promoteurs du logement.

On peut ainsi relever une mise en place rapide des expériences "C" et "p" (1er et 2ème rang de transitionnalité). Au niveau des associations "S" si l'on établit les coefficients de transition correspondant aux sept associations concernées, on observe qu'ils tendent à apparaître moins élevés là où les équipes ont signalé des difficultés d'ouverture plus importantes (essentiellement en région parisienne), même si ceci n'est pas constant. Par contre, le même type d'analyse sur les associations "U" ne vérifie pas cette correspondance. Ce qui apparaît nettement dans ce dernier cas, en fait, c'est

que l'association confrontée à un marché du logement saturé de demandes contre balance le poids négatif de cette variable par une mobilisation forte de son énergie sur ce point. Ceci est capital, aussi, pour bien comprendre, semble-t-il, les cas "C" et "P". Au niveau de l'association "C", l'assistante thérapeutique responsable de l'appartement peut intervenir autant que nécessaire sur le plan considéré. Au niveau de l'association "P", les efforts de l'équipe se concentrent beaucoup sur la recherche de studios puisque ceux-ci demeurent ensuite occupés à titre personnel par les usagers. Comme nous l'avons déjà souligné (Cf. chap. IV) l'association, ici, perd et remonte continuellement sa structure (20 studios).

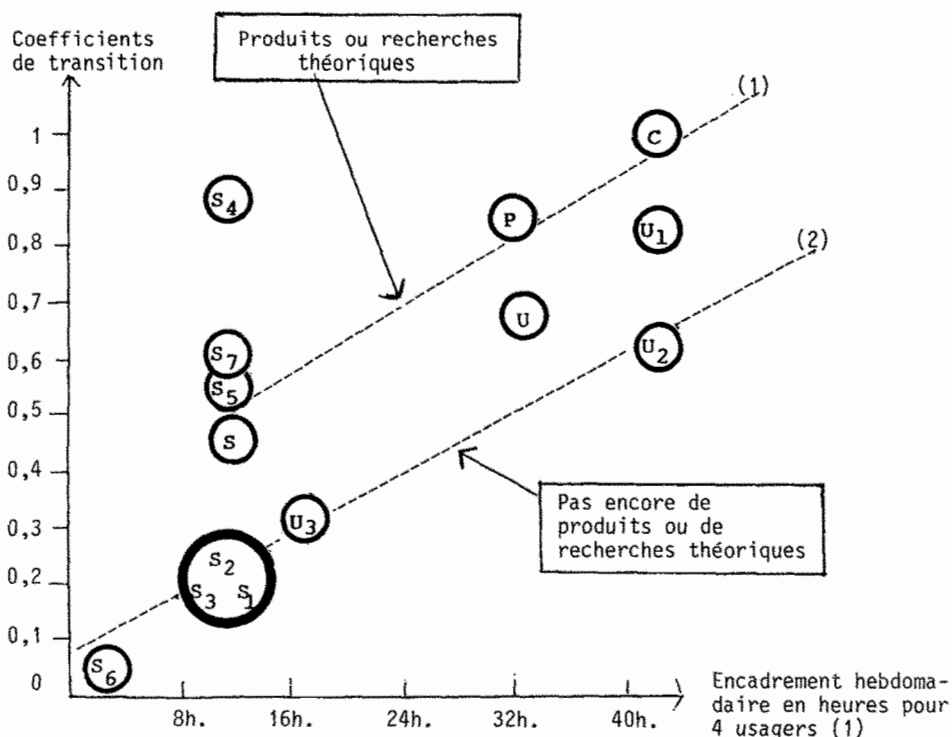
Nous avons caractérisé la zone urbaine d'implantation en fonction de ses caractéristiques spatiales et sociales, d'ailleurs généralement liées. Rappelons que le plus souvent les appartements, de type H.L.M. se trouvent installés dans des zones périphériques avec un environnement de faible niveau socio-économique où se manifestent parfois des phénomènes de délinquance et de toxicomanie, mais que le centre ville constitue aussi une zone d'implantation possible avec une population de niveau socio-économique plus élevé (classes moyennes généralement) (cas de "P" et de certains appartements de "U" et de "S"). Rappelons aussi que dans un cas comme dans l'autre, l'implantation n'a pas produit de réactions d'hostilité déclarée. Tout au plus relève-t-on, mais ceci à son importance, un faible risque de squattérisation des appartements des zones périphériques de la part de "jeunes en galère", ce qui introduit peut-être l'hypothèse d'une mise en relation avec l'environnement plus effective dans ce cas, même si elle ne va pas naturellement sans poser de problèmes.

Ce qui revient cependant le plus souvent dans les discours des responsables des appartements, c'est l'absence de relations avec l'environnement social immédiat, pour tous les types d'implantation. Cette variable interviendrait donc très faiblement sur les processus transitionnels. Nos données ne nous permettent pas de tester cette idée avec la rigueur nécessaire mais quelques éléments viennent l'alimenter. Il apparaît, par exemple que la transitionnalité des diverses expériences du secteur (assez proches les unes des autres et donc relativement comparables) ne semble pas affectée par le type d'implantation des appartements. Ceci suggère que les variables "usagers" et les variables "institutionnelles" sont beaucoup plus actives. Ces dernières, en particulier, permettent peut-être de comprendre que l'expérience

"C" aie pu s'implanter et se maintenir dans un environnement de faible niveau socio-économique avec des "loubards", et venir s'inscrire au 1er rang de la transitionnalité.

Les variables "institutionnelles" apparaissent particulièrement importantes pour comprendre la transitionnalité des structures. Nous avons examiné dans les parties antérieures les conceptions et les pratiques mises en place pour chacun des types d'association et relevé, d'une part, une première ligne de partage fondée sur la notion de théorisation, d'autre part, une seconde ligne de partage plus concrète et plus claire liée à l'importance de l'encadrement des formules.

Si l'on distribue les associations en fonction de leur taux d'encadrement hebdomadaire exprimé en heures pour 4 usagers et de leurs coefficients de transition respectifs, on obtient le graphique suivant :



(1) Taux d'encadrement = $\frac{\text{Nb d'heures de travail hebdomadaire cumulées des professionnels d'une structure}}{\text{Nb de places}} \times 4$

Deux fonctions affines (1) permettent de constituer d'assez bonnes approximations des deux alignements de points obtenus dans l'espace à deux dimensions. En d'autres termes, le coefficient de transition d'une structure semble proportionnel à son taux d'encadrement et en rapport avec une valeur paramétrique qui se présente ici approximativement sous la forme d'une constante à deux niveaux. Or, le niveau le plus bas est attaché aux structures où on ne relève pas encore de produits ou de recherches théoriques, alors que le niveau le plus haut correspond à des structures marquées par un travail de théorisation. Ce travail, plus ou moins directement ancré dans les pratiques proprement dites, semble ainsi relié à l'observation d'une transitionnalité plus importante.

Cependant, le nombre d'usagers sortis est trop faible pour affirmer ces liaisons en contrôlant les autres variables. A titre indicatif, signalons toutefois que sur la ligne 1, les expériences ne se différencient pas du point de vue des usagers ce qui semble alimenter l'hypothèse de l'intervention du taux d'encadrement. Par contre, les usagers des expériences qui se situent sur la ligne 2 semblent dans l'ensemble avoir un profil plus défavorable à la transition que ceux de la ligne 1, ce qui introduit une hypothèse concurrente à celle de l'impact de la théorisation. A taux d'encadrement professionnel similaire, par exemple, trois expériences secteur marquées par un travail de théorisation obtiennent des coefficients de transition plus élevés que les autres, mais pour deux d'entre-elles les usagers, très majoritairement, ne proviennent pas de l'H.P. ce qui réduit la portée de leur transitionnalité. Reste donc la troisième expérience pour maintenir l'hypothèse du rôle que peut jouer un travail théorique dans l'amélioration d'une efficacité transitionnelle positive des formules, hypothèse que suggèrent aussi les résultats des expériences "P", "U" et "C" mais en interférence, cependant, avec les variables usagers.

(1) $f_1(x) = 1,1x + 0,5$; $f_2(x) = 1,1x + 4$ (l'unité sur l'axe des x correspondant à un taux d'encadrement de 8 h. pour 4 usagers, l'unité sur l'axe des y correspondant à un coefficient de transition de 0,1).

Tout ceci demanderait donc à être vérifié (ou infirmé) et approfondi sur une population de sorties nettement plus nombreuses que celles considérées ici et en prenant le recul nécessaire à la reconstitution de toute une série d'itinéraires significatifs.

SIXIEME PARTIE

EVOLUTION DES REPRESENTATIONS DES APPARTEMENTS

Dans ce chapitre, nous essaierons de rendre compte de l'évolution des représentations ou plus simplement, si l'on préfère, des conceptions des appartements en tant que modalités de traduction privilégiée du repositionnement des acteurs, en quelque sorte à l'épreuve de la réalité. Pour ce faire, nous restituerons de manière synthétique les contenus des réponses apportées par les responsables des appartements à nos questions concernant leurs perceptions et analyses éventuelles des écarts entre les projets et les réalisations ainsi que les enseignements qu'ils en ont dégagés. Complémentairement, il sera aussi question ici, de ce que nous avons pu entendre au cours des entretiens en rapport avec le degré de mobilisation des acteurs et la satisfaction de leurs attentes.

Comment donc les responsables des appartements réajustent-ils les conceptions de leurs pratiques, pour prendre en compte les écarts mentionnés ? Modifient-ils les objectifs de départ et/ou leurs méthodes de travail ? Quels chemins nouveaux envisagent-ils de pratiquer ? Tout ceci, non seulement peut-être en fonction de la rationalité de leurs démarches, mais aussi de leurs composantes plus ou moins voilées, des parts de rêves perdus et des enjeux de pouvoirs et de territoires.

Dans le même mouvement, nous chercherons à repérer ce que les évolutions éventuelles des conceptions des appartements, confirment ou infirment des discours de légitimation émis au stade des projets, tels que nous les avons déjà analysés. Nous avons vu que ces discours supportaient les micro-structures considérées dans leurs dimensions de substitution partielle de l'hôpital psychiatrique ou/et dans leur visée d'insertion sociale des usagers. Cette visée, où se loge à proprement parler l'utopie de la fin de l'asile, est-elle toujours présente, est-elle moins ambiguë dans les discours des acteurs quelques années après la mise en oeuvre de leurs projets ? Ou, au contraire, a-t-elle disparu ?

En d'autres termes, et en complément de la description des pratiques proposées dans les chapitres antérieurs, quelle évolution potentielle des micro-structures indique déjà l'évolution de leurs représentations.

6.1 - De l'insertion des appartements thérapeutiques de type associatif à la quête de l'extérieur

Ce n'est pas sans une certaine appréhension que les acteurs ont ouvert leurs appartements dans les cités normales avec des patients plus ou moins stabilisés. Mais de ce point de vue les quelques années de fonctionnement ont apporté une réassurance très grande car l'insertion des appartements n'a généralement pas posé de problèmes. A l'heure actuelle, les inquiétudes semblent totalement dissipées à cet égard, du moins si l'on en juge à partir des expériences de notre échantillon, tous nos interlocuteurs nous ayant fait part de leur tranquillité d'esprit. Cela concorde avec les constats effectués dans diverses publications et, en particulier, dans le cadre d'une étude commanditée par la S.C.I.C. (1) sur les logements dont-elle est propriétaire, qui fonctionnent comme appartements thérapeutiques de type associatif et qui met bien en évidence la facilité de leur insertion en milieu normal d'habitat. Curieusement, en fait, c'est l'environnement humain extérieur qui semble plutôt poser problème dans un certain nombre de cas. La plupart des équipes qui recourent au relogement dans le secteur H.L.M. ou équivalent, redoutent, dans les zones parfois difficiles du fait de l'existence de phénomènes de délinquance ou de toxicomanie locales, des tentatives d'invasion possibles, voire des risques de squattérisation. Et ceci les conduit à une certaine vigilance pour éviter que les appartements ne deviennent les pôles d'attraction de la "folie" ou de l'inadaptation environnante. Dans le cas de nouveaux projets, une attention plus aiguë semblerait dorénavant devoir être portée aux zones d'implantation.

Mais c'est toutefois l'image d'un extérieur difficile d'accès plutôt que menaçant qui domine très largement, en particulier pour tout ce qui concerne le domaine de l'emploi. Nous avons vu que la proportion des personnes admises dans les appartements qui s'engageaient au cours de leur séjour dans une activité professionnelle demeurait faible, même si elle constitue un résultat intéressant, cela traduisant certainement les difficultés du contexte de crise actuelle, d'une part, et, d'autre part, les répercussions de la pathologie des usagers sur leur degré d'autonomie et leurs capacités professionnelles. Aussi enregistre-t-on aujourd'hui une réduction sensible des exigences des équipes

(1) Société Centrale de la Caisse des Dépôts

concernant l'obligation pour les usagers d'exercer ou de chercher activement un emploi, même à en maintenir le principe.

Au-delà du domaine de l'emploi, les responsables des appartements ont pris conscience aiguë de la force des obstacles qui s'opposent au désenclavement de leurs pratiques, notamment lorsque les relations de celles-ci avec d'autres structures ordinaires ou même spécialisées, sont restées totalement embryonnaires, comme c'est le cas pour une large majorité d'expériences conduites à partir du secteur. Il y a l'obstacle du temps nécessaire pour établir des contacts avec l'environnement social et culturel (centres sociaux, maisons de quartier, association sportives, etc...), temps qui généralement fait défaut. Il y a l'inertie et l'indifférence, voire l'hostilité; de ces milieux vis-à-vis de l'insertion des malades mentaux, celle-ci ne constituant guère, en l'absence d'un travail de sensibilisation, une préoccupation intégrée à leurs projets.

C'est pourquoi aujourd'hui, certaines associations se dotent de nouveaux outils de travail (ex. activités jardin, club d'accueil et d'organisation de sorties ouvert aux usagers de l'appartement, mais aussi à toute personne isolée, en difficulté psychologique ou non, et animé par des bénévoles dans une salle prêtée par la municipalité) ou à susciter la création d'autres associations de relais axées sur des activités de loisirs ou des activités culturelles.

En même temps, dès lors que les sorties des appartements deviennent effectives et nombreuses, se pose la question du suivi des usagers. A l'association "C", ce suivi déborde largement le temps professionnel de l'assistance thérapeutique car les usagers conservent des relations avec leur micro-structure de transition tant qu'ils en éprouvent le besoin et en expriment la demande; le travail avec eux consiste alors à les aider à renforcer leur démarche d'insertion sociale tout en leur facilitant une certaine symbolisation de leur séparation progressive avec la structure soignante d'origine.

C'est précisément ce travail de suite qui apparaît prendre une place beaucoup plus importante que prévu au niveau de l'association "P" et de deux des associations "U". Celles-ci consacreront, en effet, un quart de temps environ, selon les évaluations faites par les responsables de ces expériences,

à répondre aux demandes des usagers sortis des appartements vers des destinations en milieu ordinaire, mais dont la fragilité de l'insertion implique encore un soutien plus ou moins actif et, en tout cas, une disponibilité très grande de la part des intervenants. C'est tout le problème de l'organisation et de la reconnaissance du travail de suite qui est ainsi posé.

En définitive, la quête de l'extérieur et les difficultés d'insertion ont amené ou amènent les acteurs à élaborer des nouveaux projets pour éviter la chronicisation dans les appartements ou/et consolider la sortie de ces micro-structures et l'insertion des usagers. Complémentairement, elle conduit aussi les équipes à s'interroger sur l'autonomisation des personnes au travers de leur séjour dans les appartements.

6.2 - Limites et voies de l'autonomie des usagers

Dans l'ensemble, il faut observer que les associations ont très peu modifié leurs pratiques d'admission, même si dans certains cas elles ont renforcé leurs exigences sur le plan de l'autonomie des usagers admis, de manière à pouvoir espérer une réussite de leur séjour en appartement. Toutes les équipes font cependant état des difficultés à définir des critères cliniques précis en dehors des contre-indications habituelles (cas de crise, éthylisme et psychopathie) qui ne sont pas, d'ailleurs, sans être transgressées ici ou là comme nous avons pu l'observer dans la partie précédente, ou en dehors des critères d'âge auxquels se réfèrent depuis le début de leurs expériences certaines associations. C'est que l'autonomisation des personnes est conçue comme dépendant peut-être, en fait, davantage de la dynamique créée par l'admission, puis par le séjour en appartement, que de son état pathologique tel qu'il se manifeste dans le cadre institutionnel de l'hôpital.

Que cette dynamique demande du temps et généralement un temps sensiblement plus long que celui prévu dans les projets, constitue, par ailleurs, un constat largement partagé par les diverses équipes rencontrées. Exception faite d'une association "secteur" agréablement surprise par la vitesse relativement rapide de rotations des usagers (mais à vrai dire des limites temporelles précises n'étaient pas fixées au départ), et de deux associations "usagers" dans lesquelles les durées de séjour, si l'on prend en compte les

possibilités de renouvellement, restent relativement indéterminées, les autres associations estiment trop courtes les durées de séjour initialement fixées dans les contrats.

L'objectif de l'autonomisation des personnes soulève aussi la question cruciale de l'encadrement des appartements pour les expériences qui en sont dépourvues. Il est certain, bien sûr, que dans l'esprit des promoteurs des formules, outre les avantages matériels de la conception d'appartements communautaires, la communauté devait précisément assurer un rôle d'encadrement vis-à-vis de ses divers membres. Et d'ailleurs, les équipes ont généralement conservé leurs positions initiales quant au rôle positif de cette conception communautaire des séjours en appartements, du moins pour toutes les expériences engagées dans cette voie. Pas de reflux donc de la valeur accordée à la vie en groupe, d'une part, pour que les usagers se sentent moins seuls, d'autre part, comme support d'apprentissage sur le plan relationnel. Toutefois, des limites semblent être à présent perçues dans un certain nombre de situations, où le fonctionnement communautaire peut laisser à désirer ou aurait en tout état de cause besoin d'un appui plus lourd que celui dont-il bénéficie aujourd'hui.

Au niveau de deux associations "secteur", les équipes responsables réfléchissent à une prise en charge plus importante des personnes au sein même des appartements pour pallier dans certains cas la dimension quelque peu abandonnique des formules. A l'association "P", l'équipe observe que ses visites à domicile prennent actuellement une place beaucoup plus importante que prévu dans le projet initial, ceci en dépit de l'installation d'un local d'accueil dont la nécessité s'est rapidement faite sentir, peu après l'ouverture de la structure, pour répondre à la demande de contact et de relation des usagers (ceux-ci venaient très souvent pour rencontrer les membres de l'équipe dans leurs bureaux-mêmes). Dans l'une des associations "U", la mise en fonctionnement d'un tel local s'intègre déjà dans le projet des responsables, alors que la question des interventions régulières et fréquentes au domicile des usagers avait été prise en compte dès la conception de la structure.

Dans les autres associations, toutefois, la réflexion ne semble pas s'être orientée vers une conception plus lourde des interventions visant l'autonomisation des usagers au travers d'interventions se situant à la fois sur un plan éducatif et soignant.

6.3 - A propos des soins

Nous avons vu que les conditions d'admission et de séjour prévoyaient, en règle générale, l'obligation pour les usagers des appartements de poursuivre leur traitement chimique et psychologique, ces chimiothérapies et psychothérapies étant le plus souvent assumées par les secteurs. Les équipes, dans leur très large majorité, ne reviennent pas sur ce mode d'organisation de la "prise en charge" avec, d'un côté, plutôt ce qui relève de l'éducation à l'autonomie ou de l'accompagnement psychologique et social et de l'autre, ce qui relève à proprement parler d'une perspective de thérapie au sens strict. Même si encore une fois cette distinction est relativement arbitraire et pensée comme telle par les équipes, celles-ci tiennent souvent à bien mettre au clair pour les usagers les fonctions des instances auxquelles ils ont à faire et les rôles des intervenants.

Toutes les équipes rencontrées demeurent favorables aux échanges entre les deux types d'instances - l'instance de l'appartement (pour ne pas dire psychosocio-éducative) et l'instance soignante, même si une certaine confusion persiste quant aux modalités d'organisation et à la nature de ces échanges puisque ceux-ci peuvent être plus ou moins réguliers, plus ou moins informels, plus ou moins obligatoires pour les expériences conduites à partir du secteur comme au niveau de l'association "C", sans parler de celles qui se situent de manière totalement indépendante, en principe, par rapport aux institutions de soins, essayant de régler leurs rapports avec les secteurs selon les usages dont elles ne sont pas seules maîtresses. Ainsi à "P", les responsables de l'association se posent la question de la médicalisation insuffisante, à leur sens, des personnes accueillies en studios, envisageant de passer des conventions sur ce plan avec des services d'intervention à domicile. Pour les autres associations du même type, les liaisons existantes avec les secteurs sont considérées comme devant être maintenues voire élargies ; elles jouent, en général, un rôle important au moment des admissions, des crises éventuelles, des orientations, etc...

La perspective des soins est loin donc d'être évacuée des préoccupations des promoteurs des appartements, même si ceux-ci ne prétendent pas en assumer la prise en charge. Complémentairement, la dimension soignante des séjours en appartements, dans ce qu'ils peuvent avoir de déchronicisant, en regard de la déresponsabilisation en milieu hospitalier, continue presque toujours à être mise en avant.

Mais, dans l'ensemble, l'hôpital ne fait l'objet d'aucune remise en question radicale en ce qui concerne sa fonction de soins, même si des lieux de crise de plus petite dimension sont ici ou là souhaités. Par contre sa fonction d'hébergement, elle, est presque toujours contestée lorsqu'elle s'exerce par défaut de structures ou de micro-structures extérieures.

6.4 - Des discours plus réalistes

Questionnées sur la manière dont elles se situaient au sein des diverses tendances de la psychiatrie, les équipes ont toutes fait état de leur perspective réformatrice, même si parfois des références au mouvement italien apparaissaient dans leurs propos. Leur démarche se présente surtout sous la forme du bon sens, de l'empirisme, du réalisme, de l'organisation concrète du changement, en vue d'améliorer les dispositifs de soin et d'aide aux malades mentaux, au travers certes d'une formule nouvelle mais qu'ils situent souvent dans la "moyenne" de ce qui, actuellement, se fait en psychiatrie.

Pas de visée subversive, au départ, serions-nous tentés de dire, pas de désillusion massive aujourd'hui, puisque les objectifs, s'agissant dans un premier temps, tout au moins, de créer et de maintenir des appartements, sont atteints. Toutefois, comme nous l'avons pointé ci-dessus, les représentations majoraient aujourd'hui les difficultés rencontrées par les formules pour assurer une transition des personnes vers des milieux ordinaires. L'impression qui domine à l'écoute des évolutions des représentations des micro-structures est en effet que leur rôle transitionnel avait fait l'objet d'une trop grande surévaluation et ceci non seulement pour ce qui concerne le devenir des usagers, mais aussi des équipes soignantes, des équipes de professionnels elles-mêmes. Peut-être pour les intervenants du secteur parce que les appartements ne représentent qu'une "fenêtre" appréciable mais de dimensions limitées pour s'évader suffisamment des ancrages institutionnels psychiatriques. Peut-être

pour les autres, parce que l'articulation recherchée du champ psychiatrique et du champ social continue à demeurer problématique. Peut-être enfin aussi, tout simplement, parce que l'insertion sociale du malade mental ne saurait sans doute supprimer magiquement, même si elle y contribue, les malaises de sa folie et les interpellations qui en résultent pour les soignants.

Une autre sur-évaluation, semble-t-il, se rapporte à l'implication des usagers dans les activités des associations. A cet égard, les équipes qui en avaient le projet, semblent actuellement adopter des positions de repli sauf, peut-être, au niveau de deux associations du secteur, l'une d'entre-elles souhaitant à présent introduire des usagers au sein de son Conseil d'administration et l'autre conservant précisément cette pratique encore aujourd'hui. Dans l'ensemble, toutefois, les désirs des patients sont perçus comme étant moins mobilisés que prévu par la mise en place des appartements, toujours en somme très portés par l'impulsion des professionnels.

Ces derniers, par ailleurs, particulièrement dans le cadre du secteur, se sont trouvés confrontés au problème de la gestion financière des formules. Par rapport à cette activité dont ils perçoivent mieux les contours, ils ne se sentent encore ni très préparés ni, à dire vrai, très mobilisés même s'ils en assument la charge de leur mieux. C'est une des raisons pour lesquelles une association dispose d'autant de comités de gestion particuliers que de secteurs existants dans son département d'implantation et qu'une autre souhaiterait diviser la gestion de ses neuf appartements actuels pour que chaque secteur concerné le soit vraiment et assume la partie correspondante de cette fonction.

6.5 - Valorisation de la formule des appartements dans les représentations

Tout ce qui précède tend à accentuer les limites des expériences, mais l'essentiel réside sans doute dans le fait que ces formules, après expérimentation, font l'objet d'une évaluation très positive de la part des équipes promotrices. Celles-ci estiment, en effet, avoir apporté la preuve du rôle indispensable des appartements, essentiellement, comme outils d'insertion sociale, pour faciliter et consolider les sorties des hôpitaux psychiatriques ou pour prévenir les hospitalisations, mais aussi dans certains cas, et ceci

semble constituer une des nouveautés expérimentales, pour instituer une alternative à des modalités de prise en charge plus lourde de type foyer d'hébergement classique.

C'est le plus souvent en les comparant à ces foyers que les acteurs valorisent leurs formules, soit en faisant référence à leur caractère transitionnel soit, lorsque ce caractère est peu évident, en soulignant leur dimension de petites unités plus humaines où les usagers se trouvent responsabilisés.

SEPTIEME PARTIE

EVALUATION ECONOMIQUE DES APPARTEMENTS THERAPEUTIQUES
DE TYPE ASSOCIATIF ET CONCLUSION
(Annie TRIOMPHE)

Le développement des alternatives à l'hospitalisation en psychiatrie n'est pas seulement ancré dans la recherche d'économies mais dans celle d'autres pratiques de soins : ainsi, à côté des appartements thérapeutiques fonctionnant en liaison étroite avec le secteur psychiatrique, sont nées d'autres catégories d'appartements associatifs, communautaires ou protégés, destinés à l'hébergement de malades mentaux stabilisées qui nécessitent un appui médico-social discontinu.

Quel qu'en soit le statut juridique, les appartements thérapeutiques constituent un mode privilégié d'innovation dans les pratiques de soins et représentent un vecteur important de diffusion de nouveaux types de prises en charge dans le système de santé d'aujourd'hui. Comme toute alternative à l'hospitalisation, leur évaluation économique pose de difficiles problèmes méthodologiques : en effet, si l'on se fie à son étymologie, une alternative à l'hospitalisation s'adresse à une population similaire à celle qui est hospitalisée. L'alternative signifie un déplacement partiel ou total du traitement mais n'implique aucune modification essentielle de celui-ci (si ce n'est éventuellement dans ses modalités techniques). En conséquence, on pourrait alors imaginer que les pathologies traitées dans les différents types de structures alternatives soient le reflet de celles qui sont suivies dans les hôpitaux, ceux-ci ne conservant d'"exclusivité" que dans les domaines diagnostiques et thérapeutiques intimement liés aux plateaux techniques hospitaliers ou aux investigations fréquentes et diversifiées. Une telle vision, si elle est intellectuellement envisageable, n'est pas actuellement révélatrice de la réalité. Les populations bénéficiaires de ces alternatives ne peuvent être représentatives des populations hospitalisées. Les pathologies les plus durables mais les plus faiblement évolutives et peut-être aussi les moins motivantes pour le corps médical apparaissent alors les plus susceptibles d'un traitement hors du milieu hospitalier psychiatrique.

Face aux particularités des pathologies mentales écartées de l'hospitalisation classique, il convient de s'interroger sur la nature des prestations fournies dans les appartements thérapeutiques, même s'il ne s'agit pas véritablement de prises en charge alternatives, mais simultanées et complémentaires (Alternative à l'alternative ?).

Les appartements thérapeutiques constituent à l'évidence un vaste ensemble extra-hospitalier qui s'est développé en **dehors de toute évaluation économique**. L'objectif de notre démarche était de mettre en regard les coûts moyens de fonctionnement des appartements, quelqu'en soit le statut et les résultats obtenus exprimés par des indicateurs. Notre démarche et donc de type "coût-efficacité".

En effet, le terme très général d'évaluation économique recouvre **diverses méthodes d'aide à la décision** susceptibles d'être mises en application dans le domaine socio-sanitaire. Les plus connues sont, d'une part les études coûts-avantages (cost-benefits) et, d'autre part, les études coûts-efficacité (cost-effectiveness). Elles constituent autant d'aspects de l'évaluation dont l'application doit être fonction du domaine d'étude choisi nécessitant la mise en oeuvre de **méthodologies appropriées**. Mais, les difficultés techniques de l'analyse coûts-avantages et leur acceptabilité sociale limitée rendent peu opérationnelle l'application de ce type de méthodes au domaine psychiatrique.

7.1 Evaluation ou "audit" ?

Les appartements thérapeutiques constituent donc l'une des **alternatives à l'hospitalisation psychiatrique** dont la généralisation a été entreprise **sans même que leur efficacité n'ait été évaluée**. La démarche évaluative n'ayant pas été prévue au cours de l'expérimentation, celle-ci ne peut prendre que la forme d'un "audit" ex-post.

La démarche évaluative des appartements thérapeutiques se heurte à plusieurs obstacles :

- tout d'abord, **l'hétérogénéité des structures** qui figurent sous l'appellation d'appartements thérapeutiques : il existe des appartements thérapeutiques **liés à un secteur psychiatrique** ; mais d'autres types de structures se sont développées : issues de mouvements associatifs, elles fonctionnent sous des appellations diverses (Foyers, Centres de réinsertion, ...).

Ainsi, bien que l'échantillon comprenne presque le même nombre d'associations, issues ou non du secteur psychiatrique (respectivement 60 et 40 %), les trois-quarts des appartements (74,5 %) qu'elles gèrent le sont par des **associations gestionnaires n'émanant pas d'un secteur psychiatrique**. Ces derniers accueillent 62,4 % des locataires.

- par ailleurs, **les disparités de financement** dont bénéficient ces différents types d'appartements thérapeutiques rendent les comparaisons difficiles ; bien que diverses dans leur mode de création, elles fonctionnent avec des financements publics mais pas toujours avec un **prix de journée**. Dans le cas des appartements thérapeutiques liés à un secteur, ce dernier met à leur disposition du personnel dont la charge financière n'est pas imputée à l'appartement. Son **prix de revient** est alors **allégé de la presque totalité des salaires** et charges sociales des personnels qui constituent 80 % des dépenses de fonctionnement des appartements de type associatif non liés au secteur. Pour comparer les deux types de structures, notre démarche a constitué à évaluer la charge réelle des salaires des personnels qui interviennent dans les appartements issus d'un secteur psychiatrique, à partir d'informations précises recueillies sur le temps passé par les personnels du secteur dans les appartements thérapeutiques et sur leurs rémunérations (cf. tableau 2).

Par ailleurs, la plupart des associations gestionnaires d'appartements thérapeutiques, qu'elles soient liées ou non à un secteur psychiatrique reçoivent des **subventions diverses**, publiques et/ou privées, qu'elles sollicitent auprès d'organismes locaux divers et qui leur permettent de "gonfler" plus ou moins leurs ressources : ainsi, par exemple, l'aménagement initial des appartements dépendra largement de l'importance d'aides en espèces voire en nature.

L'enquête réalisée par le C.T.N.E.R.H.I. comportait des questions relatives aux budgets des Associations ; la structure des dépenses a pu être analysée avec précision, cependant ont été délibérément écartés de l'étude économique les appartements dont les gestionnaires n'ont pas pu répondre à toutes les questions posées, en raison d'imprécisions comptables. Ainsi, l'étude économique a porté sur 52 appartements et 111 usagers (cf. tableau 1).

Tableau 1 : Structure de l'échantillon utilisé pour l'analyse économique

Appartements Thérapeutiques	Nombre d'appartements	Nombre d'usagers
non liés au secteur	39	69
liés au secteur	13	42
Total	52	111

A partir des données relatives à l'échantillon ainsi constitué, notre approche nous a conduit à établir un coût moyen de la prise en charge d'un usager en 1985. Une distinction a toujours été faite selon que les appartements sont liés ou non à un secteur psychiatrique. Par ailleurs, une interprétation de ces résultats est suggérée, en liaison avec les indicateurs précédemment élaborés.

7.2 Le coût de la prise en charge d'un usager d'appartement thérapeutique

Pour établir ce prix de revient, nous avons relevé toutes les dépenses issues de la comptabilité des associations, y compris les frais de personnel en ce qui concerne les appartements non liés au secteur. Dans ce cas, en effet, la rémunération des intervenants figure dans le budget des Associations.

Par contre, en ce qui concerne les appartements liés au secteur, il a fallu procéder à une évaluation des frais des personnels mis à la disposition des appartements ; en effet, leurs salaires sont inclus dans le budget global hospitalier mais n'apparaissent pas dans le budget de l'association qui gère les appartements thérapeutiques d'un secteur. Notre base de calcul a été la suivante : notre enquête a permis d'établir un nombre moyen d'heures d'intervention du personnel du secteur psychiatrique pour un appartement : 16 heures hebdomadaires pour 4 personnes, soit 4 heures par semaine par personne (1). Ainsi, 208 heures annuelles d'intervention sont affectées à la prise en charge d'un usager d'appartement thérapeutique lié à un secteur ; sur la base d'une rémunération de 9.000 F. bruts par mois pour 169 heures, le salaire et les charges salariales représentaient, en 1985, 16.615 F.

(1) ce qui correspond, assez généralement, à une heure de présence dans l'appartement et à deux heures d'accompagnement par semaine. Par ailleurs, des réunions "mobilisent" régulièrement le personnel du secteur pour le fonctionnement des appartements thérapeutiques qui lui sont liés.

A cette somme viennent s'ajouter 2.786,12 F. qui correspondent aux frais de fonctionnement d'un appartement, soit au total 19.401,12 F. (cf. tableau).

Quant aux appartements thérapeutiques non liés au secteur, le repérage des frais de personnel fut plus aisé, la comptabilité des associations permettant d'identifier aisément ces dépenses. Ainsi, nous avons estimé le prix de revient moyen annuel d'un appartement à 67.077 F. (cf. tableau).

Tableau n° 2 : Coût de la prise en charge d'un usager d'appartement thérapeutique selon son type (lié ou non au secteur) pour une année

Appartement non lié au secteur	67.077 F.
Appartement lié au secteur	19.401 F.

Ainsi, il apparaît que le coût de la prise en charge d'un usager varie de 1 à 3 1/2 suivant le type d'appartements. Certes, ce résultat doit être interprété avec prudence et surtout en relation avec les objectifs des associations et les résultats qu'elles obtiennent (cf. parties III, IV et V). Ces résultats sont très proches des chiffres avancés dans des monographies ponctuelles, en particulier celle qui a été réalisé au C.H.S. de Rennes (l'échantillon comprend 8 appartements collectifs et 7 appartements individuels) (1).

Cependant, il convient, pour valider la comparaison entre les appartements thérapeutiques, de prendre en compte les dépenses de consultations hospitalières des usagers des appartements, qu'elles soient ou non liées à un secteur psychiatrique ; en effet, notre enquête fait apparaître une fréquence moyenne de deux consultations par mois pour les usagers des appartements quel qu'en soit le type (2).

(1) BANNIER (L.F.) .- L'expérience des appartements de réinsertion au C.H.S. de Rennes .- 1er mai 1986 - 31 août 1987, Document ronéoté.

(2) valeur des lettres-cléfs 1985 : C.N.psy : 165 F., C.S.psy 103 F.

Source : Service statistique C.N.A.M.

Ainsi le prix de revient moyen de fonctionnement d'un appartement par personne et par jour était de **62 F.** pour un usager d'appartement thérapeutique lié à un secteur, **193 F.** pour un usager d'appartement non lié à un secteur. Ces chiffres pondérés par le taux d'occupation moyen (75 %) peuvent être rapprochés du prix moyen de journée d'un hôpital psychiatrique (1) (cf. tableau 3).

Il n'est certes pas surprenant que les prix de revient moyen de prise en charge individuelle soit inférieurs au prix de journée moyen en hôpital psychiatrique ; en effet, ces derniers comprennent des éléments totalement étrangers au coût de la prise en charge hospitalière, tels que : des recettes atténuatives, le solde de l'exercice antérieur imputé au prix de journée de l'exercice, des dépenses projetées d'investissement... ; par ailleurs, les coefficients d'occupation prévisionnelle correspondent à une activité potentielle souvent difficilement prévisible.

D'autre part, ainsi qu'il l'a été déjà signalé, les prestations fournies par les deux types de comparaison de structures, hôpital et appartement, sont loin d'être identiques, voire comparables. Là réside toute la difficulté de mise en regard d'informations économiques relatives à des structures plus complémentaires que substitutives.

Tableau 3 - Comparaison prix de journée moyens en appartement thérapeutique non lié au secteur et en hôpital psychiatrique (1985)

	Appartements thérapeutiques non liés au secteur (enquête CTNERHI)	Hôpital psychiatrique (CNAMTS)
Prix de journée moyen	260 (2)	650 (3)

(1) 650 F. (C.R.A.M.I.F., 1985)

(2) non comprise la participation des usagers.

(3) y compris des éléments étrangers à l'hospitalisation (recettes atténuatives, déficit de l'exercice antérieur)

Par ailleurs, les prix de revient moyens des appartements thérapeutiques ne comprennent pas les recettes provenant de la participation financière des usagers.

Malgré toutes ces réserves, il apparaît clairement que :

1°) **la prise en charge d'un appartement thérapeutique** est peu coûteuse pour la collectivité ; en ce sens, la multiplication des appartements thérapeutiques devrait permettre d'alléger les dépenses d'assurance maladie : cet objectif est, en effet, clairement annoncé dans le dispositif de développement des alternatives en psychiatrie (1).

2°) **l'efficacité des appartements thérapeutiques**, n'est pas à mettre en doute, même si aucune comparaison n'a été conduite avec les usagers d'hôpitaux psychiatriques.

En effet, à partir d'indicateurs, tels que : coefficient de transition, amélioration de l'autonomie, de la vie relationnelle, etc..., il peut être affirmé que le passage en appartement thérapeutique de type associatif permet d'améliorer les potentialités de **réinsertion des usagers** (cf. V.3, pp. 101-117).

Certes, les résultats en termes de réinsertion professionnelle semblent limités, la cause en est la faiblesse des niveaux de formation des personnes accueillies en appartements thérapeutiques : 8 % n'ont aucune acquisition scolaire à leur arrivée, ce qui limite leur capacité à trouver un emploi dans la période actuelle.

3°) Une **différence sensible** entre les deux types d'appartements thérapeutiques tient au **taux d'encadrement très léger dans les appartements liés au secteur** (1/3 temps pour un appartement de 4 personnes).

(1) C.N.A.M.T.S. - Division des Etudes - Département statistique .- Les alternatives à l'hospitalisation - Résultats 1984 et analyse par structure .- Série Dossier-Etudes et statistiques, n° 6, mai 1987.

Ainsi, l'intervention d'une personne à temps plein en moyenne dans les appartements non liés au secteur, explique les résultats plus performants, en termes de réinsertion, du 2ème type d'appartement.

En résumé

Le développement de ces expériences apparaît souhaitable : d'une part source d'économies pour les organismes financeurs, d'autre part, opportunité de réinsertion sociale, l'appartement thérapeutique apparaît comme un lieu privilégié, parmi d'autres, de prise en charge de malades stabilisés. De plus, la création des appartements thérapeutiques mobilise les équipes autour de projets novateurs qui constituent des expérimentations fructueuses.

Certains appartements thérapeutiques ont même été l'occasion de travaux de recherche autour de leur création et de leur fonctionnement. Leur efficacité en semble accrue, ce qui pourrait inciter les équipes à s'engager dans des démarches d'évaluation.

B I B L I O G R A P H I E

BIBLIOGRAPHIE

ALLIONE (G.)

Du G.R.I.S. au soleil.-
Transitions, n° 1, déc. 1979, p. 73-75.

A.S.E.P.S.I.

Annuaire des structures intermédiaires.-
Paris, A.S.E.P.S.I., 1983, 360 p.

ASSISTANCE PUBLIQUE - HOPITAUX DE PARIS

Prix de revient des Services médicaux et consultations - Année 1985,
Livre III, Vol. II.

AUBIN (B.), LOPEZ (A.), MONIER (M.) et FONTUGNE (A.)

Un nouveau lieu de soin : l'appartement thérapeutique.-
Revue Pratique de Psychologie de la Vie Sociale et d'Hygiène Mentale,
Année 1984, n° 2, p. 5-8.

AUDISIO (M.)

La psychiatrie de secteur ; une psychiatrie militante pour la santé
mentale.-
Paris, Privat, 1980, 414 p.

AYME (J.)

Réflexion sur l'appartement thérapeutique.-
Transitions, n° 1, déc. 1979, p. 110-113.

BAILLY, FOURRE, LEGUEN

Quel sens donner à l'acting out ?
Transitions, n° 14, 1983, pp. 89-92.

BAER (B.), JAUDON (C.M.), BALLE (J.B.)

Un centre d'hébergement éclaté.-
Transitions, n° 1, déc. 1979, p. 81-83.

BANNIER (L.F.)

L'expérience des appartements de réinsertion au C.H.S. de Rennes -
1er mai 1986, 31 août 1987 .- Document ronéoté, 1987.

BAUDURET (J.F.)

La réforme de la psychiatrie publique.-
Informations Hospitalières, février-mars 1986, pp. 11-17.

BERNARD (A.), ANDRE (P.)

Le fil d'Ariane.-
Transitions, n° 1, déc. 1979, p. 53-62.

BONJOUR (P.)

Compte rendu de la réunion du 2 décembre 1981 à l'I.M.Pro de Claix.-
Courrier de l'ANCE, Complément régional (Rhône-Alpes), n° 24, janvier
1982, pp. 5-7.

BONNAFE (L.)

Transiter dans la crise.-
Transitions, n° 1, déc. 1979, p. 7-28.

BONNAT (P.)

Structure intermédiaire et déchronicisation.-
VSI, n° 153, juin-juillet 1984, p. 46-49.

BROSSARD (Yolande)

La démarche évaluative dans l'action sociale .- Mémoire de D.E.S.S.,
Nov. 1987, sous la direction de S. MILANO (Direction de l'Action sociale)
et A. TRIOMPHE (Université Paris I).

BRUN (P.), FAU (M.), GAUTHIER (M.C.), MARTIN (M.), NORIE (J.M.), RAUZY (M.)

Un an de fonctionnement de deux appartements thérapeutiques.-
Transitions, n° 5, janv. 1981.

BUNGENER (M.), ROUSSEL (P.)

Place des alternatives à l'hospitalisation dans le champ du médico-social.
Prévenir, n° 14, 1er semestre 1987.

CABROL (S.)

Coût comparé entre une prise en charge institutionnelle et un appartement
thérapeutique à travers trois cas concrets .- Montpellier : 1985, Mémoire
de socio-économie de la santé, Faculté de Droit et des Sciences
Economiques de Montpellier, 80 p.

CAMPIOLI (G.)

Des alternatives à l'hospitalisation. Eléments de réflexion.-
Revue d'Action Sociale, n° 4-5, juillet, août, septembre, octobre 1982, p.
55-65.

CARTRY (J.)

Les lieux de vie dans l'innovation sociale.-
Bulletin C.R.E.A.I. Basse-Normandie, n° 41, 1985, p. 36-45.

CASTEL (Robert)

La gestion des risques. De l'anti-psychiatrie à l'après psychanalyse.-
Paris, Ed. de Minuit, 1981, 229 p.

CASTEL (Françoise et Robert), LOUELL (Anne)

La société psychiatrique avancée : le modèle américain.-
Paris, Ed. Grasset, 1979, 365 p.

CHAMPAGNE (F.), CONTANDROPOULOS (A.P.), PINEAULT (R.)

Un cadre conceptuel pour l'évaluation des programmes de santé.-
Revue Epidémiologie et Santé Publique, 1985, p. 11.

CHILAND (C.), LEBOVICI (S.)

Psychopathologie différencielle des sexes.
Enfance, 1-2, janv.-mai 1981.

CIOMPI (L.)

Un élément précieux de réadaptation socio-psychiatrique : l'appartement protégé.-
L'information psychiatrique, vol. 54, n° 1, janvier 1978, p. 5-9.

C.N.A.M.T.S. - Division des Etudes - Département statistique

Les alternatives à l'hospitalisation - Résultats 1984 et analyse par structure.
Etudes et statistiques, Série Dossiers, n° 6, mai 1987.

COLLET (A.)

Structures "légères" de soins, pathologies psychiatriques "lourdes"... sur quelques aspects de la mutation de l'assistance du soin et de la thérapeutique en psychiatrie.-
Université Pierre et Marie Curie (Paris VI), Faculté de médecine Pitié Salpêtrière, 1986, 260 p.

CORDIER (B.)

Loi d'orientation des handicapés.-
Assistances psychiatriques en question.
Paris, Doin éditeur, 1986, pp. 191-194.

CORTEN (P.), HOYOIS (P.), SAMOIL-OVITCH (F.)

Trajectoires des patients après le passage par une structure intermédiaire. Approche statistique à partir d'une structure bruxelloise.-
Transitions, n° 21, 1985, pp. 17-27 et 93-103.

COTTE (G.), MILLE (G.)

A la recherche d'une structure intermédiaire.-
Transitions, n° 5, janv. 1981, p. 69-74.

COURT (P.), ROBERT (P.), SEQUEILLA (M.)

Psychose et structures intermédiaires. L'éternel retour.-
L'information psychiatrique, vol. 60, n° 3, mars 1984, pp. 247-258.

C.R.A.M.I.F.

Tarifs de responsabilité .- Paris : C.R.A.M.I.F. Direction générale, 1986.

CRAYET (S.), STERCKS (G.)

Du nouveau en santé mentale : une réalisation d'appartements
thérapeutiques.-
Revue d'Action Sociale, 4-5 juillet/octobre 1982, pp. 99-103.

CROIX-MARINE

Compte-rendu de la journée d'études du 14 décembre 1979 : "Réalité sociale
et réalité psychiatrique".-
Revue Pratique de Psychologie de la Vie Sociale et d'Hygiène Mentale,
année 1980, n° 3, pp. 67-89.

DECROS (B.)

Les appartements thérapeutiques dits de "réinsertion sociale". Espoir
Auvergne.-
Réadaptation, n° 261, juin 1979, pp. 51-53.

DUYME (M.), BARBEAU (J.), JOLIVET (B.), DUMARET (A.)

Maladie mentale travail et société .- Paris : Publications du CTNERHI,
1987, 125 pp.

EMEL (J.J.), BERTRAND (S.)

Rôle de l'équipe soignante dans le projet d'ouverture d'un appartement
protégé.-
Soins et psychiatrie, n° 58-59, août-sept. 1985, pp. 28-32.

FAGES (C1.)

Les appartements thérapeutiques.-
Réadaptation, n° 331, juin 1986, 5p.

FERAGUS (J.)

L'évaluation de l'action sociale;
La valorisation du handicapé, n°1, janv.-mars 1984.

GABRAI (Ph.) et coll.

Un relais pour l'autonomie.-
Transitions, n° 1, déc. 1979, p. 99-105.

GASSER (Y.)

Concevoir le handicap de situation et gérer la situation de handicap (Les structures intermédiaires).-
Réadaptation, juin 1986, n° 331, 8 p.

GASSER (Y.)

Enquête de réadaptation sur la loi relative à la sectorisation psychiatrique.-
Réadaptation, juin 1986, n° 331, p. 3-9.

GASTON (C.)

L'hospitalisation des malades présentant des troubles mentaux dans les établissements psychiatriques et à l'hôpital général- Données statistiques
.- Paris : 1983, CREDOC, 115 p.

GENDRAULT (J.M.)

Histoire du Lien.-
Scarabée, C.M.E.A., 1983.

GENTIS (R.)

Les murs de l'asile.-
Paris, Maspéro, 1973, 90p.

GENTIS (R.)

Guérir la vie.-
Paris, Maspéro, 1974, 110p.

GISSOT-LAGACHERIE (F.)

L'appartement thérapeutique en tant que structure intermédiaire.-
Mémoire pour le CES de psychiatrie. Faculté de Médecine de Tours, 1985,
77 p.

GOUMILLOUX (R.), RAGER (P.)

Les appartements thérapeutiques du secteur de Bergerac.-
L'information psychiatrique, vol. 60, n° 3, mars 1984, pp. 261-273.

GRESLE (A.), HULIN (R.M.), LEMAIRE (H.), MANINCK (E.)

Le foyer des jeunes pins.-
VSI, n° 162, décembre 1985-janvier 1986, p. 25-28.

GUEGUEN (M.), BILLION (P.), PASCAL (J.C.), HALMOS (P.)

Création d'une structure intermédiaire d'accueil.-
Transitions, n° 8, décembre 1981, pp. 135-144.

GUILLAUME (J.C.)

Le sens de la flèche.-

Transitions, n° 1, décembre 1979, pp. 29-31.

INFORMATION PSYCHIATRIQUE

Alternatives.-

Information psychiatrique, vol. 60, n° 3, mars 1984, pp. 235-329.

FAGES (C.)

Les appartements thérapeutiques.-

Réadaptation, n° 331, 1986, pp. 24-28.

FABRE (J.F.)

Un an à Arbours.-

Transitions, n° 1, décembre 1979, pp. 74-80.

FLAVIGNY (H.)

Nécessité de situer le champ de l'action psychiatrique parmi les diverses structures intermédiaires ou solutions alternatives.-

Transitions, n° 7, 1981, pp. 67-69.

HENRY (J.)

Un foyer de post-cure éclaté.-

Transitions, n° 1, décembre 1979, pp. 114-117.

I.N.S.E.E.

Annuaire statistique de la France 1986. Résultats de 1985-1986 .

I.N.S.E.E.

Allocataires indemnisés par l'UNEDIC au 31.12.1985.

Données sociales INSEE, 1987.

JOLIVET (J.)

Appartements.-

Association pour la Sauvegarde de l'Enfance et de l'Adolescence.

Vesoul, Rapport d'activité 1981, pp. 22-31.

KAES (R.), MISSENERD (A.), ANZIEU (D.) et coll.

Crise, rupture et dépassement.-

Paris, Dunod, 1979, Collection inconscient et culture.

LAINE (T.)

Désinstitutionnalisation. Structure intermédiaire et réinsertion dans l'économique.- Malades et soignants dans le champ social.
V.S.T., 134, avril-mai 1981.

LAPLANCHE (J.) et PONTALYS (J.B.)

Vocabulaire de la psychanalyse.-
Paris, PUF, 1971, p. 295.

LAURENDEAU (M.C.), BLANCHET (A.), RENAUD (C.)

Désinstitutionnalisation et déficience mentale.-
Revue de la littérature. Actualités psychiatriques, n° 10, 1984, pp. 40-47.

LECLERC (M.), ROUSSEAU (G.)

Huit ans d'appartements thérapeutiques.-
Transitions, n° 1, décembre 1979, pp. 63-70.

LEGENDE (J.P.)

Soins en milieu professionnel.-
Transitions, n° 1, décembre 1979, pp. 118-122.

LESOUËF (H.)

Les structures intermédiaires.-
Réadaptation, juin 1986, n° 331, pp. 13-18.

LIAISON ANEJI

Mutations de l'action éducative et sociale.-
Liaison ANEJI, n° 36, avril 1985, pp. 3-38.

MARCEL (J.L.), KERAVEL (J.F.)

Les projets de réinsertion.-
Assistances psychiatriques en question.
Paris, Doin Editeur, 1986, pp. 195-209.

MESLE (F.), VALLIN (J.)

La population des établissements psychiatriques : évolution de la morbidité ou changement de stratégie médicale.
Population, n° 6, nov.-déc. 1981, pp. 1035-1068.

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE L'EMPLOI

Solidarité - Santé.

Les alternatives à l'hospitalisation classique. Cahiers statistiques.-
Paris : SESI - Service des Statistiques, des Etudes et des Services d'Information, juin 1986.

PARISOT (Denis)

Handicaps et Inadaptations quelles perspectives d'évaluation des politiques sociales ?

Nice : C.N.R.S.-Université de Nice-E.M.E.S.S.

PEREIRA (R.), POISSON (J.L.)

De quelques questions préalables aux structures intermédiaires.-

Transitions, n° 1, décembre 1979, pp. 87-89.

QUETE (C.)

Le vote de la loi de 1838.- Nouvelle histoire de la psychiatrie.

Toulouse, Privat, 1983, pp. 179-188.

RAPPARD (Ph.)

L'endogamie et l'exogamie à travers la problématique phallique des appareils de santé mentale (ou par delà la mixité).

Transitions, n° 14, 1983, pp. 31-39.

RASSAT et coll.

Des appartements pas comme les autres.-

Perspectives psychiatriques, 97, III, 1984.

RAULET (Christian)

Comptabilité analytique et contrôle de gestion (calcul des coûts et analyse des coûts et marges).-

Paris, Ed. Dunod, 146 p.

READAPTATION

La loi relative à la sectorisation psychiatrique.-

Réadaptation, juin 1986, n° 331, 9p.

REFLETS

Prise en charge des personnes psychotiques.-

Reflets, n° 30, juin 1981, pp. 1-8.

REVUE PRATIQUE DE PSYCHOLOGIE DE LA VIE SOCIALE ET D'HYGIENE MENTALE

Un nouveau lieu de soin : l'appartement thérapeutique.-

Revue pratique de psychologie de la vie sociale et d'hygiène mentale, n° 2, 1984, pp. 5-8.

REVERZY (J.F.)

Prendre les risques de la liberté.-

Annuaire des structures intermédiaires.

Paris, ASEPSI, 1983, p. 3.

REVERZY (J.F.)

Les structures intermédiaires en appartement thérapeutique.-
Psychologie médicale, 11-7, 1979, pp. 1435-1442.

REVERZY (J.F.)

Comment créer une structure intermédiaire.-
Supplément au n° 4 de la revue Transitions, 19p.

REVERZY (J.F.)

De l'institution ségrégative à une désinstitution intégrative.-
Transitions, n° 5, juin 1981, pp. 9-17.

REVERZY (J.F.), DAMERON (J.F.)

Appartements thérapeutiques, mirages ou terre promise ?.-
Bulletin du C.R.E.A.I. Midi-Pyrénées, n° 6, novembre 1979, 15 p.

REVERZY (J.F.), DAMERON (J.F.)

Guérisons et soins, appartements thérapeutiques et structures
intermédiaires.-
L'information psychiatrique, vol. 55, n° 4, avril 1979, pp. 353-382.

RICHARD (B.), LETOURNEUR (J.), DAUTEL (N.) et CHALLIER (C.)

Institution d'un nouvel outil thérapeutique : l'appartement relais
thérapeutique.-
Transitions, n° 5, janvier 1981, pp. 75-80.

ROY (M.)

Structures intermédiaires et déséquilibre psychique.-
Transitions, n° 5, janvier 1981, pp. 66-68.

ROBELET (M.F.)

Habitation, nomadisme et psychose à propos des appartements
thérapeutiques.-
VST, n° 153, juin-juillet 1984, pp. 50-55.

SALEM (G.), AUBRY (M.)

Six ans d'appartements protégés à Lausanne.-
Transitions, n° 1, décembre 1979, pp. 106-109.

SANQUER (E.)

Nouvelles réformes de demande à la psychiatrie.-
Assistances psychiatriques en question.
Paris, Doïn Editeur, 1986, pp. 1-11.

SASSOLAS (M.)

Les maladies infantiles des structures intermédiaires.-
Transitions, n° 1, décembre 1979, pp. 44-52.

SASSOLAS (M.)

La place des structures intermédiaires dans une approche psychothérapique
des psychoses.-
Transitions, n° 5, janvier 1981, pp. 41-47.

SAVY (J.)

A la Chartreuse de Valbonne, l'insertion sociale des malades mentaux passe
par le travail.-
Perspectives sanitaires et sociales, n° 58, mars-avril 1985, pp. 20-23.

SERVANT (B.)

Travail social en milieu psychiatrique.-
Paroles et pratiques sociales, n° 14, septembre-octobre 1985, pp. 8-15.

SERVICE SOCIAL

L'habitation.-
Service social, vol. 33, n° 1, 1984.

SOINS ET PSYCHIATRIE

- ° Travail de secteur et fonctionnement des équipes soignantes. Expériences
vécues au CHS de Jary-les-Metz.-
Soins et psychiatrie, n° 58-59, août-septembre 1985, pp. 1-41.
- ° Fonctionnement d'un appartement protégé et rôle de l'équipe infirmière.-
Soins et psychiatrie, n° 58-59, août-septembre 1985, pp. 33-36.

SPINDLER-WEBER (Sylviane)

La psychiatrie à la recherche d'une alternative.
Prévenir, n° 14, 1er semestre 1987.

TAIEB (S.), DE VINCENTE (F.), PITIOT (R.)

A propos des appartements thérapeutiques.-
Transitions, n° 7, juillet 1981, pp. 123-127.

TRANSITIONS-Revue de l'innovation psychiatrique et sociale

- ° Nouvelles structures d'accueil et de soins en France-Orsay - 1979,
compte rendu.-
n° 1 et 2, 1979-1980.
- ° La désinstitutionnalisation aux Etats-Unis.
n° 3, juin 1980, 159 p.

- ° La désinstitution.-
n° 4, octobre 1980, 155 p.
- ° Les structures intermédiaires et la désinstitution.-
n° 5, janvier 1981, 185 p.
- ° Psychanalyse et transitionnalité. Psychiatrie de secteur et médecine traditionnelle.-
n° 7, juillet 1981, 154 p.
- ° Alternatives et lieux de vie. Etats généraux de Nîmes.-
n° 10, février 1982, 147 p.
- ° Psichiatria democratica et psychiatrie sociale.-
n° 11-12, 1982, 287 p.
- ° La répétition et l'imprévisible.-
n° 14, 1983, 211 p.
- ° Les lieux et les lois.-
n° 15, 1983, 72 p.
- ° Ressources alternatives au Québec.-
n° 16, 1983.
- ° Les lieux où l'on vit.-
n° 18, 1984, 160 p.
- ° Alternatives et aliénation.-
n° 19, 1984, pp. 120-172.
- ° Lieux de vie. Structures intermédiaires. Insertion sociale et économique.-
n° 22, 152 p.

TRIOMPHE (A.), d'ANTHENAISE (M.)

Eléments d'analyse économique d'une expérience innovatrice d'intégration de personnes très handicapées en milieu de vie ordinaire : l'exemple de Pontcanal (Paris).-
Laboratoire d'Economie Sociale, Paris I, 1985, 30 p.

TYSMAN (L.A.)

A propos du devenir de cent malades sortis d'un hôpital psychiatrique.-
Thèse pour le doctorat de médecine. Faculté de Médecine de Paris, 1969,
51 p.

UNIOPSS

Pour des réponses sociales et médico-sociales. Les alternatives à l'hospitalisation.-
Paris, UNIOPSS, novembre 1985, 283 p.

VAN STEEN KISTE

Avant propos aux journées d'Orsay.-
Transitions, n° 1, décembre 1979, pp. 40-43.

VERMEYLEN (J.)

Réflexions sur quelques illusions thérapeutiques et leurs conséquences
institutionnelles.
Transitions, n° 19, 1984, pp. 120-172.

VERNIER (Alphonse)

L'évaluation dans le secteur social - Le cas des établissements et
services pour l'enfance.
Communautés éducatives, n° 57/58, 2ème-3ème trimestre 1986, pp. 55-82.

VIE SOCIALE ET TRAITEMENTS

° Pratique de secteur et hôpital de jour
Vie sociale et traitements, n° 153, juin-juillet 1984, pp. 3-63.

VILLEPREUX (L.), RICHTER (N.), DAMERON (J.F.)

Une brèche dans les murs.-
Transitions, n° 1, décembre 1979, pp. 123-128.

WELGER (C.)

La carotte et le bâton.-
Autrement, novembre 1980, 191 p.

Édité par le C.T.N.E.R.H.I.
Tirage par la Division Reprographie
Dépôt légal : Février 1989

ISBN 2-87710-023-5
ISSN 0223-4696
CPPAP 60.119

Le Directeur : Annie Triomphe

