



HAL
open science

Inclure et sécuriser en temps de crise : exemples de dispositifs d'habitat pour adultes ayant un handicap psychique (rapport intermédiaire n°2)

Maina Le Helley, Noémie Rapegno, Cécile Rosenfelder

► **To cite this version:**

Maina Le Helley, Noémie Rapegno, Cécile Rosenfelder. Inclure et sécuriser en temps de crise : exemples de dispositifs d'habitat pour adultes ayant un handicap psychique (rapport intermédiaire n°2). [Rapport de recherche] Ecole des hautes études en santé publique. 2020. hal-03287407

HAL Id: hal-03287407

<https://hal.science/hal-03287407>

Submitted on 15 Jul 2021

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

15/07/2020

Inclure et sécuriser en temps de crise: exemples de dispositifs d'habitat pour adultes ayant un handicap psychique

Rapport intermédiaire n°2

Sommaire

INTRODUCTION	4
MONOGRAPHIE DU DISPOSITIF	6
DISPOSITIFS ET DYNAMIQUES D'ACCOMPAGNEMENT : FAVORISER LE TRAVAIL D'AUTONOMISATION, PROTEGER, RASSURER	6
TROIS OBJECTIFS D'ACCOMPAGNEMENT : STABILISER, RENDRE AUTONOME, PROMOUVOIR LE LIEN SOCIAL	8
GESTION DES TENSIONS ENTRE AUTONOMIE ET PROTECTION DES PERSONNES	10
DE L'ANNONCE DU CONFINEMENT A SA MISE EN ROUTINE	11
DES INTERDITS ET MESURES SANITAIRES AUX CONTOURS FLOUS	11
UNE NOUVELLE ORGANISATION DU TRAVAIL : DU PRESENTIEL AU DISTANCIEL	13
DES ACCOMPAGNEMENTS BOUSCULES : ENTRE ACTIVITES A L'ARRET ET NOUVELLES PRIORITES	15
UN DECONFINEMENT PROGRESSIF REALISE DANS LA PRUDENCE	20
UN ASSOULISSEMENT PROGRESSIF DES INTERDITS ET MESURES SANITAIRES	20
UNE REORGANISATION DU TRAVAIL POUR UN RETOUR A LA NORMALE A GEOMETRIE VARIABLE	21
UNE REPRISE PROGRESSIVE DES ACCOMPAGNEMENTS	22
LA GESTION DE LA CRISE ET DES RISQUES SANITAIRES PAR LES PROFESSIONNELS : ENTRE TATONNEMENT, IMPLICATION ET QUESTIONNEMENTS ETHIQUES	25
UNE SITUATION QUI REVELE UN POSITIONNEMENT ET UNE POSTURE PROFESSIONNELLE PARTICULIERS	26
DILEMMES ETHIQUES ET POSITIONNEMENTS PROFESSIONNELS	28
LE TRAVAIL A DISTANCE : UNE EPREUVE EMOTIONNELLE ?	31
CONCLUSION	34
BIBLIOGRAPHIE	36
ANNEXES	38
ANNEXES 1 : METHODOLOGIE	38
ANNEXE 2 : PORTRAIT D'UNE PROFESSIONNELLE DE TERRAIN : GERALDINE GOBERT, COORDINATRICE DES HABITATS PARTAGES	39
ANNEXE 3 : DESCRIPTIF DETAILLE DES DISPOSITIFS	45

Introduction

La pandémie de la maladie à coronavirus (COVID-19) a provoqué une crise sanitaire majeure dans le monde. En France, les pouvoirs publics ont pris la décision de mettre en quarantaine la population, et de restreindre ses déplacements, ce qui a provoqué une réorganisation en urgence de l'offre sanitaire, sociale et médico-sociale et a mobilisé les professionnels de l'aide. La rapidité de la diffusion de la maladie, les connaissances incertaines, le manque d'équipement de protection individuelle ont entraîné un climat d'incertitude. C'est dans ce contexte que nous avons réalisé cette recherche.

Alors que, le premier jour du confinement, nous devions commencer une série d'observations dans un dispositif d'habitat alternatif à destination d'adultes ayant un handicap psychique, nous avons dû rapidement réorienter la recherche et inventer de nouvelles façons de faire. D'une enquête par entretiens et observations ethnographiques, axée sur le quotidien, le vécu des personnes et privilégiant le point de vue des habitants, nous sommes passées à des entretiens téléphoniques réguliers auprès de professionnels de terrain. Face aux difficultés rencontrées pour repenser nos modalités d'enquête auprès du dispositif initialement envisagé, nous avons dû solliciter dans l'urgence d'autres professionnels, travaillant tous dans des dispositifs d'habitat alternatif pour adultes ayant un handicap psychique (c'était le critère pour les intégrer à l'enquête). Quatre d'entre eux se sont montrés intéressés par notre démarche et ont accepté de nous relater leur expérience de la crise, la façon dont leur travail était impacté, leurs doutes et leurs critiques. L'enjeu a alors été de rendre compte de la manière dont cette crise était gérée dans ces dispositifs et de la manière dont elle a réinterrogé les tensions entre autonomie et sécurisation – au cœur des préoccupations du projet de recherche initial. L'enjeu était de comprendre la façon dont la crise dans son ensemble a été gérée et perçue par les professionnels de terrain.

De la gestion des risques sanitaires à la gestion de la « crise » du confinement

Avant d'aller plus loin, il nous semble nécessaire de revenir sur la notion de crise. Nous reprenons ici la définition qu'en a donnée Olivier Borraz (2020). Il la définit comme un moment plus ou moins long durant lequel tous les repères se dérobent et qui nécessite une adaptation des acteurs en présence pour pouvoir gérer l'incertitude et agir. Une crise se caractérise aussi par un effacement des frontières organisationnelles où la situation se fluidifie et où la nature des problèmes n'est plus clairement définie. L'auteur se questionne également sur la pertinence d'appréhender la pandémie actuelle comme une « crise ». En dépit des incertitudes quant à la nature et aux évolutions possibles du virus, nous serions face à un « système connu ». **Ainsi, l'un des traits saillants des évolutions récentes en termes de santé publique est l'émergence d'approches dites de « sécurité sanitaire ».** De nouveaux savoirs, dispositifs, procédures, technologies et institutions sont venus « équiper » l'action publique pour faire face à ces situations de forte *incertitude* scientifique et permettre, tant bien que mal, d' "agir dans un monde incertain" » (Bergeron et Castel 2014, p. 394). Ils ont été pensés suite à différents scandales (l'affaire du sang contaminé, l'épidémie du SIDA, le scandale du sang contaminé ou celui de la vache folle) et ils illustrent l'évolution du tout curatif vers la prise en compte du préventif (Lajarge, Debiève et Nicolle 2013). La prise en compte par le politique des risques sanitaires a également conduit à une accélération et à un empilement des décisions et des réglementations qui a conduit à passer « d'un système où on légiférait peu, à un système de législation rapide » (Lajarge, Debiève et Nicolle 2013). Ainsi, pour Olivier Borraz, ce qui fait crise, c'est plutôt le fait de recourir à un confinement général de la population sur une période aussi longue. De fait, il n'existe aucune étude permettant aux décideurs d'anticiper les conséquences d'un confinement général sur la santé physique et mentale des populations. **Les dispositifs étudiés ont dû, à leur niveau, s'adapter et s'organiser pour gérer les risques sanitaires, mais aussi pour gérer la « crise » générée par le confinement, puis le déconfinement.** L'enjeu dans ce rapport sera de comprendre comment les pratiques professionnelles dans des dispositifs d'habitat pour personne ayant un handicap psychique ont été réorganisées dans ce contexte. Comment les professionnels ont-ils pris en compte le risque sanitaire ? Quelles décisions et réglementations ont impacté leurs pratiques ? Le partage des responsabilités a-t-il été impacté ? Y a-t-il eu des formes de

coopération improvisées ? Nous chercherons notamment à comprendre ce qui caractérise ces dispositifs et ce qui les différencie des établissements médico-sociaux.

Méthodologie

Dans le cadre de cette enquête, nous avons réalisé des entretiens téléphoniques auprès de professionnels (AMP, éducateurs ou coordonnateurs) de 4 dispositifs, entre la fin du mois de mars et le mois de juin¹ que nous avons ensuite analysés. Nous avons également recueilli les protocoles et procédures établis dans chacun de ces dispositifs. Un entretien avec chaque chef de service a ensuite été réalisé². Ces données ont été complétées par une journée d'observations et des entretiens (notamment avec des habitants) réalisés au mois de juin. Ce rapport se base donc majoritairement sur une analyse de discours de professionnels s'exprimant sur la situation qu'ils sont en train de vivre, avec souvent peu de recul. Cette recherche, effectuée à distance sur des dispositifs que nous ne connaissons pas, laisse donc peu de place à l'expérience sensible du chercheur.

Après avoir brièvement décrit les dispositifs étudiés (1), nous retracerons les protocoles spécifiques à la situation de crise et leurs effets sur l'organisation du travail des professionnels et sur les activités d'accompagnement qu'ils réalisent, durant le confinement (2) et au moment du déconfinement (3). Nous appréhenderons ensuite les tâtonnements opérés (4), tant dans la posture à adopter que dans le travail à opérer au quotidien, ainsi que les dilemmes éthiques et moraux auxquels ont été confrontés les professionnels interrogés.

¹ Quatre à cinq entretiens ont été réalisés avec chacun des professionnels. Pour plus de détails, consulter les annexes.

² Ces entretiens sont en cours d'analyse, ils seront exploités plus en détails dans le mémoire de Maïna Le Helley.

Monographie du dispositif

Dispositifs et dynamiques d'accompagnement : favoriser le travail d'autonomisation, protéger et rassurer

Description générale des quatre dispositifs³

Le premier dispositif, un habitat regroupé situé dans une ville de 200 000 habitants relève du droit commun. Il a été initié en 2017 par une association gestionnaire d'établissements médico-sociaux en réponse à un appel à projets du département. Six personnes y résident actuellement. Il est composé de six studios individuels et d'espaces collectifs, au premier étage d'un immeuble. Les studios sont sous-loués aux locataires par l'association qui fait le lien avec le bailleur social. Les locataires sont accompagnés par une aide médico-psychologique (AMP), salariée de l'association qui est présente quatre heures par jour en semaine. En complément, ils peuvent solliciter l'intervention d'auxiliaires de vie sociale d'un service d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD), extérieur à l'association pour les accompagner dans la réalisation des tâches ménagères à raison d'une à deux heures par semaine. Ils les financent alors *via* leur prestation de compensation du handicap (PCH). Hors des temps de présence de l'AMP, les locataires peuvent contacter un service de veille de nuit, extérieur à l'association, jusqu'à minuit. Au-delà de cet horaire et le week-end, une astreinte-cadre est prévue par l'association. Les locataires sont suivis par un médecin-psychiatre et par le service d'accompagnement à la vie sociale (SAVS) ou le service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH) de l'association. Les locataires bénéficient de l'allocation adulte handicapé (AAH) et cinq d'entre eux sont accompagnés dans le cadre d'une mesure de protection.

Le deuxième dispositif, situé dans une grande métropole française, est constitué d'**habitats partagés** relevant du droit commun. Il a été initié par un service d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD) associatif en 2015 et s'adresse à un public présentant un handicap physique et/ou psychique. Il se compose de six maisons en colocation, de six à huit personnes, disséminées sur toute la métropole, qui sont sous-louées par l'association aux habitants. Chaque habitant dispose d'une chambre et d'une salle de bain individuelles, les autres pièces de la maison sont partagées. Le dispositif vise à favoriser la participation des personnes à la vie de la cité. A ce titre, les personnes sont accompagnées à la réalisation d'activités et de sorties dans le droit commun. Trois coordinatrices sociales réalisent les tâches administratives et le suivi éducatif des habitants du dispositif⁴. Les personnes doivent également être inscrites dans un parcours de soin. Pour cela, les professionnels travaillent en partenariat avec les acteurs de la psychiatrie. Les habitants sont accompagnés sept à huit heures par jour par les professionnels du SAAD de l'association, financés par la mise en commun de la PCH. Le dispositif ne dispose ni de garde de nuit ni de système d'astreinte. Les habitants sont encouragés à utiliser les services de droit commun en cas de problème. Les habitats partagés accueillent 43 habitants au total qui sont tous sous mesure de protection.

Le troisième dispositif, situé dans une ville de 150 000 habitants, est un ensemble d'**appartements de coordination thérapeutique (ACT)** dépendant du secteur médico-social⁵ et porté par une association gestionnaire d'établissements médico-sociaux. Les ACT, à l'origine foyer d'hébergement, existent depuis une trentaine d'années. **Les résidents sont accueillis au titre d'un hébergement temporaire de deux ans maximum.** Le dispositif dispose de 14 places réparties dans quatre appartements, de type colocation de trois à quatre personnes. Un cinquième appartement est aménagé en bureaux pour les professionnels et en espaces collectifs à disposition des résidents. Une équipe pluridisciplinaire (éducateur spécialisé, moniteur éducateur, infirmière et veilleur de nuit) accompagne les résidents en proposant des ateliers éducatifs et thérapeutiques. Aux ACT, une présence est assurée à toute heure du

³ Voir les annexes pour plus de détails sur les dispositifs.

⁴ La coordination et l'animation sociale sont financées par l'ARS.

⁵ Depuis les lois du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale et du 17 janvier 2002 de modernisation sociale, les ACT sont des institutions médico-sociales financées par l'assurance-maladie.

jour et de la nuit. Il n'y a pas de suivi SAVS ou SAMSAH, l'ARS considérant que les ACT assurent l'accompagnement social et éducatif des résidents. La majorité des accompagnements est individuelle, mais l'équipe propose également des ateliers et des activités collectives. La plupart des résidents disposent de l'AAH et environ la moitié d'une mesure de protection.

Le quatrième dispositif, des habitats accompagnés, situé dans une ville de 9 000 habitants a été initié en 2007. Il est dépendant du secteur médico-social et porté par une association gérant des établissements et services sociaux et médico-sociaux pour différents publics. Il est directement inspiré d'un modèle d'habitat accompagné pensé dans les années 1980 par l'association gestionnaire. **Les habitats accompagnés offrent un accompagnement de deux ans.** Ils disposent de huit places d'hébergement avec une maison en colocation de quatre places, un appartement de deux places et deux logements individuels. L'équipe éducative est composée d'une monitrice éducatrice, garante de l'accompagnement collectif et au domicile, ainsi que d'une technicienne en économie sociale et familiale, garante de l'accompagnement individuel et de la gestion administrative. Les professionnelles sont présentes en semaine sur les horaires de bureau. Le soir et le week-end, une astreinte cadre est à disposition des résidents qui sont néanmoins encouragés à utiliser les services de droit commun. Six personnes sont accueillies dans le dispositif, dont quatre disposant d'une mesure de protection. La reconnaissance du handicap par la maison départementale des personnes handicapées (MDPH) n'est pas obligatoire à l'entrée dans le dispositif, mais est généralement travaillée par les professionnelles dans les six premiers mois, notamment pour que les personnes puissent bénéficier de l'AAH ou de la pension d'invalidité.

Les dispositifs d'habitat alternatif dans le domaine du handicap psychique : des logements à vocation thérapeutique : « loger et soigner »

Dans les dispositifs étudiés, l'habitat est doté d'une signification particulière, en lien avec l'histoire du handicap psychique. Le développement de la psychiatrie de secteur a contribué à faire sortir les patients du milieu hospitalier pour les insérer dans la communauté et le tissu urbain (Henckes, Azevedo et Quintin 2018). Cette « tendance à l'ouverture » amorcée dans les années 1960 a conduit à ancrer la psychiatrie dans la communauté (Velprey 2019). Progressivement, l'hôpital psychiatrique est devenu un espace de « gestion de crise » et c'est en dehors des établissements, dans des « services ouverts » (Vidal-Naquet 2019) que les malades ont été pris en charge, dans une logique de réadaptation centrée sur une prise en compte plus importante du milieu de vie (Henckes 2009). Ainsi « le milieu social, jusque-là considéré comme pathogène, devient, avec la logique de la désinstitutionnalisation, l'une des conditions du soin en santé mentale » (Vidal-Naquet 2019). De la même manière, le dispositif ne se limite pas à sa fonction résidentielle, il est considéré comme un support ou un levier thérapeutique permettant de travailler l'autonomisation des locataires, il s'agit en effet de « loger et soigner » (Henckes, Azevedo et Quintin 2018)⁶.

Les dispositifs sont fortement hétérogènes du point de vue de leur statut (établissement médico-social ou habitat de droit commun), de leur forme (colocation ou logement individuel), de l'organisation des professionnels et de l'intensité de l'aide (la présence des professionnels est importante dans les ACT et les habitats partagés et plus faible dans l'habitat regroupé et les habitats accompagnés) ou de leur durée d'accueil (les ACT et les habitats accompagnés sont pensés pour être temporaires, tandis que les habitats partagés et l'habitat regroupé constituent des logements qui peuvent être permanents). Les dispositifs présentent néanmoins des caractéristiques communes. Qu'ils s'inscrivent dans le droit commun ou qu'ils soient juridiquement des établissements médico-sociaux, ils constituent des formules d'« *entre-deux* ». **La plupart sont envisagés comme des lieux de transition** après une hospitalisation ou comme un « *tremplin* » (coordinatrice, habitats partagés) avant une installation dans un logement individuel. Au niveau des valeurs véhiculées, **les dispositifs s'inscrivent, de manière plus ou moins explicite, dans**

⁶ À noter que le sens donné à l'habitat, notamment sa dimension thérapeutique, dans le domaine du handicap psychique, diffère de la façon dont il est pensé dans d'autres secteurs tels que la vieillesse (voir rapport intermédiaire 1).

une dynamique inclusive où le logement a une place centrale ; il s'agit notamment de favoriser « *l'inclusion par le logement. C'est-à-dire qu'on commence par donner un toit et on travaille le reste après* » (monitrice-éducatrice, habitats accompagnés), de « *se rapprocher de l'inclusion tout en sécurisant* » (directeur de l'association gestionnaire, habitat regroupé), de « *les [les habitants] intégrer au niveau la cité* » (coordinatrice, habitats partagés).

Les dispositifs sont aussi, quels que soient leur statut et leur nature, **imprégnés par les mondes du social, du médico-social et du sanitaire**, avec qui ils entretiennent des liens étroits. Dans tous les cas, les habitants sont suivis par des professionnels issus de ces trois secteurs (travailleurs sociaux, intervenants de SAAD, de SAVS, de SAMSAH, médecins psychiatres, etc.), l'enjeu étant de leur proposer un « *cadre sécurisé* » (éducateur spécialisé, ACT), de leur « *offrir [...] un environnement, un cadre de vie qui soit adapté, qui soit sécurisant, qui soit sécurisé* » (cheffe de service, habitat regroupé). Les orientations et les objectifs d'accompagnement visant à « *stimuler* » les personnes dans les actes de la vie quotidienne, à « *faire avec plutôt que de faire à la place de* » s'inscrivent dans le propre d'une « *logique d'activation* » (Rouzeau et Martin 2016), d'une « *politique de l'autonomie* » et de la responsabilisation (Ehrenberg 2014), devenues centrales dans le courant actuel du travail social. Par ailleurs, les outils propres au secteur social et médico-social (projet d'accompagnement individualisé, contrat de séjour, règlement de fonctionnement, réunion de synthèse, etc.) sont souvent utilisés, même lorsque le dispositif est de droit commun, comme pour l'habitat regroupé et les habitants sont parfois appelés des « *résidents* », comme c'est le cas en établissement.

Trois objectifs d'accompagnement : stabiliser, rendre autonome, promouvoir le lien social

Si les objectifs éducatifs de premier plan varient d'un dispositif à l'autre, on peut néanmoins constater des orientations communes. Les dispositifs poursuivent trois objectifs généraux : pérenniser le parcours de soin psychiatrique des locataires, rendre les personnes autonomes dans le logement (et parfois aussi dans la cité) et favoriser le lien social.

Pérenniser le parcours de soin des locataires, réhabiliter, assurer une « stabilité psychique »

Le soin et la santé sont des axes centraux dans les accompagnements réalisés : « *intrinsèquement, pour la problématique de notre public, on parlera toujours de santé, on parlera de stabilité, on ne parlera pas de guérison, on parlera de réhabilitation sociale* » (éducateur spécialisé, ACT). La stabilité psychique est généralement posée comme une condition préalable à l'entrée dans les dispositifs. Si elle n'est pas toujours assurée au départ, elle est néanmoins recherchée tout au long du parcours des personnes au sein des dispositifs *via* le passage régulier d'infirmiers qui délivrent les traitements ou *via* les suivis psychiatriques. À noter qu'il est question aussi de prendre en compte les soins somatiques (kinésithérapie, dentaire, etc.) et le traitement des addictions.

Tous les dispositifs sont en lien avec la psychiatrie, soit par la présence de professionnels spécialisés au sein du dispositif ou des associations gestionnaires (infirmière et médecin-psychiatre coordinateur aux ACT, médecins-psychiatres pour l'habitat partagé), soit *via* des prestataires extérieurs (cabinets infirmiers, centres médico-psychologiques [CMP], centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie [CSAPA], hôpitaux de jour et psychiatriques, etc.). Les professionnels peuvent ainsi s'y référer lorsqu'ils en éprouvent le besoin ; lors d'une demande d'hospitalisation émanant d'un locataire, lors d'une hospitalisation sous contrainte, pour « *interpeller* » un médecin psychiatre lorsqu'un habitant est en train de « *sombrer* » (monitrice-éducatrice, habitats accompagnés). Les professionnels du dispositif contribuent eux aussi à assurer la stabilité psychique des locataires ; ils leur apportent un soutien moral, sont amenés à les rassurer et à gérer leurs angoisses, ils peuvent les aider pour la prise des rendez-vous médicaux et s'assurent de l'observance des traitements (par la mise en place de passages infirmiers pour les délivrer).

« [L'intérêt] c'est de leur apporter notre soutien à travers tous les échanges qu'on peut avoir avec eux. C'est aussi les apaiser, les rassurer par rapport aux angoisses qui peuvent exister. » (cheffe de service, habitat regroupé)

« [La présence des professionnels permet] la gestion des angoisses. Des fois, rien que quelqu'un qui monte un petit peu en angoisse. Rien que le fait qu'on passe trois minutes dire : "Bonjour, comment allez-vous ?", pouf ça fait redescendre quoi. » (monitrice-éducatrice, habitats accompagnés)

Les situations de « rupture de soin » peuvent par ailleurs inquiéter les professionnels des dispositifs, qui considèrent que « la personne échappe au service » et qu'« on les perd ». En cela, l'objectif d'accompagnement qui vise à sécuriser le parcours de soin (en le pérennisant) constitue un préalable pour atteindre d'autres objectifs tels que l'autonomie dans le logement (Velpry 2009; Moreau 2017) ou le lien social.

Travailler l'autonomie dans le logement et dans la cité

Le second objectif commun à tous les dispositifs est **de travailler l'autonomisation des habitants dans la gestion d'un logement** ; il s'agit « de reprendre contact avec la vie autonome » (éducateur spécialisé, ACT) de s'insérer par le logement et d'aider les locataires à « réapprendre les gestes de la vie quotidienne » (coordinatrice, habitats partagés). L'accompagnement s'appuie sur un « comme si » (Velpry 2009), où les « situation[s] d'imitation de la vie sociale normale » permettent d'inscrire les locataires dans des situations d'apprentissage qui les préparent à un retour potentiel à la vie ordinaire. Suivant les dispositifs et les capacités estimées des personnes, les professionnels apportent un soutien à l'entretien du logement, à la gestion de l'alimentation (composition des repas, courses), à la gestion d'un budget, à l'achat de meubles ou à l'utilisation des services de droit commun. Dans les ACT, qui proposent un hébergement temporaire d'une durée de deux ans maximum, les professionnels interviennent aussi plus spécifiquement pour l'aide aux démarches administratives, la recherche d'un logement autonome et s'assurent que les locataires trouvent une solution de logement durable lors de leur sortie. Bien qu'ils proposent une solution d'hébergement permanente, les habitats partagés visent aussi à **favoriser l'installation des personnes dans un logement autonome et leur intégration dans la cité**. Outre la « stimulation » pour les actes de la vie quotidienne dans le logement, l'accent est mis sur la maîtrise des services de la vie courante, de droit commun. Si nécessaire, les locataires sont appelés à se servir des numéros d'urgence (le 15, le 17, le 18, le 112) qui sont affichés dans les maisons. Une habitante qui se déplace en fauteuil roulant dispose notamment d'un système de téléalarme qui contacte directement le SAMU en cas de chute. Les coordinatrices sociales incitent aussi les personnes à s'inscrire à des activités dans les structures de droit commun, à utiliser les transports en commun, à se rendre dans les commerces de proximité.

Rompre l'isolement, travailler le lien social et l'accès à la vie sociale

Un objectif de socialisation des habitants est également invoqué dans tous les dispositifs (là aussi de façon plus ou moins explicitée selon les habitats). Il est particulièrement travaillé dans les habitats partagés, dont l'un des axes principaux est l'intégration dans la cité. En règle générale, cet objectif répond à un constat d'isolement social des personnes avec un handicap psychique auquel il faudrait remédier.

Cet objectif de socialisation se traduit par la localisation des dispositifs. Généralement, la proximité des services, des commerces, des transports en commun et du centre-ville est recherchée, même si elle n'est pas toujours assurée (les professionnels de l'habitat regroupé considèrent que le lieu est trop excentré). Des activités collectives et des sorties à l'extérieur (randonnées, goûters, bowling, etc.) sont proposées dans tous les dispositifs, parfois entre structures et maisons appartenant à la même association. La socialisation peut se faire également de l'intérieur, dans le microcosme du dispositif, *via* le contact avec des professionnels et des autres habitants, au cours d'ateliers et activités plus ou moins formalisés (atelier cuisine, débat, discussion). Il est aussi travaillé individuellement. Les locataires sont encouragés à

s'inscrire à des activités au sein des SAVS et des SAMSAH auxquels ils ont recours, mais aussi dans des structures de droit commun (maisons des jeunes et de la culture [MJC], centres sociaux). Les locataires ont généralement le choix de participer ou non aux activités, sauf dans les ACT, où elles sont parfois imposées. Ils ont aussi la possibilité de faire des propositions de sorties et d'activités. À noter que pour certains professionnels, les activités et les sorties ne sont pas seulement l'occasion de créer du lien, mais constituent une opportunité pour évaluer les capacités d'autonomie dans les actes de la vie quotidienne (logement, transports en commun, courses, etc.) en situation réelle.

Gestion des tensions entre autonomie et protection des personnes

Des dispositifs qui impliquent des restrictions

Les habitants des différents dispositifs sont soumis à un certain nombre de restrictions quand ils s'installent dans les lieux. Il leur faut, comme nous l'avons souligné, être inscrits dans un « parcours de soin » (être accompagné par un thérapeute qu'ils ont la possibilité de choisir ou être suivi dans un CMP), présenter une certaine stabilité psychique et/ou être sous mesure de protection juridique. De même, les habitants sont appelés à se conformer volontairement à un règlement intérieur (qu'ils ont préalablement validé en signant un contrat lors de leur entrée dans les lieux et auquel on les invite parfois à participer) et à un certain nombre d'interdits. La consommation d'alcool, de cigarettes et de toxiques n'est généralement pas autorisée dans les espaces communs et/ou dans les logements. La présence des animaux de compagnie est réglementée (dans certains cas, les animaux de petite taille peuvent être tolérés, moyennant des discussions avec la direction, comme c'est le cas dans l'habitat regroupé). Il en est de même pour les circulations et allers et venues. Généralement, les visites doivent être validées par les professionnels et les locataires doivent parfois informer les professionnels quand ils s'absentent.

Par ailleurs, **plusieurs professionnels appréhendent le collectif comme une entité qu'il faut protéger.** Les manquements au règlement intérieur sont généralement suivis d'une sanction si le comportement de la personne est susceptible de perturber la vie collective. Dans l'habitat regroupé par exemple, un des locataires présente un syndrome de Diogène et accumule de nombreux objets dans son appartement, lequel n'est pas entretenu et dégage de fortes odeurs qui dérangent les autres locataires. Ce dérangement est l'une des raisons évoquées par les professionnelles pour justifier une intervention visant au désencombrement du logement de ce locataire. La cheffe de service explique que le règlement de fonctionnement de l'habitat regroupé est là pour protéger le collectif.

Ces contraintes, bien qu'elles s'inscrivent parfois dans un objectif thérapeutique, questionnent la place du « chez soi », en tant « qu'espace à soi » et « endroit où on est maître chez soi » (Ennuyer et Gardien 2017), mais aussi les frontières entre le « chez soi » et le « chez nous » au même titre que ce qui a pu être mis en évidence dans le rapport intermédiaire 1 (Rapegno et Rosenfelder 2020).

L'accompagnement, un « ordre négocié »

L'accompagnement et les conditions d'hébergement dans les dispositifs, s'ils supposent que les locataires se conforment à un certain nombre d'interdits et de règles qui les contraignent au quotidien, se réalisent dans la négociation, la concertation et la recherche de leur consentement. Cela peut se traduire concrètement par la signature d'un contrat avant l'entrée dans les lieux, comme ce qui a été montré par Livia Velpry (2009) dans le cadre des appartements thérapeutiques. De même, la volonté d'acquérir une autonomie dans le logement constitue un préalable obligatoire à l'entrée dans les lieux. Les personnes doivent montrer leur souhait de devenir autonomes dans leur logement. Là où habituellement la notion d'autonomie est utilisée par les professionnels au sens d'être capable de faire les choses par soi-même, ici elle semble prendre son sens premier, à savoir que les personnes sont à l'origine de la décision concernant leur objectif d'accéder à un logement de droit commun.

Par ailleurs, **l'accompagnement et l'implication des locataires** s'appuyant sur la recherche de leur consentement **se construisent « en concertation avec les résidents »** (cheffe de service, habitat

regroupé), car « *il faut que les personnes puissent adhérer à cette idée* ». En cela, la recherche de consentement se fait plutôt par le dialogue ou encore l'utilisation de « pratiques de ruse » (Vidal-Naquet 2013), pratiques réfléchies et moins frontales que l'interdiction ou le commandement, telles que la persuasion, dans l'objectif d'obtenir le consentement des personnes et ce à travers une négociation quotidienne (Velpry 2009).

« Ça ne marche pas d'interdire. La relation de confiance permet de rester dans l'échange sur la consommation de toxique et de maintenir le lien pour pouvoir accompagner la personne vers les professionnels compétents » (échange informel avec la cheffe de service de l'habitat regroupé).

Ici, les pratiques de négociation permettant d'obtenir le consentement au même titre que les « pratiques de ruse » (Vidal-Naquet 2013) constituent un moyen permettant de concilier les principes d'autonomie et de sécurité, qui peuvent entrer en tension.

L'organisation et les objectifs des différents dispositifs ont été profondément bousculés suite à l'annonce du confinement. Les prochaines parties reviendront sur les réajustements opérés par les professionnels pour gérer les risques sanitaires, mais aussi la « crise » (Borraz 2020) qu'a constitué la situation de confinement/déconfinement.

De l'annonce du confinement à sa mise en routine

Le confinement, déclaré le lundi 16 mars pour une mise en effectivité le 17 mars, a dû être préparé en urgence. Cette mise en quarantaine de la population a eu des effets au sein des dispositifs, tant sur les mesures sanitaires instaurées, que sur l'organisation du travail mise en place ou que sur les pratiques d'accompagnement (avec la plupart du temps une suppression d'activités).

Des interdits et mesures sanitaires⁷ aux contours flous

Des protocoles inspirés par les recommandations nationales et régionales

A l'annonce du confinement, une nouvelle organisation du travail, de l'utilisation des espaces, des accompagnements s'est mise en place, souvent du fait de l'équipe de direction s'appuyant sur des directives municipales (par exemple, dans le cas de l'utilisation de locaux du CCAS pour les habitats accompagnés) départementales, régionales ou nationales.

Ces protocoles ont généralement été discutés par l'équipe de direction, parfois avec le médecin psychiatre comme aux ACT et sur l'habitat regroupé, avant d'être diffusés à l'ensemble des équipes. Ils ont été réajustés à plusieurs reprises, pour prendre en compte les directives qui se sont succédées et les remontées de terrain. Les salariés ont parfois pu les faire évoluer. Ainsi, aux habitats accompagnés, la monitrice-éducatrice insiste sur la souplesse de la mise en pratique des protocoles : les décisions prises ont pu se « discuter » et « évoluer ». Cependant, pour la plupart des professionnels rencontrés, l'information a été perçue comme descendante, de la direction vers les professionnels de terrain. Dans tous les cas, les locataires ont été informés des protocoles sans y être associés. L'organisation mise en place avait pour objectif de respecter les recommandations édictées tout en tenant compte des réalités de terrain. L'idée était de répondre aux exigences du confinement, de limiter les contacts entre professionnels et entre professionnels et locataires tout en continuant d'assurer un accompagnement adapté aux besoins (estimés) des personnes.

⁷ Les interdits et les mesures sanitaires pris dans les dispositifs seront développés dans le mémoire de Master 2 de Maina Le Helley.

Un approvisionnement en matériel réalisé en partie par des solidarités privées

Dans l'ensemble, des équipements de protection individuelle (masques, gel hydro alcoolique, gants, etc.) ont été fournis aux professionnels et aux locataires⁸. En fonction de la localisation du dispositif (et de sa tutelle : ARS ou conseil départemental) et de son statut (droit commun ou médico-social), les pourvoyeurs de matériel de protection ont pu différer. Ainsi, pour les habitats accompagnés, l'ARS a fourni les masques et les lunettes et l'association a dû acheter des gants tandis que pour les ACT, situés dans une autre région, l'ARS a fourni les masques et les gants. Aux habitats partagés, c'est le département qui a envoyé les masques.

Pour compléter ces équipements, **la plupart des dispositifs, que ce soit par le biais d'initiatives individuelles ou de demandes de la part de la direction, ont fait appel à des bénévoles.** Des professionnels ont aussi pu se proposer spontanément pour coudre des masques pour les habitants ou ont fait appel à leurs connaissances pour fabriquer ou fournir du matériel. **Cette mobilisation des professionnels témoigne de leur implication et de leur investissement émotionnel.**

Des entreprises et associations ont aussi répondu aux sollicitations des associations gestionnaires portant les dispositifs en donnant des masques, des crèmes pour les mains ou encore en prêtant des tablettes pour permettre aux locataires d'échanger par visioconférence avec leur entourage. **Les solidarités privées à l'échelle locale - autres qu'intrafamiliales – se sont mises en place pour compenser la carence des acteurs publics,** notamment pour l'approvisionnement en masques. Les dispositifs ont pu faire appel à d'autres acteurs du territoire, que ce soit des associations, des habitants de la commune ou encore des entreprises. Sur certains territoires comme celui de l'habitat regroupé, la connaissance mutuelle des acteurs médico-sociaux réunis au sein d'une association d'associations, le groupe de recherches et d'actions des associations locales (GRAAL), a permis de mutualiser les ressources :

« [il y avait] des visios qui se faisaient une fois par semaine et où les directeurs pouvaient échanger sur les plans qu'ils pouvaient avoir et donc il y a eu des masques, de la crème pour les mains aussi qui ont été fournis. On a eu des masques qui ont été donnés par un ESAT [...] qui était fermé, qui en avait pas besoin » (chef de service, habitat regroupé, 4 juin).

En fonction de l'insertion du dispositif dans le territoire, de la densité du tissu associatif, **les dispositifs d'habitat ont pu se reposer sur d'autres acteurs, ce qui a entraîné des inégalités dans l'accès aux équipements de protection.**

Une attention particulière aux espaces collectifs favorisant la circulation du virus

Dans l'ensemble des dispositifs, les visites ont été interdites le temps du confinement. La gestion des espaces collectifs a été variable d'un dispositif à l'autre, l'application des mesures barrières et protocoles sanitaires étant plus ou moins stricte. Les locataires sont habituellement encouragés à se saisir de ces espaces qui favorisent les échanges et permettent de travailler le lien social. Mais il en a été généralement autrement pendant le confinement. La vie en semi-collectif a pu être considérée comme un facteur de risque, car il y est « *un peu plus compliqué de garantir un confinement* » (éducateur spécialisé, ACT, 28 avril). Le port du masque a notamment fait l'objet de décisions différentes. Aux habitats partagés, les intervenants ont été tenus de porter un masque, mais pas les habitants. Aux ACT, il a été demandé aux habitants « *de porter un masque quand ils sont deux ou trois dans la même pièce, qu'ils se croisent* » (éducateur spécialisé, ACT, 28 avril) tandis qu'à l'habitat regroupé, il a été demandé aux habitants de limiter leurs échanges à quinze minutes dans la salle commune, de ne pas y être à plus de quatre et de porter un masque. Ces demandes ont été faites dans l'objectif de « *limiter les contacts* » ou de ne pas stigmatiser un potentiel malade en prenant l'habitude de porter un masque : « *si quelqu'un est malade, il va être stigmatisé, on a fait le choix que tout le monde porte un masque* » (éducateur

⁸ Toutes les équipes de direction ont rencontré des difficultés d'approvisionnement à un moment donné du confinement. Celles-ci ont largement été relayées par la presse. Nous ne revenons pas plus en détails sur ce sujet.

spécialisé, ACT, 21 avril). Cependant, la présence réduite des professionnels sur la plupart des dispositifs a sans doute laissé une certaine marge de manœuvre aux habitants pour contourner ces consignes.

De manière générale, **les espaces communs qui permettent, en temps normal, de maintenir le lien, de renforcer les solidarités semblent être sources d'insécurité en temps de crise, car ils accentuent le risque de contamination.**

Une nouvelle organisation du travail : du présentiel au distanciel

Une moindre présence : effets sur les relations avec les locataires et entre professionnels

De nombreux professionnels sont passés **du présentiel au distanciel**. Sur les habitats partagés ainsi que sur l'habitat regroupé et sur les habitats accompagnés, le personnel administratif et les cadres (ainsi que la coordinatrice) ont télétravaillé à temps plein ou à temps partiel.

Cela s'est traduit par une **diminution des temps en présentiel sur la plupart des dispositifs**. Sur les habitats accompagnés, l'ensemble des professionnels a été mis en télétravail. L'accompagnement s'est essentiellement fait à distance avec un appel téléphonique quotidien et une visite hebdomadaire « *avec des entretiens en extérieur* » sans rentrer dans le logement⁹. Sur l'habitat regroupé, l'AMP intervenant habituellement deux jours et demi par semaine a d'abord été mise en quatorzaine suite à une prise de température élevée. Elle a ensuite continué à télétravailler par précaution pour protéger les locataires du virus. Une autre professionnelle de l'association résidant près du dispositif s'y est rendue une heure par jour. Les locataires ont ainsi continué à voir un professionnel quotidiennement sans multiplier les contacts. Cependant, les heures de présence ont été largement réduites (de 20 heures par semaine à 5 heures par semaine). Aux ACT, le temps de présence des éducateurs a diminué d'une heure par jour, ceux-ci commençant une heure plus tard. Toutefois, la présence d'un professionnel était assurée toutes les nuits jusqu'à minuit. Sur les habitats partagés, les intervenants dans les habitats ont continué à se rendre dans les locaux et ont maintenu leurs interventions sur les créneaux habituels du lundi au dimanche. Il n'y a donc pas eu de changement ni sur la durée ni sur la fréquence des interventions. Cependant, sur les trois coordinatrices, deux ont été mises au chômage partiel.

Sur les ACT, il y a aussi eu une **diminution du nombre de professionnels** intervenant simultanément avec la présence d'un seul éducateur : « *[habituellement] quand une personne est là pour répondre au téléphone et faire le travail administratif, il y a une deuxième personne qui est auprès des résidents et qui a des rendez-vous et une troisième qui peut être ailleurs* » (éducateur spécialisé, ACT, 28 avril). Durant le confinement, chaque professionnel présent sur les ACT a été particulièrement attentif à se rendre disponible et visible : « *c'est un tour dans les étages, beaucoup plus régulier, des rendez-vous qui vont être beaucoup plus réguliers aussi, des propositions d'accompagnement même en individuel* ». Cette nouvelle organisation du travail privilégiant les interventions individuelles et compliquant les échanges entre collègues a pu amener les professionnels à gérer seuls certaines situations et à leur faire endosser plus de responsabilités qu'habituellement¹⁰.

L'organisation a été perturbée dans tous les dispositifs, mais a pu être ajustée au cours du confinement. Les professionnels ont dû apprendre à travailler à distance tandis que les habitants ont dû s'adapter aux nouveaux rythmes de passage, à la moins grande présence de professionnels ou encore à la venue d'une nouvelle professionnelle sur l'habitat regroupé.

⁹ Initialement, tous les déplacements sur les logements avaient été supprimés et les professionnels n'étaient joignables que par téléphone mais les interventions ont été réajustées « *suite aux messieurs qui montaient, montaient, montaient* » avec d'abord deux passages hebdomadaires puis un passage par semaine.

¹⁰ La question de la responsabilisation des professionnels, notamment d'ordre moral, est traitée plus en détails dans la dernière partie de ce document. Les liens entre travail « solitaire » et responsabilité morale ont aussi été évoqués dans le rapport n°1.

Le télétravail a aussi obligé les professionnels à **repenser leurs relations**. Ils ont privilégié le téléphone pour rester en contact avec leurs collègues, notamment ceux qui étaient en télétravail à temps plein. Les équipes de direction ont aussi cherché à maintenir le lien avec les équipes, que ce soit en envoyant des emails, en créant des groupes Whatsapp, ou en organisant des réunions par visioconférence ou par téléphone. Certaines directions ont instauré des réunions hebdomadaires dès le début du confinement tandis que d'autres les ont organisées plus tardivement. L'affichage des directives dans les locaux a aussi permis d'informer les salariés sur les protocoles en place et les mesures à prendre, les salariés ne se voyant pas physiquement. Les échanges informels sur le terrain ont aussi contribué à maintenir le lien et à faire vivre le collectif de travail : « *on se laisse pleins de petits mots choupi mais aussi des choses un peu plus protocolaires* » (éducateur spécialisé, ACT, 28 avril 2020).

Le travail à distance - sur lequel nous reviendrons dans la dernière partie du document - a constitué une « épreuve » pour les professionnels interrogés qui exercent des « métiers de la relation » (Demailly 2008), et dont une des missions est de « prendre soin au quotidien » (Aimé 2009)¹¹.

Des partenaires moins présents : vers un glissement des tâches et de nouvelles responsabilités ?
Une grande partie des partenaires a suspendu ou diminué les accompagnements sur les dispositifs.

Les **médecins et les curateurs** ont globalement eu des contacts par courriel avec les professionnels et ont appelé régulièrement les habitants. **Les hôpitaux de jour ont majoritairement suspendu leur accueil** et, par conséquent, les activités thérapeutiques qui y étaient proposées¹². **Les CMP ont annulé la plupart des rendez-vous physiques**, mais ont pu organiser des rendez-vous téléphoniques, notamment sur sollicitation des professionnels en cas d'urgence. **Il n'y a donc pas eu de rupture totale des accompagnements, mais plutôt une réorganisation avec un suivi à distance**, notamment grâce à des appels téléphoniques.

Les **passages infirmiers**, lorsqu'ils n'étaient pas réalisés par des salariés du dispositif – comme c'est le cas pour les ACT qui ont une infirmière en interne pour la distribution des traitements - **ont généralement diminué** « *pour éviter la propagation du virus* ». Sur l'habitat regroupé, il n'y a eu qu'un passage infirmier le soir au lieu de deux passages par jour. Sur les habitats partagés, le cabinet infirmier a continué ses interventions pendant la période de crise, mais les passages hebdomadaires des infirmiers du CMP auprès de certains locataires ont été suspendus. **Des parcours de soins ont été interrompus ou modifiés** comme une cure de désintoxication qui a été repoussée. De nombreux rendez-vous ont aussi été annulés. **Les services à la personne qui font essentiellement de l'entretien du logement, ont opté pour des positions variables**¹³. Sur les habitats partagés, le service à la personne (géré par la même association) a continué à intervenir tandis que sur l'habitat regroupé, le service à domicile (SAD) a diminué ses interventions quelques semaines après le début du confinement suite à une réduction de ses effectifs.

Cette diminution du suivi de la part des partenaires s'est souvent reportée sur les professionnels des dispositifs. Ainsi, les professionnels des ACT ont endossé certaines missions des partenaires. Par exemple, ils ont fait plus d'avance d'argent qu'habituellement pour les petites courses, du fait de la suspension des visites des curateurs. L'AMP de l'habitat regroupé a dû s'occuper de l'entretien des logements, mission habituellement prise en charge par les auxiliaires de vie sociale du SAD. Elle dit

¹¹ Béatrice Aimé (2009) évoque le métier d'AMP mais cela peut être élargi à tous les professionnels rencontrés.

¹² Deux des habitants des ACT ont toutefois pu continuer à aller en hôpital de jour sans bénéficier d'activité de groupe.

¹³ Pour rappel, tous les dispositifs ne font pas appel à des partenaires extérieurs. Le fonctionnement des habitats partagés repose sur la mise en commun de la PCH et l'intervention de services à domicile. Les ACT et les habitats accompagnés, reconnus comme des établissements médico-sociaux, n'ont pas recours à des interventions à domicile. La plupart des locataires de l'habitat regroupé – inscrit dans le droit commun - font appel à des services à domicile financés par la PCH mais le nombre d'heures allouées reste faible (1h à 2h par semaine et par locataire). Pour plus de précisions sur les interventions et les relations avec les partenaires extérieurs, se référer aux annexes.

s'être chargée d'aérer les appartements laissés libres depuis le confinement, de vider les poubelles « *qui traînaient depuis deux mois* » et les réfrigérateurs « *remplis d'aliments pourris* » ou avoir aidé un locataire à faire son ménage. Les professionnels ont aussi dû renforcer leur vigilance vis-à-vis du suivi médical des habitants. Ainsi, l'infirmière des ACT a été amenée à préparer les semainiers d'un locataire qui étaient habituellement préparés par l'hôpital de jour. Les professionnels ont également été particulièrement attentifs au parcours de soins des habitants. Suite aux annulations de rendez-vous médicaux, « *on s'attache à avoir bien en tête ces rendez-vous qu'il faudra reporter* » (cheffe de service, habitat regroupé, 23 mars).

Il y a donc, là aussi, une variation de configurations. **Le maintien ou la suspension des interventions des partenaires semble avoir été décidé en fonction des ressources des dispositifs.** Le SAD intervenant sur l'habitat regroupé, par exemple a priorisé les interventions auprès de personnes vivant seules à domicile, pour les levers, les couchers, l'aide au repas et a choisi de ne pas privilégier l'entretien du logement : « *vu qu'en plus nous ça fait partie d'une asso, ils vont se dire qu'il y a d'autres professionnels qui peuvent intervenir* » (AMP, habitat regroupé, 7 avril). Aux habitats partagés (qui ne sont pas médicalisés), le CMP a continué à accueillir une personne pour qu'elle vienne faire son semainier, dans l'objectif qu'elle puisse être autonome dans sa prise de médicament si, un jour, elle venait à vivre seule.

Des accompagnements bousculés : entre activités à l'arrêt et nouvelles priorités

Le confinement a aussi eu une incidence sur l'accompagnement quotidien des personnes. Certaines activités ont été supprimées pour se conformer aux mesures mises en vigueur par le gouvernement durant toute la période, comme les sorties récréatives. D'autres ont été suspendues du fait de la mise en télétravail des professionnels. Il a fallu statuer sur la continuation de certaines activités comme les activités collectives au sein d'un habitat, la réalisation des courses, la prise de repas, l'entretien du logement ou les projets à long terme (de recherche de logement, d'emploi, etc.). Les choix ont différé en fonction des dispositifs. Les professionnels ont aussi réajusté progressivement leur accompagnement en essayant de construire un cadre et d'organiser une nouvelle routine. **Même lorsque les temps en présentiel sont demeurés élevés, il a fallu repenser l'accompagnement.**

Une diminution des ateliers éducatifs et thérapeutiques

Les activités à la carte et le « travail au cas par cas » (Davagle et al. 2012) **ont diminué dans tous les dispositifs**, que ce soit au début ou au cours du confinement.

Les activités réalisées à l'extérieur ont immédiatement été annulées dans tous les dispositifs puis la plupart des activités collectives ont été arrêtées de façon progressive, souvent selon les préconisations de l'ARS. Cela s'est traduit par **une suspension des ateliers de groupe, notamment des repas.** Ainsi les repas en groupe aux ACT et sur l'habitat regroupé, les goûters sur les habitats accompagnés et les repas entre maisons sur les habitats partagés ont été arrêtés pour éviter les contaminations. Aux ACT, les ateliers à deux locataires, soit du « *micro-collectif* », ont d'abord été maintenus puis ont été réduits, fin avril, à de l'accompagnement individuel. La plupart des animations – qui permettent de sécuriser la vie sociale des habitants¹⁴ – ont donc été arrêtées.

Les équipes de direction ont pris des positions différentes sur les courses. Aux habitats partagés, elles ont été réalisées « par » les intervenants sans les habitants (qui en temps habituel s'y rendent aussi) : « *ils continuent à préparer les menus avec les intervenants, ils continuent à préparer la liste des courses [...], mais c'est que l'intervenant qui sort pour faire les courses pour limiter quand même les risques* » (coordinatrice, habitats partagés, 22 avril). Dans ce cas, « faire à la place de » ne signifie pas « faire sans ». Les intervenants ont cherché à continuer d'associer les habitants à la réalisation des

¹⁴ Le rôle des animations pour sécuriser la vie sociale a été abordé de façon plus approfondie dans le rapport n°1.

courses. Aux ACT, la plupart des locataires ont continué à faire leurs courses, accompagnés d'un professionnel :

« Pour une bonne partie des personnes, on les accompagnait à faire en sorte qu'ils fassent les courses, une fois par semaine pour toute la semaine et pour certains qui étaient vraiment trop angoissés ou trop à risque au niveau de leur santé c'est nous qui faisons les courses et on leur facturait juste le reçu. » (éducateur spécialisé, ACT, 14 mai)

Toutefois, une livraison des repas a été mise en place du lundi au vendredi afin de limiter la fréquentation des magasins par les habitants « *qui ne savent pas forcément gérer les stocks* » et qui peuvent être amenés à faire « *des allers retours toute la semaine pour s'acheter à manger* ». Cela a néanmoins entraîné un surcoût pour les locataires et une moindre possibilité de choisir la composition des repas¹⁵. Sur l'habitat regroupé, les professionnels ont favorisé les commandes en *drive* - réalisées par l'AMP, alors en télétravail :

« Il y a certains commerces qui prennent plus les pièces de monnaie, les personnes qui sont sous curatelle font des retraits d'argent, elles n'ont que ce moyen de paiement. On favorise les drive, mais les personnes n'ont pas de moyens de paiement par carte bancaire donc on fait des listes groupées [...] une liste commune et puis moi je paye un drive, on va chercher les produits, on maintient les résidents en sécurité à leur domicile et puis on ramène les courses et puis on dispatchera après aux curateurs. » (chef de service, habitat regroupé, 23 mars)

Bien que les professionnels aient cherché à limiter les déplacements des habitants et aient « *fait à leur place* » (AMP, habitat regroupé, 7 avril), certains locataires ont continué à faire des courses en complément : « *ils vont acheter eux-mêmes, ils retirent eux-mêmes leur argent, ils vont à la pharmacie eux-mêmes, ils vont acheter leur tabac eux-mêmes* ». Tout en essayant de respecter les mesures sanitaires et de limiter les risques de contamination, les professionnels ont veillé à les associer aux courses, à respecter les préférences de chacun et ont adapté les mesures en fonction des habitants.

Les sorties pour aller faire les courses, qui constituent une activité thérapeutique à part entière encadrée par des professionnels, ont fait l'objet d'une réflexion particulière et ont été repensées tandis que les autres déplacements des habitants n'ont pas été pris en charge par les professionnels. Un accompagnement spécifique a ponctuellement pu être mis en place pour certains locataires : « *Il y a quelque chose qui a été mis en place avec le SAVS pendant le confinement. Ça a été une rencontre toutes les semaines pour aller faire un petit tour en extérieur avec [prénom d'un locataire]* » (AMP, habitat regroupé, 15 mai).

Dans tous les dispositifs, les professionnels ont mis à disposition des attestations de sorties en facile à lire et à comprendre (FALC) et ont parfois aidé les locataires à les remplir. Ils les ont néanmoins incités à limiter leurs sorties : « *au début surtout qu'on donne beaucoup d'attestations parce que les personnes avaient besoin de sortir beaucoup. Après on a essayé de limiter et puis voilà, plus le temps passe plus on essaye de réduire aussi puisque que bah, ils se rendent compte aussi du truc* » (AMP, habitat regroupé, 7 avril). Cependant, en leur absence, il est difficile de savoir si les habitants se sont restreints : « *dès que les intervenants sont partis ils sortent hein, sans attestation* » (la coordinatrice des habitats partagés, 22 avril).

Durant la situation de confinement, les professionnels ont maintenu une certaine « éthique de la sollicitude » (déjà mentionnée dans le rapport n°1). En dépit des restrictions et des contraintes relatives

¹⁵ Comme dans le rapport n°1, le recours à un traiteur limite le choix des repas.

à la crise et au respect des consignes sanitaires, ils ont cherché à respecter et préserver les préférences des personnes et à s'ajuster à leur routine et besoins (en termes de sorties à l'extérieur par exemple).

Le travail d'autonomisation dans le logement, qui est une des missions principales de ces dispositifs, a été partiellement mis à l'arrêt. Comme la plupart des activités, les ateliers dits éducatifs sur l'alimentation ou sur l'administratif, par exemple, ont été suspendus. Les recherches de logement ou d'emploi ont été arrêtées : « *les agences immobilières sont fermées, il n'y a pas de visite de logements. Donc tout le temps de ça [du confinement], son projet, il est en standby* » (monitrice-éducatrice, habitats accompagnés, 31 mars) ; « *ils ne peuvent pas continuer leurs démarches que ce soit d'insertion professionnelle, formation* » (éducateur spécialisé, ACT, 21 avril). La monitrice-éducatrice des habitats accompagnés explique avoir « *pris le relai* » pour effectuer des démarches administratives « *en totalité* », les guichets ayant fermé :

« C'était des choses dématérialisées à faire auprès de la sécu, des mutuelles, des choses comme ça. Et du coup ça devait passer via des outils mails, etc, qu'ils ne maîtrisent pas. Bah du coup on a pu faire des choses à leur place, alors qu'autrement ils se seraient rendus à la sécu, rendus à la mutuelle, parler avec la personne, dire ce dont ils avaient besoin et ils auraient géré eux-mêmes, ou en tout cas on les aurait soutenus à côté. » (monitrice-éducatrice, habitats accompagnés, 7 mai)

Le souci de protéger les habitants du virus, la mise en télétravail des professionnels et la réduction de l'activité générale – notamment celle des interlocuteurs dans le domaine économique et social - ont conduit à une suspension des accompagnements habituels et à une mise à l'arrêt des projets des habitants. La diminution des sorties et des liens avec l'extérieur est d'autant plus problématique que c'est une des bases de l'accompagnement au sein de ces dispositifs.

De nouvelles priorités face à cette situation exceptionnelle

Face à un quotidien bouleversé et à un risque de décompensation et de montée des angoisses, les professionnels ont redéfini leurs priorités et leurs objectifs.

Expliquer la situation et transmettre les informations

La brutalité du confinement n'a pas permis de préparer les locataires. Les premières semaines, les professionnels ont dû leur **expliquer la situation, les informer, les sensibiliser** dans un « *but d'information et d'apprentissage [...] de compréhension* » (éducateur spécialisé, ACT, 28 avril).

Ils ont été **attentifs à la façon de présenter la situation aux habitants** pour qu'ils comprennent les raisons du confinement et qu'ils assimilent la situation : « *il fallait faire extrêmement attention aux mots qu'on employait* » (coordinatrice, habitats partagés, 22 avril). Ils ont cherché à expliquer ce qu'était la COVID-19 et les modifications que le confinement et la circulation du virus engendraient sur leur quotidien.

Ce travail pédagogique a constitué une activité à part entière durant les premières semaines. Aux ACT, les trois premières semaines, seuls un éducateur et l'infirmière étaient présents :

« On a dû passer dans chaque étage pour expliquer ce qui avait été décidé. On a pris le temps à chaque appartement de voir chaque personne, plus s'il le souhaitait en individuel, en rendez-vous après, pour vraiment rappeler un petit peu. Alors moi dans un côté plus pratico-pratique. Ce qu'on peut proposer en attendant, ce qui va se mettre en place, ce qui est annulé, ce qui est reporté. Et ma collègue, plus dans une relation on va dire soignante. De dire voilà, on a affaire à une épidémie de telle chose, qui est un virus, qui fonctionne comme ça, machin. » (éducateur spécialisé, ACT, 21 avril)

Les professionnels n'ont pas hésité à réexpliquer la situation à plusieurs reprises, collectivement ou individuellement, d'autant plus lorsque certains habitants ont des difficultés de compréhension ou des troubles de la mémoire. Aux habitats partagés, c'est la coordinatrice qui a informé les habitants alors qu'elle était en télétravail : « *c'était par l'intermédiaire des téléphones des intervenants. [...] Ils ont mis leur téléphone en haut-parleur dans chaque maison et j'ai tenté d'expliquer la situation à chacun. [...] ça a pris énormément de temps. Il a fallu beaucoup répéter* » (coordinatrice, habitats partagés, 22 avril).

L'information est aussi passée par de l'affichage, pour informer des gestes barrières, des précautions à prendre pour sortir.

Tous les intervenants insistent sur leur **rôle en termes de prévention**, particulièrement dans cette situation. Ce travail visait à protéger les personnes, pour qu'elles appliquent les gestes barrières, qu'elles ne fassent pas circuler le virus et qu'elles ne tombent pas malades. Il visait aussi à les prévenir des risques encourus en cas de non-respect des règles de confinement, et à éviter qu'elles puissent prendre une amende involontairement. **Leur souci était non seulement que les personnes intègrent la situation, mais aussi qu'elles la comprennent dans un objectif d'autonomisation.** L'éducateur des ACT insiste sur la « *nécessité de vraiment adapter le discours à la personne qu'on a en face [...] dans le sens de : "il faut que vous puissiez vraiment investir ce que je vous dis de la façon dont vous le sentez, mais de l'investir"* ». Certains professionnels ont aussi tenu à informer les habitants des conditions de déplacement possibles pour qu'ils s'en saisissent :

« [un monsieur] avait pas du tout pris conscience que sur l'autorisation de déplacement, c'était noté qu'il pouvait sortir dans un rayon du pâté de maison de chez lui pendant une heure. Donc il s'autorisait pas à faire ça. Voilà il avait pas pris conscience de ça [...] "une fois dans la journée vous pouvez sortir pendant une heure prendre l'air" [...] On espère qu'il va vraiment s'en saisir. » (monitrice-éducatrice, habitats accompagnés, 31 mars)

Les intervenants ont repris les politiques d'information développées dans une perspective de prévention primaire, leur objectif étant que les habitants intègrent l'existence des risques et développent des conduites de protection, mais ils les ont aussi informés pour qu'ils soient en capacité d'évaluer les risques sanitaires et financiers (tomber malade, prendre une amende). Leur travail s'est ici apparenté à une forme de « pédagogie du risque » (Hintermeyer 2014) pour que les habitants puissent « choisir le risque » (Besle et Sarradon-Eck 2019)¹⁶, ce qui constitue une forme d'autonomie. Dans cette situation de crise, les objectifs de sécurisation et d'autonomisation ont pu se rejoindre, la sécurisation ayant été perçue comme un moyen de rendre les personnes autonomes, notamment dans la prise de risque. Pouvoir prendre des risques suppose ainsi d'être responsable de soi (Hintermeyer 2014).

Recréer un cadre, être soutenant

Le contexte exceptionnel a fortement perturbé le quotidien des locataires (limitation des sorties, arrêt des activités quotidiennes, moindre présence de professionnels, diminution des interventions, projets à l'arrêt, etc.) et les professionnels rencontrés ont craint une recrudescence des troubles voire des dépressions ou des décompensations.

Les professionnels ont, pour la plupart essayé de se montrer soutenant : « *on doit rassurer* » (cheffe de service, habitat regroupé, 23 mars), « *on essaye d'être très soutenant, très présents* » (éducateur spécialisé, ACT, 21 avril). Ils ont tous insisté sur la nécessité de poser un cadre et d'être contenant, encore plus qu'habituellement : « *ils ont besoin de voir le cadre, de voir comment on fonctionne et de voir que même dans une période comme ça où bah non on peut pas sortir de chez soi, à moins d'avoir une bonne raison, [l'association] est quand même là quoi. Je pense que c'est rassurant pour eux.* »

¹⁶ Besle et Sarradon-Eck (2019) ont étudié le choix du risque réalisé par des malades dans le cas d'échecs thérapeutiques.

(monitrice-éducatrice, habitats accompagnés, 31 mars). Les professionnels ont essayé de recréer des habitudes auprès des habitants souvent très ritualisés :

« Concrètement on essaye de mettre en place des rendez-vous, créer du rythme, être présents à heures un peu fixes, se tenir disponible, essayer d'être force de proposition pour des occupations, d'être dans la valorisation, reformulation, voilà. On essaye vraiment d'être au plus proche [...] on voit un risque accru de décompensation. » (éducateur spécialisé, ACT, 21 avril)

Leur priorité a été de maintenir l'état de santé des personnes et d'éviter d'éventuelles décompensations. L'objectif d'autonomie, valorisé dans ces dispositifs et constituant le cœur des missions des professionnels, a été mis de côté, selon les professionnels. Il a toutefois pris d'autres formes, notamment dans le travail d'explication réalisé dans tous les dispositifs.

Eviter l'isolement en maintenant un lien

La sécurisation des publics est aussi passée par le maintien du lien. La suspension des interventions des infirmiers et des AVS des SAD ayant accru l'isolement des habitants, les passages aux habitats ou les contacts téléphoniques quotidiens ont été primordiaux. La mission d'animation déjà centrale en temps habituel, s'est accrue durant le confinement, mais avec des ajustements.

Les professionnels ont essayé **d'impulser une dynamique collective au sein des habitats et de créer du lien entre les colocataires.** Dans les habitats accompagnés, des jeux de société ont été déposés dans les colocations. Dans les habitats partagés, les intervenants ont joué « *un rôle un peu plus d'animation* » auprès des locataires qui les ont « *beaucoup sollicités* », par exemple pour faire des jeux de société. Ce rôle d'animation avait pour but de « *rompre un peu l'ennui et les journées qui se suivent et se ressemblent* » (coordinatrice, habitats partagés, 29 avril). Dans différents dispositifs, les habitants semblent aussi, pour certains, être « *plus solidaires* », « *plus proches* » et peuvent spontanément regarder un film ensemble ou se recréer des rituels, par exemple, en faisant une partie de scrabble chaque après-midi. La plupart des professionnels constatent qu'il y a eu plus de moments collectifs qu'habituellement. Les professionnels ont donc essayé de limiter les contacts entre locataires mais ils ont aussi fait en sorte qu'ils aient accès à des activités occupationnelles, qui supposaient parfois des interactions à plusieurs.

Le « travail relationnel » (Arborio 2012; Avril 2014) **consistant à maintenir du lien a été un levier de sécurisation dans ce contexte de crise¹⁷, durant lequel le risque d'isolement a été identifié par tous.**

A la fin du confinement, les professionnels ont constaté une **routinisation de la situation de confinement, laquelle semble avoir été intégrée et comprise par les locataires.** Tandis qu'au début, ils avaient « *du mal avec ces gestes barrières* » (éducateur spécialisé, ACT, 28 avril), qu'il était « *difficile de leur faire respecter le lavage des mains* » (coordinatrice, habitats partagés, 22 avril), ils ont finalement « *pris leurs habitudes* » (éducateur spécialisé, ACT, 28 avril), « *ils ont pris un rythme, ils ont tous accepté et compris, surtout compris, la situation* » (coordinatrice, habitats partagés, 29 avril). Cependant, les professionnels craignent tous les conséquences du confinement durant lequel ils ont l'impression d'avoir fait « *un grand pas en arrière, un très grand pas en arrière* » (coordinatrice, habitats partagés, 22 avril), d'avoir « *laissé un petit peu [les personnes] sans petites roues sur le vélo* » (éducateur spécialisé, ACT, 28 avril). Ils craignent, à la fin du confinement de « *devoir rattraper quelque chose* » (éducateur spécialisé, ACT, 28 avril).

¹⁷ Ce travail relationnel et émotionnel comme élément de sécurisation avait déjà été identifié pour le dispositif étudié dans le rapport n°1.

Un déconfinement progressif réalisé dans la prudence

Tandis que le confinement a été perçu comme brutal et n'a pas pu être préparé par les professionnels, le déconfinement a été anticipé, tant au niveau organisationnel qu'au niveau relationnel avec les habitants.

Un assouplissement progressif des interdits et mesures sanitaires¹⁸

Des stocks et du matériel en nombre moins limité

Au moment du déconfinement, les différents dispositifs ont pu bénéficier de stocks plus importants de matériel de protection. Les masques notamment ont été distribués plus largement, accompagnés parfois, selon certains professionnels de consignes d'utilisation à destination des habitants. Des affichages actualisés - ajustés à la situation de déconfinement - rappelant les gestes barrières ont été accrochés aux murs à des endroits que l'on peut qualifier de stratégiques : les entrées et les sorties.

Certains professionnels évoquent aussi le respect des consignes sanitaires lors des interventions dans les dispositifs plus fréquentes depuis le déconfinement. Une attention est portée au respect des distances, au port du masque ou encore dans le fait de régulièrement se laver les mains. La coordonnatrice des habitats partagés (27 mai) explique avoir reçu « *tout un protocole* » sur « *comment on rentre au bureau, sur le matériel qui va être mis à disposition, les masques, le gel, les gants si on veut* ».

La plupart des professionnels disent être restés vigilants quant à l'application des mesures et des consignes sanitaires : « *on est toujours un petit à cheval sur tout ce qui est ménage, les masques, le SHA¹⁹, tout ça, les protocoles* » (éducateur spécialisé, ACT, 14 mai). L'éducateur spécialisé des ACT note néanmoins une baisse de la vigilance au fil du temps :

« On sent clairement qu'on est sur la fin là. Alors on a fait quand même le choix de maintenir cette vigilance, ça c'est clair, mais on serait tenté, alors plus entre nous qu'avec les personnes qu'on accompagne, bien entendu, mais de relâcher un peu notre vigilance. Par exemple, dans le même bureau, oui bon bah la fenêtre est ouverte, on est à deux mètres, on peut quand même faire tomber le masque, quand même. Alors que faut avouer qu'il y a encore quelque temps, on n'aurait pas osé le faire. Donc je pense qu'il y a un relâchement. » (éducateur spécialisé, ACT, 16 juin)

La poursuite des protocoles sanitaires, avec parfois des incertitudes

Certains professionnels se sont appuyés sur un ensemble de protocoles leur permettant de préparer la situation :

« Donc on a eu un train de mesures organisationnelles, qui est tombé juste avant le déconfinement pour un effet le 11. C'est-à-dire que ça a été signé, ratifié et présenté même si on était au courant des modalités le 10, et que voilà, on avait quand même participé à la mise en place de ces mesures. » (éducateur spécialisé, ACT, 14 mai)

L'éducateur spécialisé souligne aussi qu'« *une compilation des trains de mesures* » pour « *créer un protocole en cas d'urgence* » a été amorcée, dans le but de préparer un éventuel reconfinement (éducateur spécialisé, ACT, 14 mai). La gestion de la situation a parfois été présentée comme plus incertaine, comme dans les habitats partagés. La coordonnatrice souligne en effet que la réunion de préparation avec la direction n'a pas permis de lever le flou concernant la marche à suivre. Les professionnels sont, selon elle, « *toujours un peu au jour le jour* », et au-delà des annonces officielles – spécifiques ni au secteur médico-social ni aux populations en situation de handicap - qui permettent d'orienter les modalités de (ré)organisation, « *personne ne voit clair sur du long terme* ».

¹⁸ Comme cela a déjà été indiqué dans la partie portant sur la mise en place du confinement, ces éléments seront plus développés dans le mémoire de Master 2 de Maïna Le Helley.

¹⁹ Solution hydro-alcoolique.

Une souplesse dans la gestion des espaces collectifs et des allers et venues

Le déconfinement a également été accompagné de nouvelles directives et prescriptions, relatives à l'utilisation des espaces communs, et parfois aux conditions d'entrée et de sortie dans les locaux. Dans l'habitat regroupé, les règles concernant l'utilisation des parties communes (qui par ailleurs n'ont jamais été totalement fermées) se sont assouplies :

« On a ouvert aussi, les résidents ont pu se retrouver entre eux pour faire un jeu de société ou pour avoir un échange. Ils avaient besoin de se retrouver dans l'espace commun [...], il y a eu peut-être plus d'échanges, plus de rencontres sur les espaces communs. » (cheffe de service, habitat regroupé, 4 juin)

Les visites des proches ont été gérées de manière hétérogène suivant les dispositifs. Contrairement à ce qui fut le cas dans les établissements médico-sociaux, cette question n'a pas toujours été anticipée, ni fait l'objet d'un protocole particulier, les visites des familles étant peu fréquentes dans ces dispositifs, selon les professionnels. La monitrice-éducatrice des habitats accompagnés souligne par exemple *« on ne l'a pas pensé, parce qu'on n'a eu aucune demande »*. De même la coordonnatrice des habitats partagés admet : *« j'avoue que j'y ai pas pensé, pour être honnête »*. En revanche, comme le souligne la professionnelle, certains locataires *« ont repris leur rythme d'aller voir leurs familles »*. Leur retour dans les locaux n'a pas, là non plus, fait l'objet d'une réglementation particulière, hormis l'application des gestes barrières ou la prise quotidienne des températures qui continue de s'appliquer pour tous les locataires. La possibilité d'une éventuelle mise en quarantaine en cas d'apparition de symptôme n'a pas été retenue.

Aux ACT, l'éducateur spécialisé évoque aussi le cas des personnes venues pour visiter les appartements avec leur famille ou avec une assistante sociale. Ces rendez-vous ont été cadrés par des *« règles très carrées »*, prescrites et décidées en amont avec le personnel de direction. Ils ont nécessité une *« autorisation dérogatoire »* : ils ont été courts, soumis au respect des mesures barrières, et le nombre de personnes autorisées à entrer a été limité à une personne et un accompagnant.

Dans l'habitat regroupé, les visites ont été ré-autorisées depuis le déconfinement, moyennant dans ce cas également, le respect des gestes barrières ; les personnes extérieures ont dû porter un masque dans les parties communes, être enjointes à se laver les mains en arrivant et en partant. La fille d'une des locataires a également pu se rendre sur les lieux, sous réserve qu'elle n'ait pas accès aux espaces communs, qu'elle a pour habitude d'investir. Par ailleurs, à leur retour, les locataires ayant passé le confinement en famille ont été amenés à rencontrer la cheffe de service, pour qu'elle leur explique le fonctionnement et les protocoles à respecter dans les locaux. Il a aussi été décidé qu'on leur prenne leur température, l'enjeu étant de *« sensibiliser, de marquer le coup »*, pour que *« les résidents prennent bien en compte tout ce qui avait été mis en place »* (cheffe de service, habitat regroupé, 4 juin).

Une réorganisation du travail pour un retour à la normale à géométrie variable

Un retour progressif au présentiel

Suite au déconfinement réalisé le 11 mai, la réorganisation de la présence des professionnels sur les différents sites s'est faite par étapes, pour retourner à des modalités de travail en présentiel. Des réunions d'équipe ont été réorganisées au fur et à mesure et la fréquence des visites sur les différents dispositifs a augmenté progressivement.

Dans les habitats accompagnés, les interventions sont quasiment revenues à la normale dès le mois de mai : *« on a repris des interventions beaucoup plus régulières sur les domiciles. On va des interventions quasi comme on avait avant »* (monitrice-éducatrice, habitats accompagnés, 20 mai). Moyennant des ajustements pour respecter les normes sanitaires, les accompagnements individuels et collectifs ont repris dès la semaine du déconfinement et les deux professionnelles ont pu retourner à leur bureau, dans les locaux du CCAS de la ville. L'organisation du travail suite au déconfinement a consisté, comme souvent, en une *« alternance télétravail-temps de bureau »* (monitrice-éducatrice, habitats

accompagnés, 20 mai) qui semble avoir été relativement souple (la monitrice-éducatrice dit avoir privilégié le télétravail tandis que sa collègue qui réside plus loin a plutôt eu tendance à rester toute la journée au bureau). La monitrice-éducatrice dit aussi être « *beaucoup plus sur les extérieurs* » et « *faire toutes les choses qu'on n'a pas eu le temps de faire* » telles que des achats de meubles, des dépôts de meuble dans les habitats, des déplacements dans les magasins. Dans d'autres dispositifs, la transition entre le distanciel et le présentiel a été plus lente. C'est le cas notamment dans les ACT où le retour au 100 % présentiel est prévu pour le début du mois de juillet. C'est le cas aussi dans les habitats partagés. La coordonnatrice a été mise en télétravail à mi-temps à partir du 30 mai et a repris les visites dans les habitats le 2 juin. Par ailleurs, à la date du 27 mai, les deux autres coordinatrices étaient toujours en chômage partiel en raison de difficultés financières rencontrées par l'association du fait de la crise sanitaire.

Des pratiques professionnelles parfois toujours bousculées

On note de manière générale un retour progressif des interventions habituelles et des partenaires, ce qui a permis à chacun de reprendre son rôle. Dans l'habitat regroupé par exemple, la reprise des interventions des AVS au cours de la semaine du 11 mai a permis de « *soulager* » l'AMP, qui s'était chargée jusque-là de l'entretien des logements. **Parfois néanmoins, le périmètre des tâches a continué à être bousculé et l'activité plus importante qu'à l'ordinaire.** Ainsi, aux ACT, malgré la reprise des activités d'animation, les professionnels ont continué à assurer l'entretien des locaux, le respect des mesures sanitaires supposant de procéder plusieurs fois par jours, à un ensemble de désinfections (poignets, surfaces, placards, miroirs, etc.) :

« On n'a pas de personnel, d'agents d'entretien qui est là tous les jours comme ça devrait... comme ça devrait en fait non. Ce que je veux dire simplement c'est que c'est l'équipe qui assure ça. Donc il faut venir assez tôt pour faire du ménage et tout nettoyer et ça, c'est quelque chose qu'on continue à faire. Il y a la gestion des stocks, il y a la vigilance, etc. Et en plus de ça oui, reprendre des rendez-vous toute la journée sur les projets, sur tout ça, les accompagnements. Donc oui là je pense que c'est une augmentation en plus, mais bon, on sait pourquoi on le fait. » (éducateur spécialisé, ACT, 14 mai)

Les glissements de tâche qui peuvent amener à un investissement fort des professionnels et à une surcharge de travail sont plus détaillés dans la dernière partie.

Une reprise progressive des accompagnements

Un déconfinement anticipé pour sécuriser les locataires

Si le confinement n'a pas pu être anticipé, du fait de son caractère inédit et de sa mise en place « *un peu brutale* » (coordonnatrice, habitats partagés) du « *jour au lendemain* » (éducateur spécialisé, ACT), comme nous l'avons souligné dans la partie précédente, les conditions du déconfinement ont été pensées en amont, réfléchies, et préparées :

« Là on est en train de travailler cette semaine sur l'après on va dire. Même si on sait pas trop ce que va être l'après en fonction de ce qui va être dit cet après-midi (rires). Mais on est en train de commencer à travailler sur l'après, donc on a commencé à préparer les choses pour la semaine prochaine en termes de protocole d'interventions » (monitrice-éducatrice, habitats accompagnés, 7 mai)

La sortie du confinement a été effectuée sous le signe de la prudence, par étapes et progressivement.

C'est tout d'abord **dans la manière d'annoncer le déconfinement aux locataires que les professionnels disent avoir procédé avec prudence.** Ils ont ainsi poursuivi leur travail de sensibilisation et de prévention auprès des habitants. Il s'est agi de les informer de la levée de certaines obligations générales (par exemple l'obligation d'être muni d'une attestation pour les déplacements, la

limitation des circulations et des allers et venues) et de les sensibiliser aux incertitudes liées aux risques de « *l'épidémie qui est toujours là* ». **L'ensemble des professionnels ont ainsi prêté attention à leur discours** pour expliquer la situation aux habitants : « *dans nos propos, dans les accompagnements, il a fallu être très prudent en rappelant que le virus était toujours présent* » (cheffe de service, habitat regroupé, 4 juin). L'éducateur spécialisé des ACT explique que l'équipe a veillé à « *mesurer ses propos* ». La « *posture commune* » adoptée a été de dire que « *"pour l'instant c'est ça. Je suis comme vous. Je n'ai pas toutes les informations. Je suis comme vous, j'attends le discours de Manu"* ». La coordonnatrice des habitats partagés également souligne dans un entretien « *on essaye aussi de faire attention au discours qu'on tient* ». Le déconfinement a ainsi été présenté comme une « *première étape* » et non comme un retour à la normale, nécessitant pour les habitants de « *continuer à faire attention* ».

Dans le contexte du déconfinement, **c'est aussi la reprise des projets d'accompagnement, des activités qui a suscité un ensemble de réflexions**. Les professionnels impliqués se sont interrogés sur la manière de solliciter les personnes, sur le type et le contenu des activités qui pourraient être reprises et sur les modalités et les ajustements nécessaires à faire pour les organiser.

Les professionnels ont agi progressivement et par étapes pour plusieurs raisons. Il a parfois été question de rester vigilant : « *une reprise du jour au lendemain comme ça, ce serait un peu une négation du risque* » (éducateur spécialisé, ACT, 14 mai). C'est aussi dans l'idée d'éviter de brusquer les habitants et de s'ajuster à leur rythme - rythme et habitude de vie qui ont une importance particulière dans le cadre du handicap psychique - que certains professionnels ont insisté sur l'importance d'agir de manière processuelle. L'éducateur spécialisé des ACT souligne notamment qu'il a été convenu, dans le cadre de discussions collectives au sein de l'équipe, de déconfiner de façon « *très progressi[ve]* », l'objectif étant en effet de « *déconstruire progressivement* » certaines des habitudes prises par les habitants lors du confinement et de « *attraper* » ou de « *réanimer* » les projets jusque-là « *mis entre parenthèses* » (les projets d'accompagnement personnalisé par exemple). Les démarches de resocialisation, les sorties vers l'extérieur ou la remise en place d'un « *rythme de vie* » auprès des habitants ont été pensées pour être graduelles. La reprise des courses ou de recherche de logement s'est effectuée en plusieurs étapes et sur plusieurs jours, en fonction des besoins et des situations. Dans les habitats partagés également, la coordonnatrice, dans un entretien datant du 29 avril, envisageait de procéder « *au cas par cas* », de « *travailler avec chacun différemment* ». Elle dit aussi vouloir procéder « *tout doucement* », pour que certaines personnes reprennent l'habitude de sortir, et vouloir y aller « *petit à petit* » pour que chacun reprenne « *un petit rythme* ». Elle envisageait notamment de ne refaire les courses avec les habitants qu'à la fin du mois de juin, dans l'idée de ne « *pas non plus passer du tout à rien* ».

Une reprise des activités limitée

Le déconfinement s'est aussi traduit par une **reprise progressive des accompagnements**. Les professionnels ont pu reprendre contact avec les différents partenaires. Il a été possible de « *réactiver [...] les suivis en lien avec la santé* » (cheffe de service, habitat regroupé, 4 juin), de remettre en place les rendez-vous avec les CMP et les tuteurs et les curateurs ont pu être contactés plus facilement.

D'autre part, les professionnels ont pu organiser les accompagnements suspendus par le confinement, mais là aussi de manière lente et souvent avec des limitations, liées à l'aménagement des locaux, aux contraintes générales liées au déconfinement ou au manque de moyens humains disponibles.

Certains professionnels ont priorisé l'entretien du logement. Ainsi, la monitrice-éducatrice des habitats accompagnés est intervenue dans le soutien à l'entretien du logement dès la semaine du 11 mai. Les locataires ayant, selon elle, du « *mal à se mobiliser seuls* », cette reprise d'activité a été décrite comme « *fort nécessaire sur les deux logements collectifs* », où « *c'[était] une catastrophe* ». Dans les habitats partagés, c'est « *l'autonomie dans les logements* » et « *la stimulation de la vie quotidienne* » (le soutien à la toilette ou à la préparation des repas), qui ont d'abord été privilégiées. L'accompagnement vers l'extérieur est « *passé en secondaire* », alors qu'il avait une place centrale dans le dispositif avant

la crise sanitaire. Dans ce cas, c'est le manque de moyens humains ne permettant pas d'assurer la sécurité sanitaire de tous avec un encadrement suffisant qui a empêché la reprise d'activités :

« J'ai pas remis en place les animations extérieures parce que déjà c'est en groupe. En groupe ben déjà niveau personnel je peux pas me permettre de mettre autant d'intervenants qu'il faudrait pour respecter tous les gestes, d'arriver à faire autant de prévention qu'on voudrait. Je peux pas, j'y arriverai pas » (coordonnatrice, habitats partagés, 13 mai)

Les temps collectifs et réalisés à l'extérieur ont toutefois repris progressivement et à un rythme différent dans chaque dispositif. Sur les habitats accompagnés, les temps collectifs ont repris dès le mois de mai. Une randonnée a été organisée ainsi qu'un goûter dans les logements collectifs dans l'idée « *de se retrouver un peu* » et pour « *recréer du lien social* ». Bien qu'il faille « *quand même drôlement adapter les temps collectifs [...] très limités quand même encore* » (monitrice-éducatrice, habitats accompagnés, 20 mai). Ainsi, les échanges entre professionnels et locataires ont dû être anticipés et préparés alors qu'avant il était possible pour les locataires de « *venir au bureau [...] un peu quand ils veulent* ». Les activités collectives ont été organisées moins « *naturellement* », car toutes n'étaient pas autorisées. Aux habitats partagés, à la date du 27 mai, il n'était pas possible de répondre aux attentes des habitants, qui souhaitaient retourner au bowling ou au cinéma, toujours fermés. Les animations extérieures n'ont repris qu'au cours de la semaine du 15 juin, qui a signé « *un retour à la normale* ». Dans les ACT, la reprise des activités s'est également faite de façon progressive sur la période de mai à juillet. Les ateliers de groupe ont été réorganisés à partir du mois de juin « *en petits collectifs de trois résidents* » avec un intervenant et en veillant à respecter les mesures barrières. Les admissions ont également repris – de nouvelles personnes sont arrivées dans les ACT – de même que les accompagnements visant à l'accès au logement telle que la recherche d'appartement.

Toutefois, les intervenants évoquent tous **une limitation du champ des possibles** car « *il n'y a pas grand-chose qui est ouvert* » (coordinatrice, habitats partagés, 13 mai). Les accompagnements ont aussi nécessité des réajustements. La coordinatrice des habitats partagés évoque l'impossibilité de faire, comme elle le présageait au départ, « *de l'individuel* », car « *trente accompagnements individuels par semaine, c'est impossible* ». S'il a été possible de procéder aux « *accompagnements médicaux* » dès l'annonce du déconfinement, le « *loisir par contre, c'est beaucoup trop compliqué* » (coordinatrice, habitats partagés, 13 mai). Sur les habitats accompagnés, les visites au musée (ceux-ci étant toujours fermés), **les activités qui nécessitaient un déplacement en voiture** – les lieux de sorties et de balades étaient ainsi limités - ou **celles qui supposaient d'avoir des contacts trop importants** (comme le jeu de la pétanque ou le jeu du palet) **n'ont pas été envisagées**. Aux ACT, lors des accompagnements extérieurs, il n'a été possible de n'emmener que deux personnes en voiture « *pour avoir assez d'espace entre les personnes, avec le port du masque et désinfection avant et après du véhicule* » (éducateur spécialisé, ACT, 16 juin). Une camionnette appartenant à l'association a néanmoins permis de véhiculer un maximum de quatre locataires avec un accompagnant. L'éducateur souligne aussi que **le bâti a constitué une limite** car il n'était pas possible d'accueillir dix personnes tout en respectant les règles de distanciation sociale. Il a alors été décidé d'organiser les repas collectifs avec un nombre limité de cinq personnes et dans « *la plus grande salle qu'on ait* ».

Plusieurs professionnels ont été particulièrement attentifs aux habitants les moins autonomes. Aux ACT, les nouveaux arrivants et les personnes « *qui ont moins d'autonomie* » ont bénéficié d'une présence plus importante de professionnels. La monitrice-éducatrice des habitats accompagnés explique aussi que des ajustements ont permis d'éviter que « *ce soit pas toujours les mêmes qui soient sur le banc de touche* »²⁰. Néanmoins, les conditions du déconfinement, même dans le cas où il s'est accompagné d'une reprise des activités, ont pu limiter la possibilité de participation sociale des habitants et leur accès

²⁰ Elle fait référence aux nouvelles activités proposées qui n'étaient pas toujours adaptées à la condition physique des locataires (comme la randonnée difficile pour des personnes ayant des problèmes de mobilité).

aux différentes activités. **La démarche inclusive et d'autonomisation, auparavant centrale dans ces dispositifs, a été freinée** sur une période de plusieurs semaines après la levée du confinement.

Dans la continuité de ce qui a été mis en place lors du confinement, **l'apprentissage des gestes barrières a pris une place importance dans les accompagnements**. Dans la plupart des dispositifs, hormis celui des habitats accompagnés où il n'a pas été considéré comme un « *objectif prioritaire* », il est devenu un objectif d'accompagnement à part entière. Les professionnels se sont rejoints dans leur intention d'œuvrer à ce que les habitants se les « *approprient* » et consolident de nouvelles habitudes. Dans l'habitat regroupé, notamment « *ce qui a été remonté aux professionnels ça a été d'accompagner les résidents dans l'appropriation de nouveaux gestes* », de veiller à ce que les habitants pensent à s'équiper d'un gel hydroalcoolique, d'un masque et d'une bouteille d'eau lors de leurs sorties par exemple. Dans les habitats partagés, les objectifs liés à la prévention ont été placés au premier plan. La coordinatrice sociale estimant que « *ça devient une habitude [...] ça doit devenir une habitude dans les interventions* », les professionnelles ont été appelées à « *prendre des petits temps* » en supplément des autres tâches effectuées pour rappeler et montrer (visuellement et sans se limiter aux affichages) les gestes barrières. On retrouve les mêmes logiques dans les ACT, l'apprentissage des gestes barrières a fait « *partie des objectifs* ». Toutefois, les intervenants ont rapidement été plus souples :

« Donc nous on a acquis un savoir, les résidents qu'on accompagne aussi et on s'en félicite tous. C'est plus facile aujourd'hui dans un sens : "Attendez, vous connaissez, vous avez l'habitude. Continuez !". Donc je pense que la posture elle s'est progressivement déverrouillée aussi. On a été dans une posture très verrouillée dès le début parce qu'il y avait ce besoin de protection, quitte en effet à passer pour un flic. » (éducateur spécialisé, ACT, 14 mai)

De la même façon que la nécessité d'informer les habitants de la situation et des risques encourus pendant le confinement, l'apprentissage des gestes barrières s'est fait dans un objectif de prévention, mais aussi d'autonomisation. Dans les deux situations, on peut percevoir l'empreinte des orientations propres au travail social et médico-social²¹ centrée sur la « *capacitation* », le « *pouvoir d'agir* » ou l'*empowerment* des personnes accompagnées. **Les professionnels ont ainsi assuré via le travail de prévention, intégré aux accompagnements, un rôle de « mobilisateur de ressource »** (Bacqué et Biewener 2015) **consistant à « aider les gens à s'aider eux-mêmes »** (Ehrenberg 2014). Plus spécifiquement ici, l'appropriation par les locataires des gestes et mesures barrières - que l'on peut définir comme un processus d'autonomisation ou d'« *auto-prise en charge* » (en référence à l'auto-soignant (Herzlich et Pierret 1985)) de sa sécurité face aux risques sanitaires – a aussi permis aux locataires de se déplacer dans la cité ou d'interagir avec les autres de manière autonome.

La gestion de la crise et des risques sanitaires par les professionnels : entre tâtonnements, implication et questionnements éthiques

La limitation des déplacements instaurée durant la pandémie et ses conséquences sur l'organisation au sein des dispositifs et sur les pratiques professionnelles ont amené nos interlocuteurs à questionner leurs pratiques et leurs approches, et parfois à inventer de nouvelles formes d'accompagnement ou de relations, que ce soit avec leurs collègues ou avec les habitants.

²¹ A noter que dans le contexte du confinement, des mesures drastiques ont été prises dans les établissements médico-sociaux en limitant la liberté des résidents, ce qui a pu entrer en contradiction avec les valeurs véhiculées habituellement.

Une situation qui révèle un positionnement et une posture professionnelle particuliers

Comme nous l'avons montré dans les parties précédentes, la réorganisation des différents dispositifs a été variable. Elle a pu conduire à une plus grosse charge de travail ainsi qu'à une plus grosse charge émotionnelle, ou à un éloignement du terrain et des relations avec les personnes.

« On a juste fait notre taff »

Les professionnels ne semblent pas considérer qu'ils sont sortis du cadre de leurs missions habituelles : « *globalement on a juste fait notre taff je pense. Il y a pas de mérite ou autre* » (éducateur spécialisé, ACT, 16 juin). Comme nous l'avons montré dans les parties précédentes, ils ont parfois pris en charge des tâches qui incombent habituellement à d'autres professionnels, notamment celles des partenaires qui ont arrêté ou limité leurs interventions pendant la période de crise (AVS, curateurs, etc.). Néanmoins, lorsqu'on leur demande s'ils estiment avoir effectué des tâches qui ne sont pas de leur ressort, ils répondent tous par la négative, ce qui peut apparaître contradictoire. Les professionnels considèrent que les tâches généralement prises en charge par des partenaires pourraient faire partie de leurs missions :

« Après non, parce que tout fait partie de mes missions à la base. [...] La coordination on est des pieuvres (rires). Donc je sais même pas vous dire quelles missions ne ferait pas partie... (rires). » (coordinatrice, habitats partagés, 29 avril)

La seule tâche remise en question par les professionnels, concerne la désinfection des locaux demandée par les protocoles de crise. L'AMP de l'habitat regroupé considère que cette tâche n'est pas de son ressort. L'éducateur des ACT questionne la prise en charge de la désinfection des locaux par les éducateurs, mais au final, tous les professionnels s'y sont attelés sans débat pendant le confinement et les questionnements ne sont apparus qu'à partir de mi-mai.

Le discours des professionnels met en lumière une zone d'intervention professionnelle avec des contours flous. Les missions ne semblent pas clairement délimitées et formalisées en amont de la pratique, mais se dessinent au fur et à mesure des situations rencontrées (Imbert 2010).

Du (sur)investissement à l'épuisement

La mise en place du télétravail, des consignes sanitaires au sein des dispositifs ainsi que la réorganisation des interventions a demandé aux professionnels une réactivité importante.

Un certain nombre de professionnels ont fait des heures supplémentaires. C'est le cas de la cheffe de service de l'habitat regroupé qui est revenue travailler alors qu'elle était en congés pour « *venir en renfort* » sur la gestion de crise et « *rassurer les équipes* ». Elle explique avoir travaillé deux à trois heures par jour de plus que d'habitude et au moins un après-midi chaque week-end pendant toute la période de crise, afin de mener à bien ses missions. Elle invoque **le devoir professionnel, une forme d'obligation morale** qui ne lui permettrait pas de réagir autrement : « *Pour moi ça va de soi quoi. Je peux pas lâcher [...] On travaille avec de l'humain. On peut pas, on doit assurer [...] nos accompagnements. [...] On peut pas tout arrêter, nan, on est obligé de répondre.* » (cheffe de service, habitat regroupé, 23 mars). Cependant, elle a été attentive à **rappeler aux professionnels de terrain de préserver leurs temps de repos.** Certains proposaient aux locataires de les contacter par téléphone en cas de besoin sur des horaires où ils n'étaient pas censés travailler (notes d'observation du 22 juin 2020). C'est également le cas de l'AMP de l'habitat regroupé, qui explique que les plages horaires prévues étaient insuffisantes pour venir à bout de ses tâches journalières : « *On était sur du 10-16, mais clairement on faisait toutes des heures... Enfin on faisait toutes du rab, on arrivait plus tôt, on finissait plus tard* » (AMP, habitat regroupé, 15 mai). Si les autres professionnels ne parlent pas d'heures supplémentaires, ils ont néanmoins modulé leur emploi du temps au profit du terrain. Au début de la reprise de ses fonctions en présentiel suite au déconfinement, la monitrice-éducatrice des habitats accompagnés a par exemple privilégié les accompagnements et les tâches qui nécessitaient d'aller à l'extérieur plutôt que le télétravail ou les temps de bureau.

Peu importe leur manière de procéder, **les professionnels des dispositifs semblent tous particulièrement investis dans leurs missions. On peut se poser la question d'un potentiel surinvestissement qui pourrait mener à de l'épuisement.** Plusieurs professionnels se disent fatigués. Ils expriment leur besoin de « *recupérer parce qu'on a eu une grosse semaine* » (cheffe de service, habitat regroupé, 23 mars). L'éducateur spécialisé des ACT s'exprime généralement sur ce sujet à travers son rôle de délégué du personnel. Les salariés, dont il est le représentant, lui ont fait part de leur épuisement, ils attendaient, après cette période d'implication intense, de la reconnaissance de la part de l'institution. Selon lui, ceux « *qui ont tenu bon jusque-là* » seraient « *légèrement en train de craquer* » (éducateur spécialisé, ACT, 14 mai). La coordinatrice des habitats partagés fait le même constat vis-à-vis des intervenants à domicile qui ont travaillé pendant toute la période. A partir de fin mai, les arrêts se sont multipliés :

« On a dû peut-être un peu tirer sur la corde. Et puis même, j'ai des salariés aussi au téléphone qui me le disent, parce que pour le coup c'est des salariés que je connais depuis un peu plus longtemps, donc ils se permettent de me le dire. Je sens bien qu'ils fatiguent. Il se permettent de me dire qu'ils sont fatigués et que les semaines sont longues. » (coordinatrice, habitats partagés, 27 mai)

Responsabilités professionnelles : montée en charge ou déresponsabilisation ?

Pendant la période de crise, il semble que les responsabilités habituellement portées par les professionnels aient varié en termes d'intensité. Parmi ceux qui continuaient à se rendre sur le terrain, certains ont ressenti une « *montée en charge des responsabilités* » (éducateur spécialisé, ACT, 14 mai). Pendant la crise, les professionnels étaient seuls sur place et se sentaient uniques responsables de l'absence de contamination des locataires sur leurs temps de présence. Si les professionnels sont habituellement avides de responsabilités, selon l'éducateur spécialisé des ACT, **la situation de crise sur le long terme a pu engendrer une responsabilisation « anxigène » pour les professionnels.** Dans le cas des ACT, la solitude des professionnels aurait été à l'origine de cette augmentation des responsabilités. Bien que les professionnels de terrain aient tous une équipe de direction auprès de qui se référer, ils se sont sentis investis d'une responsabilité morale forte. Par ailleurs, les professionnels des ACT, ont l'habitude d'échanger, de façon formelle et informelle, sur leurs inquiétudes et questionnements vis-à-vis des personnes. Cependant, jusqu'à la mi-avril, aucune réunion de ce type n'avait été remise en place, même à distance, ce qui a pu là aussi, jouer sur la responsabilité morale ressentie par les professionnels. Il en va de même pour les échanges informels qui se sont considérablement réduits, bien que les équipes aient mis en place de nouveaux moyens de communication, à travers des post-its, aux ACT, ou des échanges de mails informels aux habitats accompagnés, etc.

A l'inverse, **les professionnels en télétravail ont pu ressentir une perte de responsabilité par rapport à leur rôle habituel** et un sentiment d'éloignement vis-à-vis des habitants. Certains professionnels expliquent que les locataires se sont tournés vers les professionnels qu'ils voyaient sur les dispositifs dans des domaines où ils avaient l'habitude de les solliciter :

« Bah c'est compliqué parce que du coup je suis loin quoi ! J'ai du mal à sentir, enfin tu vois, à être vraiment dans le truc. Et puis du coup les bénéficiaires ça fait un mois qu'ils m'ont pas vu. Donc c'est pas forcément moi qu'ils vont appeler, c'est les gens qu'ils vont voir quotidiennement. » (AMP, habitat regroupé, 7 avril)

Selon l'éducateur des ACT **les professionnels portent d'ailleurs une « responsabilité de surveillance »** dans les situations d'épidémies plus habituelles ou dans le cadre des canicules. Au quotidien, la responsabilité morale des professionnels de terrain vis-à-vis des locataires semble s'inscrire dans d'autres domaines, ils sont par exemple garants du projet de vie des personnes.

« C'est l'éthique, chacun d'entre nous fait ce boulot pour une raison différente, j'imagine. Mais en tous cas au centre il y a toujours la personne, ça c'est sûr. Donc outre l'investissement plus affectif, etc, parce qu'il y en a toujours, on a la responsabilité du projet de la personne. De son projet, pas de la façon dont il va se finir, pas de l'accompagnement, etc. On se doit de dire, il faut lui proposer une solution, quelle qu'elle soit. » (éducateur spécialisé, ACT, 16 juin)

Ce sentiment de responsabilité forte des professionnels de terrain qui sont en contact quotidien avec les habitants avait déjà été évoqué dans le rapport n°1. **L'engagement dans leur travail, que les professionnels justifient par une éthique professionnelle, un engagement moral, semble se situer entre vocation et obligation professionnelle.** On retrouve cet engagement fort chez les infirmiers interrogés qui interviennent en contexte d'Ebola (Østergaard 2015).

Dilemmes éthiques et positionnements professionnels

Devoir de protection ou respect des libertés ?

Hors période de crise, le respect de l'autonomie et des libertés individuelles des personnes entre fréquemment en conflit avec un devoir de protection des locataires et engendre des dilemmes éthiques pour les professionnels dans différents domaines (visites extérieures, consommation de toxiques, gestion du logement, etc). La situation de crise sanitaire a mis en lumière ces dilemmes éthiques dans un contexte particulier, où la question de la protection des personnes a pris une place centrale, du fait du virus. Pour l'éducateur des ACT, les tensions entre devoir de protection et respect de la liberté des personnes existent *« dans tout travail d'accompagnement »*. **Il pense que dans ce contexte de crise, le fait « d'être dans la protection », correspond à « une commande » des pouvoirs publics et des financeurs.** Bien que cette question de la protection des habitants face au virus ait effectivement pris une place importante dans l'accompagnement des habitants, **les professionnels ont continué à prendre en considération les libertés individuelles de chacun.** Cela engendre des dilemmes éthiques auxquels les professionnels tentent de répondre en utilisant leurs méthodes habituelles. Ces réponses s'élaborent à travers la prise en compte de la situation de chacun et par la mise en balance de différentes valeurs morales (respect du libre-choix, droit au risque, protection individuelle, protection du collectif, etc.).

Un enjeu individuel : laisser les locataires libres de prendre des risques

Le respect des libertés individuelles est une valeur forte des dispositifs étudiés, reprise par tous les professionnels interrogés. Selon les dispositifs, différentes raisons sont évoquées pour justifier ce nécessaire respect des libertés individuelles : les personnes sont *« chez elles »*, elles sont adultes, elles bénéficient d'un logement dans le droit commun, etc. *« Le truc c'est que les personnes ont plus de libertés [par rapport au foyer de vie], elles sont chez elles, elles sont libres d'aller et venir »* (cheffe de service, habitat regroupé, 23 mars). De ce fait, les professionnels laissent les locataires prendre des risques, de manière générale et notamment face au virus : *« Si la personne se casse la gueule toute seule, bah c'est vraiment dommage et on va essayer de l'aider, mais c'est tout »* (éducateur spécialisé, ACT, 14 mai). A l'habitat regroupé, une femme a pris les transports en commun chaque semaine pour aller voir sa fille pendant toute la période du confinement. Dans plusieurs dispositifs, certains locataires n'ont pas respecté les restrictions du confinement (sorties répétées, parfois sans attestation). **Comme nous l'avons évoqué précédemment, les personnes ont généralement été laissées libres de leurs faits et gestes. Les professionnels estiment que les habitants sont responsables de leurs actes et que l'important est de les avoir informés des risques encourus (contamination, amendes).**

Le statut des dispositifs semble avoir un impact sur ce point de vue concernant la liberté des locataires. Pour la cheffe de service de l'habitat regroupé les bénéficiaires sont responsables des risques qu'ils prennent, là où ce sont les professionnels qui le seraient au foyer de vie. La monitrice-éducatrice des habitats accompagnés fait le même type de comparaison :

« Je fais la différence avec le foyer d'hébergement [...] où la direction a imposé que les résidents ne sortent pas du foyer. Là-bas oui, les libertés individuelles sont entravées [...], mais pas sur les habitats accompagnés puisqu'ils sont sur du logement de droit commun. Je suis pas à la porte, la direction est pas à la porte en leur interdisant de sortir hein. Il y a ce qu'on leur préconise, mais s'ils veulent sortir ils sortent. » (monitrice-éducatrice, habitats accompagnés, 31 mars)

Même si cette valeur de respect des libertés des personnes est portée par tous les dispositifs, elle entre aussi en conflit avec un devoir de protection des personnes face à leurs prises de risque. Selon les habitats et selon le domaine dans lequel s'inscrit la prise de risque, cette valeur ne semble pas revêtir la même importance. Néanmoins, tous les habitats prônent également cet enjeu de protection. Aux ACT, la « *première mission vis-à-vis des personnes fragiles, [...] c'est la protection* » (éducateur spécialisé, ACT, 28 avril), aux habitats partagés, où les valeurs de libertés et d'autonomie des personnes sont généralement prédominantes, la question de la protection des personnes n'est pas laissée de côté : « *Moi demain j'en vois un qui se met en danger pour n'importe quelle raison, forcément je vais faire quelque chose.* » (coordinatrice, habitats partagés, 13 mai).

L'argument du collectif : première limite aux libertés individuelles ?

De manière globale, pour répondre à ce dilemme entre respect des libertés individuelles et protection des personnes, les professionnels jaugent la situation individuelle entre prise de risque et danger encouru. Afin de trancher, l'argument de la protection du collectif est fréquemment utilisé, en tant de crise comme à l'accoutumée. Si les actes individuels d'une personne mettent en danger le groupe d'habitants, alors le danger est trop important et les professionnels jugent qu'ils doivent intervenir : « *Là par exemple quelqu'un qui a fait n'importe quoi et qui risque quelque part de contaminer les autres, notamment les personnes les plus fragiles immunodéprimées ou autre, là part contre on se doit d'intervenir* » (éducateur spécialisé, ACT, 16 juin).

Ce sont les questions liées aux sorties répétées et aux visites extérieures qui sont généralement apparues comme problématiques. L'association gestionnaire de l'habitat regroupé a mis en place une cellule de crise, composée des professionnels cadres et de direction, qui se réunissaient tous les soirs pour suivre l'évolution de la situation. Entre autres missions, il s'agissait de répertorier les personnes dites « *à risque* » dans un document de suivi. Ce document ne prenait pas seulement en compte la vulnérabilité des personnes face au virus, elle répertoriait aussi les personnes en fonction des comportements à risques (sorties répétées, non-respect des gestes barrières, etc.) qui pouvaient mettre en danger le collectif (note d'observation du 22 juin, habitat regroupé). Ainsi, dans l'habitat regroupé par exemple, la fille d'une locataire n'a pas eu l'autorisation de rendre visite à sa mère pendant toute la durée du confinement, dans l'idée de ne « *pas prendre le risque que des personnes extérieures soient dans les espaces communs* » (cheffe de service, habitat regroupé, 4 juin).

La dimension de la moralité dans l'évaluation du risque, pointée par Mary Douglas (1986), semble extrêmement présente dans cette situation. Lorsque l'individu est confronté à un nombre indéfini de risques, la question est de savoir quel risque accepter (*Ibid.*) et quel risque refuser, à quels risques donner la priorité, et quel sens on accorde à ce choix.

Difficultés de positionnement des professionnels

Quelle légitimité à interdire ?

Bien que l'argument du collectif soit invoqué pour trancher les dilemmes auxquels sont confrontés les professionnels dans cette situation de crise, les questionnements restent et les professionnels semblent mis à mal dans leurs positionnements. D'un côté, ils cherchent à préserver leur rôle habituel d'accompagnant à l'autonomie, respectueux des libertés individuelles et d'un autre côté, ils endossent la responsabilité morale de la non-contamination des locataires. Quand l'argument de la protection du collectif n'est pas utilisable, les professionnels semblent alors enfermés dans des questionnements sans

réponse : « *quelle légitimité j'ai à arrêter un adulte responsable, majeur dans sa démarche quel qu'elle soit ?* » (éducateur spécialisé, ACT, 28 avril).

Les prises de risque face au virus de certains locataires semblent ancrer les professionnels dans des dilemmes moraux qui malmènent leur posture vis-à-vis des habitants. Le dilemme semble s'instaurer entre la peur de prendre une position de toute-puissance vis-à-vis des personnes et un sentiment de devoir agir pour protéger les personnes. Dans ce cadre, les professionnels posent de nombreuses questions, mais n'y apportent généralement pas de réponse.

« Par rapport aux visites, demain moi j'ai quelqu'un qui vient dans la maison je peux pas lui interdire de rentrer (rires). [...] Enfin on peut pas, de quel droit on peut interdire à une personne de venir ? [...] Après qu'est-ce que tu veux faire, je vais pas l'enfermer dans sa chambre ? On va pas l'enfermer dans la maison. [...] Au bout d'un moment c'est ça, c'est jusqu'où on peut aller ? » (coordinatrice, habitats partagés, 13 mai)

Les professionnels questionnent les postures adoptées et **leurs prises de décision. Leur réflexivité semble exacerbée par la situation de crise.** Ces questionnements déjà énoncés dans le premier rapport, semblent néanmoins plus prononcés ici. Cela peut être lié à la situation exceptionnelle de crise sanitaire qui bouleverse le quotidien des professionnels ou à l'empreinte de la culture sociale et médico-sociale, fortement marquée dans les différents dispositifs, et plus forte que dans le dispositif étudié pour le premier rapport. Quoi qu'il en soit, la situation actuelle peut être considérée comme une « épreuve » qui questionne leur professionnalité, « *c'est-à-dire leur façon très concrète d'exercer leur métier* » (Ravon et Vidal-Naquet 2018).

« On n'est pas en mode flic »

Comme nous l'avons vu précédemment, les professionnels ont pris une posture préventive et d'information sur la situation de crise vis-à-vis des locataires dans un objectif d'autonomisation face au virus. **Ils semblent avoir construit cette posture en opposition à un positionnement répressif qu'ils assimilent aux métiers des forces de l'ordre.** Tous définissent leur accompagnement ou leur posture en opposition à ces métiers : « *On n'est pas en mode flic* » (monitrice-éducatrice, habitats accompagnés), « *Après, on n'est pas la police non plus* » (coordinatrice sociale, habitats partagés), « *c'est pas dans un intérêt de flicage* » (éducateur spécialisé, ACT), « *c'est pas du flicage, c'est pas une prison* » (cheffe de service, habitat regroupé).

Dans la situation de crise, notamment au début du confinement, les professionnels ont eu la sensation de devoir répéter les règles à de nombreuses reprises pour que les personnes prennent des habitudes concernant les gestes barrières, les attestations, les sorties, etc. Ils ne semblent pas à l'aise avec cette posture, qu'ils appréhendent chacun différemment. Pour l'éducateur des ACT, **le « rabâchage » est assimilable à du « flicage »** et il est inquiet, car il se sent investi de cette mission : « *En ce moment on a quand même un rôle qui est celui de rappel à la loi, du rappel au danger. J'aime pas ce mot, du flicage. Nan j'aime pas du tout ce mot, mais voilà ça ressemble un peu à ça* » (éducateur spécialisé, ACT, 28 avril). **Même si cette posture lui permet d'« éviter les mises en danger et [...] qu'ils [les locataires] se prennent des amendes » elle nuit considérablement à la relation éducative.** A l'inverse, pour la coordinatrice des habitats partagés, le « rabâchage » est un moyen de s'éloigner du « flicage » en s'inscrivant dans une posture préventive : « *Nous on est là pour rappeler les règles, être dans la prévention, dans tout ça, mais on n'est pas non plus dans la répression, c'est pas notre rôle* » (coordinatrice, habitats partagés, 13 mai). Néanmoins, la coordinatrice ne semble pas avoir été toujours à l'aise avec cette posture préventive : « *Des fois j'ai eu l'impression d'un peu trop leur rabâcher de pas sortir* », « *parfois moi j'ai eu le sentiment qu'on les reprenait peut-être trop* ».

La monitrice-éducatrice des habitats accompagnés a une tout autre posture. N'étant pas entrée dans les différents logements pendant toute la période de confinement, elle a supposé que certains interdits du

règlement de fonctionnement (consommation d'alcool et de tabac) avaient été dépassés et que les logements n'avaient pas été entretenus par les locataires. **Considérant que si le lien n'était pas maintenu, les habitants pouvaient retomber dans certaines consommations de toxiques ou certains troubles, elle explique avoir été tolérante vis-à-vis du manquement aux règlements pendant la période de crise.** Elle souligne « *on n'est pas en mode flic on est surtout en mode maintien du lien. Parce que si en plus on perd le lien pendant cette période-là, bah concrètement... Notre priorité c'est de garder le lien. Donc effectivement on va peut-être faire un peu plus d'entorses, enfin pas d'entorse, mais de tolérance peut être, voilà.* »

Même si les professionnels investissent cette opposition à la répression et au « flicage » pour des raisons différentes, il semble néanmoins qu'ils soient tous mal à l'aise à l'idée que leurs actions puissent s'apparenter à ces procédés. Il est possible que la situation de crise et l'augmentation de la responsabilité morale, notamment de protection des personnes face au virus, aient conduit à accentuer la peur des professionnels d'être comparés aux forces de l'ordre. **La situation de crise a pu engendrer des dilemmes entre convictions personnelles et éthique professionnelle.** Par exemple, l'éducateur spécialisé des ACT considère à titre personnel que le confinement peut constituer une réponse répressive à l'épidémie. Néanmoins, il a pris le parti de mettre de côté son point de vue pour adapter son discours aux besoins des personnes. Dans le cadre du confinement, l'objectif était d'une part, d'aider à la compréhension de la situation en limitant le côté « *anxiogène* » véhiculé par les médias. D'autre part, il s'agissait de permettre aux habitants de voir le confinement comme une « *une nécessité de prendre soin, de prendre soin les uns des autres* ». Dans la mesure où, selon lui, la situation pouvait être particulièrement mal vécue par les personnes ayant un handicap psychique, **il était de son ressort d'informer dans « un but d'apprentissage ».**

On peut considérer que les dilemmes énoncés par les professionnels, déjà présents en temps habituel dans le travail social et médico-social ont été d'autant plus prégnants durant le confinement. Ils témoignent d'une « éthique de situation » (Hennion et Vidal-Naquet 2015). Les professionnels font référence au respect des droits, à la morale et aux normes sociales mais sont traversés par des incertitudes. Les principes de leur action s'actualisent « en situation » dans le cours même de l'action.

Le travail à distance : une épreuve émotionnelle ?

Comme de nombreuses personnes, les professionnels ont dû se mettre au télétravail alors qu'ils n'y étaient pas préparés.

Les contacts téléphoniques : un palliatif pour maintenir le lien

Même si les modalités ont été différentes dans chaque dispositif, tous les professionnels ont fait l'expérience du télétravail et de l'accompagnement à distance. Tous ont privilégié des contacts *via* des appels téléphoniques avec les locataires, certains ont utilisé les sms. **L'objectif premier de ces contacts téléphoniques réguliers répondait à une volonté de « maintenir le lien »** (cheffe de service, habitat regroupé) avec les locataires dans cette période inédite. **Les appels téléphoniques ont permis également de maintenir un « cadre contenant », de rassurer les locataires.** Pour la monitrice-éducatrice des habitats accompagnés, les appels téléphoniques fixés à l'avance et prévus régulièrement ont assuré cette fonction : « *Là on a vu un monsieur ce matin qui nous a dit : "bah tous les matins 11 heures, ce serait pas mal". Donc il sait que tous les matins à 11 heures, soit il nous appelle, soit on l'appelle. Et bah ça pose, enfin je pense que ça le rassure, ça pose un cadre en fait. Rien que de le savoir ça l'apaise* » (monitrice-éducatrice, habitats accompagnés, 31 mars). L'éducateur spécialisé des ACT parle également de cette importance de « *ritualiser* » les appels téléphoniques pour rendre leur usage efficient.

Néanmoins, tous sont d'accord pour dire que le lien téléphonique n'a pas remplacé la présence physique des professionnels. Il aurait plutôt agi comme un palliatif à cette présence physique : « *Le télétravail n'a rien à voir avec le travail de terrain. C'est un pansement.* » (éducateur spécialisé,

ACT, 14 mai). Même si les appels téléphoniques ont pu rassurer les habitants, ils n'ont « *pas [été] contenant comme on peut être en physique* » (monitrice-éducatrice, habitats accompagnés, 7 mai). L'éducateur spécialisé insiste également sur la présence physique des professionnels auprès des locataires, qu'il considère indispensable : « *La relation d'aidant elle se doit d'être contenante, notamment vis-à-vis de personnes [...] dans la psychose. Donc cette présence là en fait, [...] vraiment quand le travailleur social est présent, [...] c'est un moment [...] cadrant, autant qu'un mur* » (éducateur spécialisé, ACT, 28 avril).

Modification des relations et difficultés dans l'accompagnement

De façon générale, les professionnels expriment leurs difficultés quant à l'usage du téléphone pour maintenir le lien avec les locataires : « *C'est pas évident non plus, le téléphone* » (AMP, habitat regroupé), « *Alors au téléphone c'est différent quoi* » (monitrice-éducatrice des habitats accompagnés), « *Le social par téléphone c'est très très difficile* » (coordinatrice, habitats partagés, 27 mai). Dans un premier temps, **les professionnels ont eu le sentiment que l'usage du téléphone avait modifié la teneur de leurs relations instaurées avec les locataires. Ces derniers se seraient moins tournés vers les professionnels qui interviennent auprès d'eux en temps ordinaire et qu'ils ont l'habitude de solliciter, parce qu'ils ne les voyaient plus.** Les discussions n'ont pas non plus eu la même teneur. Certains professionnels considèrent notamment que les locataires ont moins exprimé leurs difficultés par téléphone. Pour les professionnels, les discussions étaient plus « *légères* », moins intimes que dans les interactions en face à face. L'AMP de l'habitat regroupé évoque également la possibilité que les locataires aient pu volontairement omettre de lui transmettre des éléments importants sur leur état de santé :

« Par téléphone c'est beaucoup plus facile pour eux. Tu vois par exemple je vais poser une question à Sylvia sur sa potomanie. Est-ce que tu bois plus en ce moment ? Ca va être beaucoup plus facile pour elle de dire que nan nan, ça va et je vais pas forcément m'en rendre compte. Alors que de visu elle va me dire dans un premier temps nan nan ça va. Et puis je vais dire bah moi j'ai l'impression que... Mais là je peux pas ! enfin tu vois ? Je peux pas creuser comme je peux creuser en face. Du coup, ça m'amène pas aux mêmes résultats. » (AMP, habitat regroupé, 7 avril)

Ensuite, l'usage du téléphone n'aurait pas permis aux professionnels de se positionner comme ils le souhaitent dans l'accompagnement des personnes. **Ils estiment ainsi avoir perdu des éléments d'évaluation de la situation parce qu'ils ne voyaient plus les personnes et leur environnement.** L'état du logement de la personne donne des informations précieuses sur l'état psychique des locataires : « *on peut pas le vérifier noir sur blanc en fait. Puisqu'on ne rentre pas dans les logements donc on suppose, il y a des choses qu'on voit quand les portes sont ouvertes* » (monitrice-éducatrice, habitats accompagnés). Les professionnels disent aussi ne plus avoir eu **accès au langage du corps, qui leur permet habituellement d'évaluer la situation sans avoir nécessairement recours au langage verbal :**

« Je pense à un monsieur quand il monte en angoisse il a des impatiences. Vous savez le genou qui fait gling gling gling gling. Bah quand vous êtes au téléphone, vous le voyez pas. Et des fois le verbe et le corps ne disent pas forcément la même chose quoi (rires). » (monitrice-éducatrice, habitats accompagnés)

Pour certains d'entre eux, l'usage du téléphone a donné l'impression de ne plus pouvoir « *ressentir* » (coordinatrice, habitats partagés), d'avoir du « *mal à sentir* » et à « *être vraiment dans le truc* » (AMP, habitat regroupé). L'absence de cadre partagé – les personnes n'étant pas dans le même lieu – n'a pas été sans incidence sur la construction et le maintien du lien (Vidal-Naquet A paraître).

Respect de l'intimité et de la confidentialité en télétravail

Même si tous les professionnels constatent que l'usage du téléphone dans la relation a contribué à créer une forme de distanciation avec les locataires, ils disent avoir ressenti une irruption du travail – voire des personnes - dans leur intimité, qui a pu amener à une potentielle perte de confidentialité. Pour la monitrice-éducatrice des habitats accompagnés, avoir appelé de chez elle en présence de ses proches, dans son environnement, ne lui a pas permis de préserver son intimité : « ***Ils sont plus dans notre intimité. On en parlait avec ma collègue ce matin. On se disait que finalement, alors c'est pas à prendre au premier degré ce que je dis, mais ils envahissent plus notre intimité alors qu'on est en télétravail, que quand on est au bureau*** ». Cette constatation l'a également amené à réfléchir au respect de l'intimité des locataires et à la discrétion professionnelle que les professionnels sont censés respecter. La monitrice-éducatrice des habitats accompagnés travaillait dans son salon et ses proches pouvaient être témoins de ses échanges avec les habitants et avoir accès à des informations qui devraient rester confidentielles. Le point de vue de la cheffe de service est différent. Elle considère quant à elle que les contacts téléphoniques seraient moins intrusifs pour les personnes.

Le travail à distance durant la crise a révélé l'importance de la relation avec les habitants et du sensible dans la construction de cette relation. Bien que le télétravail ait été considéré comme bénéfique dans certains contextes, notamment pour réaliser des tâches administratives, les professionnels estiment qu'il ne peut être effectué à temps complet pour l'activité d'un travailleur social, qui se caractérise par un travail relationnel intense : « *Au bout d'un moment, que ce soit dans les gestes de la vie quotidienne, que ce soit dans le réajustement de l'accompagnement et puis dans le travail du projet de chacun... [...] Tout ça c'est des choses qui, à distance, sont très compliquées à faire* » (coordinatrice, habitats partagés, 27 mai).

Conclusion

Quelle particularité des dispositifs destinés à un public ayant un handicap psychique ?

Dans le cadre de cette enquête, nous avons présenté les différents dispositifs ainsi que le rôle et les objectifs des accompagnements effectués.

Nous avons ainsi pu pointer leur particularité. Les professionnels semblent avoir une faible « culture du domicile » (Ennuyer 2018) et mobilisent peu la rhétorique de l'habiter et de l'intimité. Ils visent plutôt des objectifs d'autonomisation et d'inclusion ou cherchent à être « *contenants* ». Ces objectifs d'accompagnement sont rendus possibles par une présence importante (comparativement au premier terrain présenté dans le rapport n°1) de travailleurs sociaux, qui animent des ateliers éducatifs, soutiennent les habitants dans leurs projets et régulent la vie quotidienne. Les personnes doivent accepter un certain nombre de règles et de contraintes pour y emménager (vivre en collectivité, participer à des animations, prendre des repas en commun, ne pas consommer d'alcool, etc.).

Ces dispositifs sont fortement imprégnés de la culture médico-sociale, cela se traduit, entre autres, par les objectifs et les règles énoncés précédemment, mais aussi par une attention au respect des droits des personnes (signature de charte, adhésion aux pratiques d'accompagnement, possibilité de revoir le règlement). Ainsi, ces dispositifs posent la question de l'articulation entre l'habitat comme « chez soi » et l'habitat comme « lieu de soin » ou « levier » thérapeutique.

La gestion de crise : un travail de composition entre protection et respect des libertés individuelles

Dans le contexte du confinement, les professionnels ont dû revoir leurs pratiques. Un travail pédagogique a été réalisé pour que les habitants comprennent la situation. Ce travail a permis de produire de la sécurisation tout en rendant les personnes autonomes. Une marge de liberté importante leur a été laissée, notamment du fait de la moindre présence des professionnels. Si de prime abord, les dispositifs semblent restrictifs (contrôle des visites, de la présence d'animaux de compagnie, de la consommation d'alcool, etc.), les formes d'encadrement ont semblé peu contraignantes durant la crise et les habitants ont été responsabilisés. Rappelons qu'il aurait pu être décidé de ne pas mettre les professionnels en télétravail ou encore qu'il n'y a pas eu de mesures contraignantes propres aux dispositifs ou de réelles restrictions, comme cela a été le cas dans les établissements médico-sociaux.

Les accompagnements habituels ont été suspendus et l'autonomisation, dans le quotidien comme pour des projets d'insertion (recherche de logement, d'emploi) a été mise de côté. Pour autant, les professionnels n'ont pas abandonné les objectifs principaux : ils ont travaillé l'autonomie des personnes dans le contexte du confinement et du déconfinement, avec des moyens réduits et des habitudes de travail bouleversées, en leur expliquant la situation, et en leur permettant de prendre des risques mesurés et de façon éclairée.

L'expérience vécue des professionnelles, des « épreuves de professionnalité » ?

Dans le cadre de ce second rapport intermédiaire, l'enjeu était aussi de centrer l'analyse sur l'expérience vécue des professionnels. Ceux-ci ont été soumis à un certain nombre d'« épreuves » et de dilemmes moraux et éthiques. Ils ont été confrontés à ce qui peut s'apparenter à une « épreuve organisationnelle » (Ravon et Vidal-Naquet 2018). En effet, l'organisation au sein des dispositifs a été modifiée du jour au lendemain et il leur a fallu répondre à une succession de nouvelles procédures, au fil de l'évolution de la situation, marquée par de fortes incertitudes. Le travail d'accompagnement, qui souvent s'est effectué par téléphone a quant à lui été vécu comme une « épreuve émotionnelle » avec une difficulté à trouver la « bonne distance » (relationnelle) pour soutenir les capacités des personnes ou pour percevoir, « *sentir* » et « *ressentir* » leur état de santé (et notamment la montée des angoisses et les éventuelles décompensations) sans les voir. Enfin, les professionnels ont été confrontés à des « épreuves politico-éthiques ». Ils ont poursuivi, tant bien que mal, leur objectif d'autonomisation et de soutien aux capacités tout en ayant un souci de protection qui visait à gérer les risques liés à la transmission de l'épidémie.

L'enjeu était alors de composer avec ces deux objectifs prioritaires, en tension, notamment pour éviter d'adopter une posture répressive, de « *flicage* ».

Quelques pistes pour les prochains terrains

Dans les prochains rapports intermédiaires, nous souhaitons continuer à étudier le travail des aidants – professionnels ou familiaux - au sein de ces dispositifs et à approfondir nos réflexions autour des pratiques professionnelles. Nous souhaitons aussi porter une attention particulière aux métiers/fonctions propres à ces dispositifs, notamment celle de coordination. Nous souhaitons aussi prolonger nos réflexions autour des notions d'habiter, de chez soi et d'intimité, qui semblent être travaillées de façon particulière dans ces dispositifs, notamment dans les espaces de vie collectifs, qui sont à la fois sources de tension et de vie sociale. Pour cela, nous serons attentives aux différentes pratiques des espaces. Cela nourrira les thématiques de la vie sociale au sein (et en dehors) de ces dispositifs et des relations entre locataires. Enfin, nous serons attentives aux représentations des professionnels, des habitants et de leurs proches concernant les notions de liberté, d'autonomie ou encore d'intimité et concernant les espaces des dispositifs.

Bibliographie

- AIME Béatrice, 2009, *Les fondements du métier d'aide médico-psychologique*, s.l., ERES.
- ARBORIO Anne-Marie, 2012, *Un personnel invisible. Les aides-soignantes à l'hôpital.*, 2e édition., Paris, Economica (coll. « Sociologiques »), 334p. p.
- AVRIL Christelle, 2014, *Les aides à domicile un autre monde populaire*, Paris, La Dispute.
- BACQUE Marie-Hélène et BIEWENER Carole, 2015, *L'empowerment, une pratique émancipatrice ?*, Paris, La Découverte, 175p. p.
- BERGERON Henri et CASTEL Robert, 2014, *Sociologie politique de la santé*, Presses universitaires de France., Paris, (coll. « Quadrige manuels »).
- BESLE Sylvain et SARRADON-ECK Aline, 2019, « Choisir le risque : l'autonomie du malade en situation d'échec thérapeutique », *Anthropologie & Santé. Revue internationale francophone d'anthropologie de la santé*, 3 novembre 2019, n° 19.
- BORRAZ Olivier, 2020, « Qu'est-ce qu'une crise ? », *Dossier du CSO : sciences sociales en temps de crise (COVID 19)*, 2020.
- DAVAGLE Michel, GILLES Mireille, HUVELLE Françoise, ISTACE Luc, VAN DEN EYNDE Michèle, VANHAVERBEKE Jacques, VAN HOYE Pierre, WACQUEZ Jehan et WAUTIER Dominique, 2012, *Les carnets de l'éducateur. Exploration de la profession*, Ciaco., s.l.
- DEMAILLY Lise, 2008, *Politiques de la relation: approche sociologique des métiers et activités professionnelles relationnelles*, Villeneuve d'Ascq, France, Presses universitaires du Septentrion, 373 p.
- DOUGLAS Mary, 1986, *Risk Acceptability According to the Social Sciences*, s.l., Russell Sage Foundation.
- EHRENBERG Alain, 2014, « Faire société à travers l'autonomie », *Recherche et formation*, 19 novembre 2014, n° 76, p. 107-118.
- ENNUYER Bernard, 2018, « Personnes âgées, familles, professionnels, des configurations multiples et complexes dans le champ de l'aide au domicile », *VST - Vie sociale et traitements*, 22 août 2018, N° 139, n° 3, p. 19-27.
- ENNUYER Bernard et GARDIEN Ève, 2017, « L'accompagnement à domicile : mission impossible ? », *Vie sociale*, 23 mai 2017, n° 17, n° 1, p. 71-80.
- HENCKES Nicolas, 2009, « Les psychiatres et le handicap psychique », *Revue française des affaires sociales*, 2009, n° 1, p. 25-40.
- HENCKES Nicolas, AZEVEDO Marcos et QUINTIN Anne, 2018, *Loger et Soigner. Une sociologie d'un dispositif médico-social: les appartements accompagnés en santé mentale*, s.l.
- HENNION Antoine et VIDAL-NAQUET Pierre A., 2015, « « Enfermer Maman ! » Épreuves et arrangements : le care comme éthique de situation », *Sciences sociales et sante*, 22 septembre 2015, Vol. 33, n° 3, p. 65-90.
- HERZLICH Claudine et PIERRET Janine, 1985, « Le cas des malades chroniques: L'auto-soignant, le savoir et les techniques médicales », *Culture technique*, 1985, n° 15, p. 139-145.

- HINTERMEYER Pascal, 2014, « Ambivalences culturelles du risque », *Le sociographe*, 6 mai 2014, n° 45, n° 1, p. 11-22.
- IMBERT Fabienne, 2010, « Qui sont les travailleurs sociaux ? », *Les Cahiers Dynamiques*, 2010, n° 48, n° 3, p. 128-136.
- LAJARGE Éric, DEBIEVE Hélène et NICOLLET Zhour, 2013, « L'émergence du risque sanitaire et la gestion des crises sanitaires », *Aide-Memoire*, 2013, p. 145-158.
- MOREAU Delphine, 2017, « Limiter la contrainte ? Usages et régulation des usages de la contrainte psychiatrique en Suisse », *L'information psychiatrique*, 20 septembre 2017, Volume 93, n° 7, p. 551-557.
- ØSTERGAARD Lise Rosendal, 2015, « Ebola vu de loin : les agents de la santé face au risque et à l'incertitude dans les campagnes du Burkina Faso », *Anthropologie & Santé. Revue internationale francophone d'anthropologie de la santé*, 25 novembre 2015, n° 11.
- RAPEGNO Noémie et ROSENFELDER Cécile, 2020, *Inclure et sécuriser : exemple d'un dispositif d'habitat pour personnes âgées. Rapport intermédiaire 1*, s.l., EHESP.
- RAVON Bertrand et VIDAL-NAQUET Pierre, 2018, « Les épreuves de professionnalité, entre auto-mandat et délibération collective. L'exemple du travail social », *Rhizome*, 14 mai 2018, N° 67, n° 1, p. 74-81.
- ROUZEAU Marc et MARTIN Claude, 2016, *Vers un état social actif à la française ?*, Rennes, Presses de l'EHESP, 168p. p.
- VELPRY Livia, 2019, « Rencontres avec l'enfermement. Une réflexion sur le soin en psychiatrie », *Empan*, 18 juillet 2019, n° 114, n° 2, p. 44-50.
- VELPRY Livia, 2009, « Vivre avec un handicap psychique : les appartements thérapeutiques », *Revue française des affaires sociales*, 2009, n° 1, p. 171-186.
- VIDAL-NAQUET Pierre, 2019, « Les usages de la contrainte dans l'accompagnement à domicile des personnes vulnérables », *Raison présente*, 2019, vol. 209, n° 1, p. 43-54.
- VIDAL-NAQUET Pierre, 2013, « Le care à domicile : tact et tactiques », *Recherche en soins infirmiers*, 2013, vol. 3, n° 114, p. 7-13.
- VIDAL-NAQUET Pierre, A paraître, « Proches de loin. Le lien téléphonique au temps du Corona », *Jusqu'à la mort accompagner la vie*, A paraître.

Annexes

Annexes 1 : méthodologie

Ce tableau présente les entretiens réalisés auprès des professionnels de terrain.

Dispositif	Professionnel de terrain	Entretiens														
		16-22/3	23-29/3	30/3-5/4	6-12/4	13-19/4	20-26/4	27/4-3/5	4-10/5	11-17/5	18-24/5	25-31/5	1-7/6	8-14/6	15-21/6	22-28/6
Habitat regroupé	Cheffe de service															
	AMP															
ACT	Educateur spécialisé															
Habitats partagés	Coordinatrice															
Habitats accompagnés	Monitrice-éducatrice															

Annexe 2 : portrait d'une professionnelle de terrain : Géraldine Gobert, coordinatrice des habitats partagés

Géraldine Gobert est conseillère en économie sociale et familiale et travaille dans l'action sociale depuis une quinzaine d'années. Depuis cinq ans, elle est coordinatrice sociale d'un dispositif qui propose des maisons en colocation à des personnes présentant un handicap psychique. Au téléphone, elle rit souvent et donne des exemples concrets de discussions ou de situations qu'elle a pu rencontrer. Elle apprécie son travail et tout particulièrement le public qu'elle accompagne. Pour parler des bénéficiaires du dispositif, elle utilise l'expression « *les habitants* », habitants qu'elle a pour habitude de tutoyer et qui la tutoient en retour.

Géraldine Gobert s'occupe de l'accompagnement social et éducatif des personnes et des tâches administratives et organisationnelles liées au service. Pour décrire son métier elle utilise l'image de la pieuvre qui peut faire plusieurs choses à la fois avec ses tentacules. Tout est potentiellement de son ressort à partir du moment où cela implique de répondre aux besoins et aux souhaits des personnes qu'elle accompagne. Même si le versant social et éducatif du métier de Géraldine Gobert s'apparente principalement à des missions de coordination, comme l'organisation du planning des équipes, l'échange avec les partenaires, la prise de rendez-vous médicaux, etc, Géraldine Gobert passe souvent dans les maisons et échange fréquemment avec les habitants au téléphone. Au quotidien, Géraldine Gobert met l'accompagnement des personnes et la gestion des urgences au premier plan et se penche ensuite sur les tâches administratives.

« Quand le quotidien est plus calme ça va et je peux avancer sur l'administratif, sur ce que j'ai à faire, etc. Quand le quotidien est un petit peu plus compliqué bah là... tout prend du retard forcément. »

Pour Géraldine Gobert, le premier objectif d'accompagnement du dispositif est de permettre aux personnes de s'intégrer dans la cité. Une attention particulière est alors donnée à l'implantation géographique des maisons qui doivent être proches des transports et des commerces. Géraldine Gobert fait également tout son possible pour que les activités demandées par les habitants s'effectuent dans le droit commun. Au sein des habitats, les personnes sont accompagnées par les intervenants d'un service d'accompagnement à domicile géré par la même association que le dispositif, ce qui représente un atout pour la coordinatrice. Les intervenants sont présents sept à huit heures par jour auprès des habitants, sur ce que Géraldine Gobert appelle les « *temps forts* » (matin, midi et soir) et qui permettent de « *les stimuler sur les actes de la vie quotidienne* ». Géraldine travaille également en partenariat avec les services de soins, notamment les CMP et certains hôpitaux psychiatriques. Elle est également en lien avec les curateurs responsables des mesures de protection des habitants.

Une coordinatrice sociale en télétravail

Le lundi 16 mars, le jour de l'annonce du confinement par le gouvernement, Géraldine Gobert a commencé le télétravail à temps plein, ses missions ne nécessitant pas de travailler en présentiel. En plus des tâches qui lui incombent habituellement, elle a également dû reprendre certaines des missions de ses collègues coordinatrices qui ont été mises au chômage partiel à la même date. Depuis le début du confinement, elle n'a pas rendu visite aux habitants, situation qu'elle n'apprécie pas particulièrement.

« Bah je vous avoue que c'est très très frustrant. Honnêtement j'ai... (souffle). Combien de fois j'ai les intervenants qui m'appellent en m'expliquant des choses et je me sens impuissante. Combien de fois j'aurai envie de prendre ma voiture et de dire, oh tant pis, j'y vais. »

Pour pallier cette frustration, Géraldine Gobert multiplie les contacts téléphoniques avec les intervenants à domicile pour prendre des nouvelles des habitants. Les locataires l'appellent plus souvent que d'habitude. Ils cherchent à être rassurés sur la situation, demandent simplement des nouvelles ou dénoncent parfois les locataires qui ne respectent pas les règles du confinement.

« Là avec le confinement ils m'appellent en disant : "Moi je dis rien hein, mais lui il est sorti !" (rires) [...]. Des fois je dis : "Mais écoutez il a le droit quand même ! ». « Bah oui mais bon, il est déjà sorti hier, avant-hier et là il ressort aujourd'hui". [...]. Ouais, ouais, on en est là. »

Géraldine Gobert s'estime chanceuse car les intervenants continuent à se rendre au domicile des personnes au rythme habituel, c'est également le cas des passages infirmiers pour la distribution des traitements. D'ailleurs, ce maintien des passages infirmiers la rassure car cela lui permet de garder des repères sur l'état de santé des habitants. Seuls les CMP ont modifié leurs modalités d'accompagnement. Les contacts avec eux sont plus difficiles car ils n'interviennent que par téléphone et seulement en cas d'urgence. Au début du confinement, un certain nombre de rendez-vous de médecine du quotidien ont été repoussés. Fin avril, les rendez-vous médicaux ont pu commencer à se remettre en place. Les locataires formulaient leurs demandes aux infirmières lors de leur passage, ce qui ne faisait pourtant pas partie de leurs habitudes.

« On doit faire face à des accompagnements santé, dentiste, vous savez des rendez-vous santé quotidienne, qui apparaissent. Là on doit remettre ça en place. Ce qui leur procure quand même des petites angoisses parce qu'ils avaient tendance, je pense, comme pour les soins dentaires, à ne pas nous le dire ou à nous le cacher. Ils en ont parlé à l'infirmière mais pas à nos intervenants. Alors que d'habitude c'est des choses qu'ils arrivent à dire j'ai l'impression... Enfin j'avais pas ce sentiment, c'était beaucoup plus spontané. Les intervenants me sollicitaient plus facilement quand il y avait un accompagnement dentiste à faire par exemple. Alors que là c'est les infirmières qui me sollicitent et les intervenants me disent : « Bah non, ils ne nous en ont pas parlé ! ». D'habitude c'est pas quelque chose qui pose souci. »

Géraldine Gobert explique cette situation par le fait qu'elle ne se rend plus sur les habitats. Elle pense aussi que les locataires pourraient avoir besoin de se référer de façon plus importante au soin pendant cette période particulière.

Concernant l'accès au matériel de protection, de par son statut de droit commun, le dispositif n'est pas fourni par l'Agence Régionale de Santé (ARS). Au début du confinement les choses étaient compliquées car le service vivait sur son stock habituel qui n'était pas approvisionné en conséquence. Pendant un temps, les professionnels ont dû utiliser des masques périmés qui avaient été récupérés auprès d'une collègue de Géraldine Gobert. Les gants sont transmis par le fournisseur habituel mais les colis ne contiennent pas toujours les tailles et le nombre de gants initialement commandés. A la mi-avril, le Service d'Accompagnement à Domicile qui n'était jusqu'alors pas prioritaire a finalement été pris en compte par les instances départementales. Les intervenants des habitats ont pu disposer de masques, de gants et de visières de façon plus pérenne. Néanmoins, les locataires ne semblent pas comptabilisés dans le nombre de masques envoyés. Pour pallier ce problème, une intervenante des habitats partagés a fait confectionner des masques en tissu pour tous les locataires par le biais d'un de ses contacts.

« Maintenant il y a le département qui nous donne des masques, mais au tout début, alors on a réussi quand même très vite à avoir des masques. J'allais dire on a de la chance (rires)... mais parce que j'ai une de mes collègues qui connaissait quelqu'un qui en avait... Alors certes au niveau de la date ils étaient périmés mais ça restait quand même des masques, on allait pas faire les difficiles. Mais ça a été très compliqué d'avoir des gants. On avait notre stock à nous, mais on avait pas prévu tout ça. »

Un confinement soudain propice aux amalgames

La soudaineté de l'annonce du confinement n'a pas permis à Géraldine Gobert d'expliquer la situation aux locataires de vive voix comme elle l'aurait souhaité. C'est d'ailleurs quelque chose qu'elle aimerait pouvoir anticiper si un reconfinement devait avoir lieu. Elle-même ne pensait pas que les choses prendraient cette ampleur. Elle est partie en week-end le vendredi 13 mars, sans imaginer qu'elle ne pourrait pas revoir les habitants pour leur expliquer la situation :

« Moi la première j'ai rien vu venir. Enfin je voyais pas ça comme ça, j'aurai jamais cru qu'on aurait été confiné comme ça. Et c'est vrai que du coup j'ai pas eu ce temps pour les préparer. Enfin honnêtement, je suis partie le vendredi en me disant que jamais le lundi je ne pourrai pas y retourner. Je pense que sinon que j'aurai certainement fait des choses différemment. J'aurai aimé au moins pouvoir les préparer moi-même, après je dis pas que... parce que ça été un peu brutal quoi. »

Pour expliquer la situation aux habitants, Géraldine Gobert a demandé aux intervenants de mettre leur téléphone portable sur haut-parleur dans chaque maison. La soudaineté de l'annonce du confinement a mené certains habitants à croire qu'elle était à l'origine des restrictions imposées par la situation. Les habitants ont finalement pu comprendre la situation, notamment grâce aux explications données par les intervenants. Géraldine Gobert a notamment mis à disposition des locataires des attestations de sortie en Facile à Lire et à Comprendre (FALC) dans les habitats. Elle a également fait apposer des affiches sur les gestes barrières et les précautions à prendre lors des sorties.

« Parce que certains ont cru au départ que c'était moi qui leur interdisais de sortir (rires). Je me suis levée un matin et je me suis dit allez hop, tout le monde chez soi ! (rires). Les intervenants devaient leur expliquer que ce n'était pas moi (rires), que c'était le gouvernement qui avait demandé de respecter ça. »

Gérer des situations complexes et des situations inattendues

Au début du confinement, Géraldine a constaté une certaine anxiété chez les locataires et une éventuelle recrudescence de certains troubles psychiques chez les personnes. Elle explique la situation d'un habitant qui a dû être hospitalisé pour toute la durée du confinement :

« Pour être honnête, il y en a un qu'on a fait hospitaliser, qui l'est toujours et qui le restera jusqu'à la fin du confinement parce que c'est quelqu'un pour qui le confinement était très très compliqué. Du coup ça devenait très très tendu avec ses colocataires. Alors qu'il avait complètement arrêté, il avait repris des consommations excessives et vous vous doutez bien qu'à distance... [...] Alors quand les salariés étaient là il était gentil comme un agneau (rires) et dès que les salariés étaient partis... Ça avait pris des proportions terribles mêmes avec les voisins. Il rentrait à des heures pas possibles, dans des états aussi pas possibles, donc c'était pas gérable en fait. [...] Il faisait rentrer ses copains et du coup dans la colocation c'était la panique [...]. »

Une première hospitalisation courte n'avait pas permis à ce locataire de modifier ses habitudes de sortie et de consommation de toxiques. Géraldine Gobert pense que cet habitant ne « se rendait pas compte » du danger qu'il encourait et faisait encourir à ses colocataires. Lors d'échanges téléphoniques, il semblait pourtant comprendre la situation et disait être prêt à modifier ses habitudes, pour finalement ressortir quelques heures plus tard. Deux autres personnes ont également été hospitalisées quelques jours au début du confinement parce qu'elles se sentaient « compressées » et avaient besoin de « prendre un peu de distance avec la situation ». Au fur et à mesure du temps, les locataires ont pris des habitudes et les troubles psychiques se sont apaisés. Selon Géraldine Gobert les personnes avec un handicap psychique ont besoin d'être « ritualisées » et « rassurées sur les habitudes ». Pour que la situation soit comprise et acceptée, les intervenants et la coordinatrice ont également dû réexpliquer fréquemment la situation.

« J'avais une de mes collègues qui me disait : "Écoute je viens de lui expliquer", mais après c'est déjà comme ça au quotidien. Sur tous les gestes de la vie quotidienne, on a certaines personnes pour qui il faut répéter, répéter, répéter. Donc là une nouvelle chose qui arrive du jour au lendemain, je me doutais bien que ça allait pas être compris, et accepter aussi. Parce qu'il faut que ce soit accepté du jour au lendemain. Donc là ça commence à être compris, accepté et respecté aussi, parce qu'il fallait que ce soit respecté, mais ça a pris énormément de temps. »

Géraldine Gobert a aussi vu des effets positifs au confinement que ce soit pour le groupe ou pour certaines personnes en particulier. Selon elle, la situation a engendré une plus forte solidarité entre les

colocataires de certaines maisons. Là où d'habitude les personnes avaient plutôt tendance à rester chacun dans leur chambre, certaines maisons se sont mises à confectionner des gâteaux pour partager un goûter ou visionner des films en groupe. Certains habitants ont une meilleure hygiène corporelle, d'autres ont vu leurs troubles psychiques s'apaiser :

« J'en ai certains avec qui on avait du mal sur la stimulation à l'hygiène corporelle. J'en ai un qui se douche tous les matins. Alors par contre, je vous avoue l'explication je ne l'ai pas. [...] Et une autre aussi qui avant le confinement n'était pas très bien, on se posait même la question d'une hospitalisation. Alors c'est quelqu'un qui pour le coup a du mal à sortir et qui depuis le confinement re-participe à la vie de la maison. Son hygiène corporelle va mieux. Elle refait attention un peu plus à elle parce que je pense qu'on ne lui demande plus de sortir ou de refaire des activités. »

« Faire avec » ou « faire à la place » ? L'importance de la présence des professionnels pour protéger les habitants

Pour Géraldine Gobert la situation n'engendre pas véritablement de nouveautés dans son rôle de coordinatrice et dans ses missions, il en va de même pour les intervenants à domicile. Par contre certaines missions peuvent prendre plus d'ampleur qu'à l'accoutumée. C'est le cas des propositions d'animation par exemple, car les habitants sont plus en demande. Il faut aussi faire autrement, en utilisant notamment l'outil informatique, les outils de communication à distance, le téléphone. Géraldine Gobert construit plus d'outils visuels que d'habitude, elle a l'impression d'être retournée à l'école. La protection des habitants face au virus prend une place importante dans l'accompagnement proposé. Là où elle prône d'habitude le « faire avec », il a parfois fallu « faire à la place » des habitants. Les courses par exemple, habituellement faites par les locataires accompagnés des salariés, ont été prises en charge uniquement par les professionnels pendant toute la période du confinement. Pour protéger les habitants du virus Géraldine Gobert a également choisi de répéter certaines règles du confinement le plus souvent possible :

« Des fois j'ai eu l'impression d'un peu trop leur rabâcher de ne pas sortir mais j'ai quand même préféré leur dire plus que pas assez. Parce que même en leur disant beaucoup c'est pas pour ça qu'ils ne sortent pas. Après, de toute façon, on est pas toujours là qu'est ce que vous voulez... Une fois j'ai un habitant qui m'a dit : "Mais tu peux pas fermer la porte ?" (rires), Bah non je ne peux pas non, c'est pas possible. Je vais pas vous enfermer dans la maison quand même ! C'est hors de question. Rien qu'au niveau sécurité, et même ça me viendrait même pas à l'idée. Mais c'est vrai qu'on marche quand même sur ce fil, je vous avoue que c'est compliqué au quotidien, crise ou pas crise de toute façon. »

Pour Géraldine Gobert la présence des professionnels permet la synergie de groupe, de rompre l'isolement et prévient ainsi les risques de décompensations. Pendant toute la durée du confinement les habitants étaient d'autant plus en attente de la venue des professionnels :

« Ils sont toujours dans cette attente, même parfois si l'intervenant a cinq-dix minutes de retard, ils m'appellent : "Il y a personne, c'est normal ? Il est pas là. Comment ça se fait ?". Ils n'ont pas trop le droit à l'erreur en ce moment (rires) ! »

Même si Géraldine Gobert insiste sur le fait qu'elle n'est pas à plaindre, elle explique qu'une présence plus conséquente des professionnels au sein des habitats aurait pu représenter un atout pendant le confinement, notamment pour répondre à la demande des habitants concernant les temps d'activités et d'animation qui aurait permis de rompre l'ennui. Néanmoins cela reste difficile à mettre en place financièrement.

« Le déconfinement me paraît plus compliqué que le confinement. »

Fin avril, Géraldine commence à penser au déconfinement et essaie d'anticiper la façon dont elle le gèrera dans les habitats. Géraldine considère que le déconfinement ne sera pas total mais transitoire et que cette situation sera plus difficile à expliquer aux locataires que celle du confinement. Les habitants

pourront sortir sans attestation mais devront continuer à faire attention et à utiliser les gestes barrières. Dès maintenant, elle fait attention à « *peser ses mots* » afin que les habitants comprennent qu'un reconfinement est possible, que les gestes barrières doivent être maintenus et que les sorties doivent restées limitées. Elle n'est pas inquiète concernant une éventuelle recrudescence des troubles, par contre elle imagine que certaines personnes vont reprendre leurs habitudes du jour au lendemain. Elle insiste sur le fait qu'elle va devoir accompagner les personnes au cas par cas.

« On va devoir travailler avec chacun différemment, les rassurer différemment, se comporter avec eux différemment. C'est-à-dire qu'on va peut-être demander à certains des choses qu'on ne va pas demander à d'autres. On va peut-être devoir limiter les sorties pour certains et leur demander de sortir pour d'autres. Vous voyez ? Enfin, pour modérer. C'est-à-dire qu'il va falloir tout doucement que certains ressortent. Il va falloir aussi que petit à petit, tout en respectant les gestes bien sûr, chacun reprenne un petit rythme. »

Géraldine Gobert pense que la situation a forcé l'arrêt de certains accompagnements, qu'elle considère pourtant importants au quotidien, au profit d'autres accompagnements liés à la situation, comme la prévention face au virus. Pour certains habitants, notamment sur les accompagnements liés à l'intégration dans la cité, l'ouverture vers l'extérieur et l'autonomie, Géraldine Gobert a peur de devoir tout reprendre à zéro :

« Voilà faut se dire que depuis cinq ans (rires), je prône le fait qu'ils doivent sortir (rires), qu'ils doivent être autonomes sur pleins de choses, qu'ils doivent faire leurs petites courses eux-mêmes, qu'on doit mettre en place des activités, enfin voilà... Il faut savoir que dans le handicap psychique sortir c'est très difficile, [...] ils ont énormément de mal à sortir. Honnêtement moi j'ai peur de l'après (rires). Parce que là avec l'équipe on va devoir tout reprendre à zéro. Ça va être très très très compliqué. »

Au 29 avril, les conditions du déconfinement sont assez floues pour Géraldine Gobert mais elle réfléchit de son côté avant d'échanger avec ses supérieurs sur la question. Elle considère que le déconfinement doit être progressif. Les intervenants pourraient continuer à faire les courses, seuls jusqu'à la fin du mois de juin afin d'éviter les comportements à risque et de rassurer les personnes paranoïaques. Elle aimerait également que l'éventuel retour à une situation de confinement soit anticipé. Elle pense qu'il serait intéressant qu'un « *ambassadeur des bonnes conduites* » liées à la crise Covid-19 soit nommé au sein de l'association. Cette personne pourrait informer, accompagner et rassurer les locataires et les professionnels de terrain. Cet ambassadeur pourrait également être garant des échanges avec les instances compétentes dans la situation.

Les prémices du déconfinement

Au deuxième jour du déconfinement, Géraldine Gobert est toujours en télétravail jusqu'à nouvel ordre et elle est fatiguée :

« Alors excusez-moi je suis un peu fatiguée (rires) parce que depuis lundi j'en ai plein la tête, mais je vais y arriver ! [...] Je suis désolée ! [...] Même en vous parlant je pense à d'autres choses en même temps, je suis vraiment désolé (rires). »

Les locataires ne sont sujets ni à une recrudescence des troubles ni à des décompensations notables. Comme pour le confinement, elle a expliqué le déconfinement par téléphone aux habitants. Pour une maison, Géraldine Gobert a laissé une intervenante expliquer la situation aux locataires. Elle a mis en place de nouveaux outils, notamment des affichages expliquant les gestes barrières et le fonctionnement actuel du service. Elle aimerait pouvoir proposer des sorties aux habitants mais la situation ne le permet pas pour plusieurs raisons.

« Pour l'instant je n'ai pas remis en place les animations extérieures parce que c'est en groupe. Déjà niveau du personnel je ne peux pas me permettre de mettre autant d'intervenants qu'il faudrait pour respecter tous les gestes, pour arriver à faire autant de prévention qu'on voudrait. Je peux pas, j'y

arriverai pas. En plus, pour faire quelle animation ? Ça me paraît un peu limité au moins jusque fin mai parce qu'il y a pas grand chose qui est ouvert. Rien que de prendre les transports ça me paraît compliqué. [...] Après on avait pensé à de l'individuel, mais l'individuel c'est pareil. Qui ? On va devoir faire un choix. Je me vois mal dire : "Toi t'en fais mais toi t'en fais pas", parce que j'arriverai pas à le proposer à trente habitants. Trente accompagnements individuels par semaine c'est impossible. »

Les locataires ont finalement pu retourner faire les courses un par un accompagnés d'un intervenant. Pour Géraldine Gobert, cela permet aux habitants de ressortir progressivement et de travailler l'apprentissage des gestes barrières. Pendant toute la durée du confinement, elle avait constaté que la mise en place de ces gestes était difficile pour les habitants.

« A l'extérieur ça permet aussi le côté éducatif, de leur montrer concrètement ce qu'ils doivent faire. De prendre le mètre de distance, s'ils font pas attention peut-être de les reprendre. Comme ça le jour où ils sortiront seuls, alors après on est toujours sur des peut être parce que quand on est pas là c'est plus compliqué, peut être qu'ils feront plus attention. »

Certains intervenants étaient inquiets à l'idée que les locataires puissent ressortir pour aller faire les courses. Pour Géraldine Gobert, si la population générale est autorisée à sortir, il n'y a aucune raison que les choses soient différentes pour les habitants du dispositif. Une fois cette explication donnée, les intervenants ont compris et accepté la situation. La coordinatrice constate que les professionnels s'inquiètent plus pour la sécurité des locataires que pour la leur. Elle s'étonne d'ailleurs de cette situation. Les intervenants qui ont travaillé sur toute la période du confinement ne semblent pas s'inquiéter outre mesure pour leur santé alors qu'elle, qui est restée confinée pendant cette période, est parfois stressée après une sortie.

Annexe 3 : descriptif détaillé des dispositifs

1 – Dispositif 1 : L’habitat regroupé

L’habitat regroupé est géré par une association loi 1901 créée dans les années 1990 par des familles de personnes ayant un handicap psychique. L’association gère aujourd’hui différents établissements médico-sociaux à destination de ce public. Elle poursuit des valeurs d’humanisme et prône le respect des personnes accompagnées avec le souci de prendre en compte leurs spécificités. Dans ce but, l’association met l’accent sur l’accompagnement vers le soin et sur une plus grande autonomie. Elle propose également de favoriser une meilleure intégration dans la vie sociale. Aujourd’hui, l’association gère des services d’accompagnement (SAVS, SAMSAH) et différentes propositions d’hébergement (foyer de vie, résidences-accueil, habitats regroupés). Elle salarie une cinquantaine de professionnels cadres, administratifs et éducatifs et favorise également l’action bénévole. De par l’historique de l’association, une prise en compte des familles et des aidants est également recherchée.

1.1 – Description générale de l’habitat regroupé

L’habitat regroupé a été initié en 2017 par l’association gestionnaire en réponse à un appel à projets du département. Il est financé à hauteur de 25 000 euros par an au titre de l’habitat regroupé par le conseil départemental. C’est un dispositif de droit commun. Il n’est donc pas soumis aux réglementations de l’ARS mais doit répondre à un cahier des charges spécifique aux habitats regroupés rédigé par le conseil départemental. Les appartements sont loués par l’association à un bailleur social qui les sous-loue ensuite aux locataires, qui peuvent donc habiter leur logement aussi longtemps qu’ils le souhaitent. Cela permet à l’association de faire le lien entre les bénéficiaires et le bailleur. Pour le directeur général de l’association, c’est une manière de faire « comme si » les bénéficiaires louaient un logement dans le droit commun dans un contexte sécurisé par la présence de l’association.

L’habitat regroupé dispose de six studios individuels au premier étage d’un immeuble situé dans un quartier résidentiel en cours de construction. L’implantation du dispositif dans ce quartier a été pensée pour sa proximité avec les transports en commun et les services de proximité (boulangerie, pharmacie, magasins alimentaires, etc). Néanmoins, le dispositif est assez éloigné du centre-ville et le réseau de transport n’est pas très développé dans cette partie de l’agglomération. Les services de proximité n’y sont pas très développés non plus, seule la boulangerie est à proximité immédiate. Finalement, le dispositif a été principalement implanté dans ce quartier parce que les locaux étaient disponibles et adaptés au cahier des charges du projet. Initialement, l’immeuble n’était pas conçu pour accueillir des logements mais plutôt des bureaux. Lors de la construction du dispositif il a fallu repenser l’aménagement de l’étage. Cela engendre aujourd’hui certaines difficultés, notamment dans la régulation des chauffages et de la plomberie qui nécessite des interventions régulières.

Les studios font 20m². Ils disposent d’une pièce de vie équipée d’une kitchenette et d’une salle de bain adaptée aux personnes à mobilité réduite. Les studios sont loués vides aux bénéficiaires qui peuvent donc aménager les lieux comme ils le souhaitent. L’étage dispose également de diverses pièces communes : une salle à manger ouverte sur une cuisine aménagée, un bureau pour les professionnels, un salon TV et une buanderie collective. L’étage est sécurisé par un interphone au bas de l’immeuble. L’accès à l’étage nécessite un badge dont seuls les locataires, l’AMP et la cheffe de service disposent.

L’association salarie une aide médico-psychologique (AMP) à mi-temps dédiée à l’habitat regroupé. Pour compléter son poste, elle travaille également pour l’une des résidences-accueil de l’association. Elle est présente quatre heures par jour, soit le matin (9h15-13h15) soit l’après-midi (13h15-17h15), du lundi au vendredi.

1.2 – Principales caractéristiques du public accueilli

Les studios sont occupés par les six mêmes locataires depuis l’ouverture du dispositif, trois femmes et trois hommes âgés de 29 à 63 ans. Ils bénéficient de l’allocation adulte handicapé (AAH) et sont suivis

par le SAVS ou le SAMSAH de l'association par orientation de la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH). Cinq d'entre eux sont également accompagnés dans le cadre d'une mesure de protection (curatelle). Avant leur arrivée à l'habitat regroupé, deux bénéficiaires disposaient d'un logement autonome et quatre d'entre eux vivaient en famille. Tous les bénéficiaires présentent un handicap psychique dont le diagnostic est connu par le médecin-psychiatre de l'association mais pas en détail par les professionnels. Un locataire présente un syndrome de Diogène et la plupart d'entre eux présenteraient une schizophrénie.

Selon le directeur général, les locataires de l'habitat regroupé représentent le public le plus autonome de l'association. Il considère qu'une forme de gradation du niveau d'autonomie des personnes s'établit en fonction du type d'hébergement dans lequel ils vivent. Les personnes accueillies en foyer de vie auraient l'autonomie la plus basse, là où les personnes accueillies en habitat regroupé auraient l'autonomie la plus haute. Les professionnels semblent néanmoins avoir des difficultés pour définir le niveau d'autonomie des locataires de l'habitat regroupé, ce qui pourrait expliquer cette nécessité d'employer la comparaison entre les différents types d'hébergement. La situation de certains locataires, notamment en termes d'autonomie, permet de mettre à jour les limites de l'habitat regroupé. C'est le cas d'une femme dont l'autonomie est jugée insuffisante par les professionnels notamment parce qu'elle est sujette à des périodes de fragilité psychique durant lesquelles elle n'est plus en mesure d'assurer la préparation de ses repas ou de faire ses courses. Les professionnels pensent qu'un foyer de vie serait plus adapté à ses besoins, mais la personne refuse cette orientation.

Les professionnels appellent les bénéficiaires du dispositif les « locataires » ou les « résidents ». Cela montre de façon assez significative l'ambivalence de ce dispositif de droit commun porté par une association gestionnaire ancrée dans des pratiques propres au secteur médico-social. L'expression « les locataires » semble utilisée pour respecter l'appartenance du dispositif à ce statut de droit commun et dans la volonté de ne pas ramener les bénéficiaires au statut d'usagers du secteur médico-social. Néanmoins les habitudes de langage des professionnels reprennent parfois le dessus et l'expression « les résidents », qui fait référence aux bénéficiaires des résidences-accueil et du foyer de vie, est très fréquemment employée.

1.3 - Critères d'admission, règles à respecter et sanctions associées

Pour accéder à l'habitat regroupé les futurs locataires passent par une commission d'admission interne à l'association composée de la présidente, du directeur, de la cheffe de service et du médecin-psychiatre. Les locataires doivent répondre à plusieurs critères pour être admis au sein de l'habitat regroupé. Il faut d'abord avoir atteint la majorité. Ensuite, les personnes doivent avoir des troubles psychiques reconnus mais stabilisés pour être en mesure de respecter les règles de vie en semi-collectivité. Les personnes ne doivent pas présenter de troubles du comportement liés à des addictions aux toxiques. Il faut également être assez autonome pour investir un logement. Il ne faut pas excéder un certain plafond de ressources pour pouvoir bénéficier du type de bail proposé par l'habitat regroupé.

Même si l'habitat regroupé dépend du droit commun, il utilise un contrat de séjour et un règlement de fonctionnement qui doivent être signés par les locataires à leur entrée dans le dispositif. Ces documents, directement issus de la loi 2002-2 rénovant l'action sociale et médico-sociale, montrent que l'ancrage médico-social de l'association gestionnaire pourrait influencer sur ce dispositif de droit commun. De plus, étant suivis par le SAVS ou le SAMSAH de l'association gestionnaire, les locataires disposent d'un projet d'accompagnement individualisé rédigé dans ce cadre. Les professionnels de l'habitat regroupé interviennent directement sur ce document, voire en sont garants en ce qui concerne la cheffe de service.

Le règlement intérieur fait mention d'un certain nombre de règles à respecter, notamment autour du respect des locaux et des personnes. De façon plus précise, la consommation d'alcool et de toxiques est interdite dans les espaces communs. Il est interdit de fumer du tabac dans les logements. Le règlement fait également mention qu'un retour au domicile sous l'emprise de l'alcool ou après consommation de

produits stupéfiants, ainsi que leur détention ou leur consommation au sein du service, sont considérés comme des motifs d'exclusion. Les animaux de petite taille sont tolérés mais leur possession doit être discutée avec la direction. Les visites de personnes extérieures sont autorisées mais doivent être soumis à l'aval des professionnels. Tous les comportements pouvant « *mettre en difficulté ou en insécurité le collectif* » concentrent également la vigilance de l'équipe. Néanmoins il faut comprendre que ce règlement reste un cadre de référence qui peut être modulé en fonction des situations de chacun. Pour la consommation de produits stupéfiants dans le logement par exemple, les professionnels peuvent faire le choix de ne pas appliquer le règlement à la lettre car cela pourrait mettre à mal la relation de confiance établie avec le locataire. L'objectif est alors de d'accompagner la personne vers le soin afin de traiter l'addiction. Selon la cheffe de service, ces documents existent pour protéger les locataires. Elle doit parfois ré-invoquer ces règles pour rappeler le cadre dans lequel les personnes sont accueillies mais elle adapte son discours et son action en fonction de chaque personne. Les sanctions possibles sont inscrites dans le contrat de séjour et sont pensées graduellement, de l'avertissement oral à l'exclusion définitive. Néanmoins ces outils semblent peu invoqués, c'est la discussion et la négociation avec le locataire qui semblent être privilégiées en cas d'incident.

1.4 - Principes généraux d'accompagnement

L'habitat regroupé a pour principal objectif d'offrir un logement autonome dans un cadre sécurisant et rassurant qui permet d'éviter l'isolement. Pour le directeur général de l'association, l'objectif est de « *se rapprocher de l'inclusion tout en sécurisant* ». L'accent est mis d'abord sur la sécurisation des personnes, qui se décline à travers plusieurs outils concrets dont la présence des professionnels semble être le premier d'entre eux. Ensuite, il s'agit d'accompagner les personnes vers une plus grande autonomie, notamment dans toutes les tâches liées au logement.

1.4.1 – Sécuriser les locataires en assurant une présence permanente

La présence de l'AMP assure une présence sécurisante. Elle a pour principale mission d'être présente et disponible pour les locataires en proposant une écoute bienveillante à travers la mise en place d'une relation de confiance. Concrètement, l'AMP rencontre les personnes pour des échanges informels ou plus formalisés, en fonction de leurs demandes. Elle apporte son soutien en recevant les angoisses et les inquiétudes des locataires pour les aider à s'apaiser. Le service est également suivi par une cheffe de service qui partage son temps de travail entre l'habitat regroupé et d'autres structures de l'association. Elle assure des missions de coordination et est garante du bon fonctionnement du dispositif. Elle assure également le suivi des projets individualisés des personnes et organise les réunions de synthèse.²²

Après le départ de l'AMP, le soir et le week-end jusqu'à minuit, les bénéficiaires peuvent contacter par téléphone un service de veille de nuit extérieur à l'association. Les locataires peuvent échanger avec des médiateurs sociaux qui assurent également un passage au sein du dispositif en soirée. Au-delà de minuit, une astreinte téléphonique est assurée par l'une des cadres de l'association. Les deux locataires qui bénéficient d'un suivi par le SAMSAH ont également accès à une astreinte infirmière le soir et le week-end. En règle générale, les locataires se saisissent peu de ces différents outils de sécurisation.

Les professionnels considèrent le temps de présence de l'AMP sur le dispositif insuffisant pour répondre aux besoins des locataires, qui sont en demande d'une présence plus importante, mais les financements alloués au dispositif ne permettent pas d'augmenter ce temps de présence à ce jour. Les professionnels ont parfois des difficultés à délimiter les rôles et tâches de chacun, notamment entre l'AMP et les

²²Les réunions dites « de synthèse » sont des réunions de suivi du projet individualisé des personnes accompagnées dans le secteur médico-social. La personne elle-même ainsi que tous les professionnels intervenant auprès d'elle sont généralement conviés. L'objectif est généralement de faire le bilan et/ou de réactualiser les souhaits et les besoins de la personne dans le cadre de son accompagnement.

référents SAVS ou SAMSAH. L'AMP a parfois l'impression de devoir prendre en charge des tâches qui incomberaient aux référents de ces services d'accompagnement.

1.4.2 – Accompagner les personnes dans une démarche de soin

Accompagner les locataires dans une démarche de soin prend également une place importante dans les objectifs d'accompagnement de l'équipe de l'habitat regroupé. L'AMP a pour mission d'accompagner les personnes dans cette démarche, autant pour les soins somatiques que psychiatriques en proposant son aide pour la prise de rendez-vous où en accompagnant les personnes sur place par exemple. Un cabinet infirmier extérieur à l'association intervient une à deux fois par jour et par résident pour la distribution des traitements. L'AMP est d'ailleurs en charge de faire le lien avec ce service. Les locataires sont également suivis par un centre médico-psychologique (CMP) mais les contacts entre l'habitat regroupé et ce service semblent assez limités. En général, les bénéficiaires ont rendez-vous tous les trois ou quatre mois au CMP, principalement pour le renouvellement ou l'ajustement des traitements.

1.4.3 – Favoriser l'autonomie dans les tâches de la vie quotidienne

Le service a également pour objectif de permettre aux personnes de gagner en autonomie dans les tâches de la vie quotidienne et notamment sur l'entretien du logement et sur toutes les tâches liées à la nourriture (faire les courses, préparer à manger, etc).

Des Auxiliaires de vie sociale interviennent une à deux heures par semaine et par locataire pour proposer un accompagnement à l'entretien du logement et/ou aux courses. Les AVS qui interviennent sur le dispositif dépendent d'un service d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD) extérieur à l'association. L'AMP se charge de faire le lien avec ce service et assure également une mission de repérage des besoins de par sa proximité immédiate avec les locataires. Ces besoins sont ensuite évalués dans le cadre d'une concertation entre les référents des services d'accompagnement (SAVS, SAMSAH), l'AMP du dispositif et la cheffe de service et financés dans le cadre de la prestation de compensation du handicap (PCH). L'entretien du logement et les courses semblent représenter les deux principales tâches permettant de travailler l'autonomie des personnes au sein de leur logement. C'est également la capacité ou non à réaliser ces tâches qui peut déterminer si les personnes peuvent vivre à l'habitat regroupé, comme vu précédemment.

1.4.4 – Proposer du « semi-collectif » pour éviter l'isolement

L'habitat regroupé propose également différentes activités collectives qui sont impulsées par l'AMP. Une fois par semaine, un temps d'échange appelé le « café discute » est proposé aux locataires. Les locataires et la professionnelle échangent de façon informelle sur la vie du service, la mise en place de la « sortie du mois » et du repas du vendredi autour d'un goûter. Tous les vendredis midis, l'AMP propose également un atelier cuisine où les personnes confectionnent et partagent un repas ensemble. L'expression « semi-collectif » est utilisée parce que ces activités ne sont pas obligatoires. Pour la cheffe de service du dispositif, les activités proposées sont un moyen pour rompre l'isolement mais c'est à la personne de choisir si elle souhaite y participer ou non, afin de respecter sa liberté. Les activités et les sorties ne sont pas assez développées pour la cheffe de service, mais les moyens financiers du dispositif ne permettent pas de multiplier ces propositions. Les locataires ont également accès au panel d'activités et de sorties proposées par le SAVS ou le SAMSAH et certains d'entre eux y participent. Certains ont également des activités de loisirs ou de bénévolat dans le droit commun.

2 – Dispositif 2 : Les habitats partagés

Le second dispositif est géré par une association Loi 1901 créée à la fin des années 1990 spécialisée dans l'aide à domicile. Elle porte des valeurs de pleine citoyenneté des personnes en situation de handicap avec pour principal objectif le maintien à domicile. La principale activité de l'association est la gestion d'un SAAD qui intervient auprès de tous types de handicaps. L'association s'est néanmoins spécialisée dans l'accompagnement des personnes ayant un handicap psychique au fil du temps, à travers

la création de services dédiés à ce public. Elle gère notamment un SAVS pour des personnes ayant un handicap psychique et propose différentes prestations liées au maintien en logement autonome. L'objectif pour l'association à travers la diversification des prestations à destination des personnes ayant un handicap psychique est de proposer un étayage complet permettant de répondre aux besoins des bénéficiaires, qui varient considérablement d'une personne à l'autre.

2.1 – Description générale des habitats partagés

Les habitats partagés ont été créés en 2015 et dépendent du droit commun. Le projet a été porté par l'association gestionnaire suite au constat d'un manque de solutions de logement adaptées aux personnes ayant un handicap psychique. Selon l'association, les prestations du SAAD étaient insuffisantes pour certaines personnes vivant en logement autonome sans pour autant qu'un accueil en structure médico-sociale ne représente une solution plus adaptée. Il fallait donc créer un « *entre-deux* » correspondant aux besoins des personnes. A l'origine le suivi du dispositif était assuré par une coordinatrice sociale dont le poste était financé par le département. L'association a ensuite obtenu un financement de l'ARS *via* le forfait pour l'habitat inclusif. Aujourd'hui, deux postes de coordinatrice sociale et un poste d'animatrice sont financés par ce biais. L'accompagnement des personnes au sein des maisons est assuré par les intervenants du SAAD de l'association dans le cadre d'une mise en commun des heures de PCH. Le dispositif a également obtenu des subventions ponctuelles et a gagné différents prix liés à l'habitat inclusif qui ont permis d'aménager les habitats. Les habitants peuvent vivre au sein des habitats partagés aussi longtemps qu'ils le souhaitent par le biais d'un bail de sous-location signé auprès de l'association gestionnaire. Pour la coordinatrice sociale, c'est un moyen pour que les personnes soient vraiment chez elle. Pour la directrice opérationnelle de l'association, cette pérennisation permet de favoriser un parcours dans le droit commun, valeur principale du dispositif.

Le dispositif propose six maisons en colocation de cinq à huit personnes. Chaque habitant dispose de sa chambre et de sa salle de bain privative, les autres pièces de la maison sont partagées. Le principal objectif des habitats partagés est de favoriser la socialisation des personnes à travers « l'ouverture sur la cité » en privilégiant un ancrage des services de droit commun pour répondre à leurs besoins. Pour cela, l'implantation des maisons au sein de la métropole, avec notamment une proximité des transports en commun et des commerces, est réfléchie et recherchée. Le principe de la colocation, est également un choix fort du dispositif. Premièrement c'est un moyen de rompre l'isolement et de travailler sur la socialisation. Pour la coordinatrice sociale, c'est aussi un moyen de créer de la solidarité entre les colocataires. Les professionnelles considèrent néanmoins que ce format ne convient pas à tout le monde et insistent auprès des futurs bénéficiaires sur le fait que ce mode de vie doit être souhaité pour pouvoir s'épanouir au sein des habitats partagés. Ce format particulier peut d'ailleurs être à l'origine du départ de certains bénéficiaires. La coordinatrice sociale insiste sur le fait que les personnes sont libres de vivre et de partir des habitats partagés quand elles le souhaitent. Même s'il s'agit d'une location pérenne le format peut ne plus convenir aux personnes pour diverses raisons et les habitants doivent être libres de s'orienter vers une nouvelle forme de logement.

2.2 – Principales caractéristiques du public accueilli

A ce jour le dispositif accueille 43 personnes présentant toutes un handicap psychique. Tous les bénéficiaires sont sous mesure de protection. La majorité des habitants dispose de l'AAH, les autres touchent une pension d'invalidité. Seulement trois personnes sont suivies par un SAVS, celui de l'association. Une personne est suivie par un SAMSAH parce que son accompagnement nécessite un suivi médical conséquent. Pour la coordinatrice sociale, la faible utilisation des services d'accompagnement n'est pas due au fait que les bénéficiaires n'en ont pas besoin mais plutôt parce que le dispositif des habitats partagés assure déjà ce type d'accompagnement et qu'une inscription dans ces services pourrait finalement faire doublon. Néanmoins, pour ceux qui en bénéficient, c'est parce qu'ils nécessiteraient un accompagnement plus conséquent que celui proposé par les habitats partagés en termes de socialisation.

Pour nommer les bénéficiaires, les professionnelles utilisent l'expression « les habitants ». Avant les habitats partagés, certains vivaient en logement autonome mais ils avaient besoin d'un accompagnement social et éducatif plus conséquent dans la gestion du logement. D'autres étaient en sortie d'hospitalisation longue, vivaient chez leur famille ou dans une famille d'accueil. Dans ce cas, les habitats partagés sont utilisés comme tremplin vers le logement autonome. En ce qui concerne le niveau d'autonomie des personnes, il semble difficile à définir pour les professionnelles. La coordinatrice sociale considère que l'autonomie des personnes varie est fonction de chacun mais elle précise néanmoins que pour accéder à un dispositif de droit commun, qui ne dispose notamment pas de garde de nuit, les personnes doivent quand même avoir un niveau d'autonomie suffisant pour ne pas nécessiter une présence constante de professionnels. Elle parle d'un entre deux entre des personnes qui seraient trop autonomes pour vivre en structure médico-sociale mais pas assez pour vivre en logement individuel. Néanmoins, elle considère que certains habitants ne correspondent pas totalement à la philosophie dispositif, soit parce qu'ils ne sont pas assez autonomes ou investis dans la réalisation des tâches de la vie quotidienne (participation aux tâches ménagères, courses, repas, etc), soit parce qu'ils sont justement devenus assez autonomes pour vivre dans un logement individuel.

2.3 – Critères d'admission, règles à respecter et sanction associées

Pour pouvoir accéder aux habitats partagés, les habitants doivent présenter un handicap psychique reconnu par la MDPH, notamment parce qu'ils doivent impérativement bénéficier de la PCH pour l'intervention des professionnels. Les personnes doivent également être inscrites dans un parcours de soin. Elles peuvent être accompagnées par le thérapeute de leur choix, notamment par un professionnel libéral, si elles le souhaitent. Néanmoins à ce jour la très grande majorité des bénéficiaires sont suivis par un CMP. Les personnes doivent également disposer d'une mesure de protection juridique.

Les habitats partagés n'ont pas de règlement intérieur à proprement parler mais ils disposent d'une « charte du bien-vivre ensemble » construite avec les bénéficiaires qui peut être réajustée au besoin. Si la participation des habitants dans la construction de cette charte est recherchée elle est néanmoins difficile à mettre en place selon les professionnelles car les habitants sont rarement force de proposition. Il y a néanmoins certains interdits aux habitats partagés, notamment la consommation d'alcool et de toxiques sur les logements. Les animaux ne sont pas autorisés parce que la coordinatrice sociale considère que cela pourrait vite devenir compliqué au sein des colocations si chaque habitant avait un animal de compagnie. Elle n'est pas fermée à l'idée d'autoriser un animal commun aux colocataires mais il s'agirait d'un animal qui ne demande pas trop d'attention et de soins. Le respect des intervenants et des colocataires est également invoqué comme règle de vie importante au sein des colocations. C'est d'ailleurs sur ce point que la coordinatrice peut être amenée à intervenir pour effectuer des « rappels à l'ordre ». Il n'y a pas de système de sanction à proprement parler, la coordinatrice sociale considère que ce n'est pas un système qu'on peut mettre en place avec des personnes qui vivent chez elles. Pour régler les conflits ou les manquements aux règles liées aux consommations de toxiques par exemple, la coordinatrice sociale intervient au cas par cas et favorise la négociation.

2.4 – Principes généraux d'accompagnement

Les habitats partagés proposent un fonctionnement de droit commun, prôné comme valeur première du dispositif. Il semble également important que les habitants puissent se sentir chez eux et libre de quitter les habitats partagés s'ils le souhaitent. Pour répondre aux spécificités des habitants, le dispositif propose néanmoins un certain nombre d'adaptations, notamment à travers une présence conséquente d'intervenants à domicile qui interviennent pour stimuler les habitants dans les actes de la vie quotidienne.

2.4.1 – ouverture sur la cité et socialisation : le tout droit commun

Le principal objectif des habitats partagés est de favoriser l'ouverture sur la cité des habitants et de leur proposer un maximum d'activités et d'accompagnements dans le droit commun. Hors des temps de

présence des intervenants du SAAD, les habitants sont invités à utiliser les services et numéros de droit commun (15, 17, 18, 112). A l'arrivée dans les habitats partagés, les personnes sont accompagnées afin de maîtriser l'utilisation de ces services. Les numéros d'urgence sont affichés dans les maisons. Un service d'astreinte interne à l'association existe mais il est très peu utilisé. Une habitante qui se déplace en fauteuil roulant dispose d'un système de téléalarme qui contacte directement le SAMU en cas de chute.

Les coordinatrices sociales incitent les personnes à s'inscrire à des activités dans les structures de droit commun, à utiliser les transports en commun, à se rendre dans les commerces de proximité, etc. Des sorties à l'extérieur sont proposées chaque semaine aux habitants de toutes les maisons. Elles sont l'occasion de travailler sur l'autonomie des personnes dans les transports en commun et sur la socialisation. Tous les samedis, les habitants peuvent participer à un atelier « qu'est-ce qu'il se passe dans ma ville ? ». L'objectif est de permettre aux habitants d'acquérir des automatismes sur la recherche d'activités et de sortie à proximité de leur logement.

2.4.2 – Tendre vers l'autonomie par la stimulation dans les actes de la vie quotidienne : un potentiel tremplin vers le logement autonome

Bien que les habitats partagés soient une solution de logement pérenne, le dispositif poursuit néanmoins des objectifs d'autonomisation des habitants pour leur permettre d'accéder à un logement individuel. Pour cela, une équipe d'intervenants du SAAD, généralement composée d'AMP ou d'auxiliaires de vie sociale, est présente sur les maisons de sept à huit heures par jour, du lundi au dimanche. Les professionnelles interviennent sur les « *temps forts* », à savoir le matin, le midi et le soir. Leur mission principale est de « *stimuler les habitants dans les actes de la vie quotidienne* ». L'accent est mis sur l'hygiène, l'entretien du logement, les courses et la confection des repas. L'accompagnement est graduel et s'adapte aux besoins des habitants. La simple présence des intervenants peut suffire, certains ont besoin d'une stimulation verbale, d'autres d'être accompagnés dans leurs gestes. Pour la coordinatrice sociale, le plus important est que les intervenants fassent avec la personne et non à leur place. C'est un principe qu'elle est parfois amenée à rappeler aux intervenants qui peuvent avoir tendance à faire à la place des personnes. Dans ce cadre, les habitants doivent s'investir et être volontaires pour participer à la vie de la maison. Pour la coordinatrice sociale, une personne qui ne s'investit pas dans les tâches collectives de la maison ne répond pas au projet des habitats partagés.

2.4.3 – Gérer les conflits et les urgences : la nécessité du lien avec les partenaires

Le format colocation peut engendrer des conflits entre colocataires et l'une des missions des coordinatrices sociales est d'intervenir pour les régler. Les conflits sont généralement sans gravité et il s'agit surtout de désamorcer les situations conflictuelles par le biais du dialogue et de la négociation. Néanmoins, les troubles psychiques peuvent engendrer des décompensations ou des situations anxigènes nécessitant un accompagnement thérapeutique ou une hospitalisation. Pour cela les coordinatrices sociales travaillent en collaboration avec divers partenaires du soin, notamment les CMP qui représentent l'interlocuteur privilégié lorsque les habitants présentent des symptômes inquiétants. Un cabinet infirmier extérieur à l'association intervient également matin, midi et soir dans les habitats pour la distribution des traitements. Même si les habitants peuvent choisir un cabinet infirmier de façon autonome s'ils le souhaitent, le partenariat avec un cabinet unique facilite le travail des coordinatrices sociales. Les professionnelles travaillent également en lien avec les services de curatelle. Pour chaque habitant, les coordinatrices sociales organisent une réunion de synthèse en présence de la personne et des partenaires (CMP et associations tutélares) à la fin du premier mois. L'objectif est d'identifier si le projet des habitats partagés est adapté à la personne et si elle souhaite rester y vivre. Une nouvelle réunion est organisée au bout de six mois, puis une fois par an. Dans le cas de situations complexes, des réunions de ce type peuvent être organisées en dehors des échéances prévues.

Bien que les habitats partagés organisent leur accompagnement dans un fonctionnement de droit commun, ils s'inspirent néanmoins de certains outils propres au secteur médico-social pour répondre aux spécificités des habitants.

3 – Dispositif 3 : Les appartements de coordination thérapeutique (ACT)

Le troisième dispositif est porté par une association Loi 1901 créée dans les années 1970 par des familles et qui œuvre pour la réhabilitation psycho-sociale et l'inclusion des personnes ayant un handicap psychique. C'est une association gestionnaire d'établissement médico-sociaux de petite taille qui gère aujourd'hui un SAVS, un accueil de jour, une résidence-accueil et des services d'accompagnement social à domicile. L'association accueille et soutient des personnes en sortie d'hospitalisation. L'objectif est de permettre aux personnes de gagner en autonomie dans un cadre sécurisé à travers un accompagnement social adapté aux besoins de chacun. L'association souhaite également donner la possibilité aux personnes de réaliser leur projet personnel dans une dynamique bienveillante offrant protection et soutien.

3.1 – Description générale des ACT

Les appartements de coordination thérapeutique sont des établissements médico-sociaux financés dans le cadre d'une dotation annuelle par l'ARS. Les missions et les modalités de fonctionnement de ces dispositifs sont consignées dans la circulaire du 30 octobre 2002 relative aux appartements de coordination thérapeutique. A savoir que les ACT reposent sur un principe de double coordination médicale et psycho-sociale, ce qui nécessite donc la mise en place d'une équipe pluridisciplinaire représentative des deux champs. Bien que les ACT soient une structure médico-sociale, les admissions se font par le biais d'une commission interne au dispositif et non par le biais d'une orientation MDPH. Les ACT sont des dispositifs d'hébergement temporaire. L'ancrage des ACT dans le secteur sanitaire et plus précisément de la psychiatrie donne une grande place au suivi thérapeutique des résidents. Les ACT préconisent la mise en place d'une « alliance thérapeutique » autour des soins psychiatriques et d'une bonne observance des traitements. Le versant « psycho-socio-éducatif » de l'accompagnement vise le soutien, l'écoute des besoins, l'accompagnement dans les démarches administratives et dans l'accès au droit des bénéficiaires. Plus largement, il s'agit de favoriser l'insertion sociale des personnes accueillies, notamment par le biais de l'accès au logement.

Les ACT étudiés dans le cadre de cette enquête existent depuis une trentaine d'années. Avant d'être requalifiée en appartements de coordination thérapeutique, la structure s'apparentait à un foyer d'hébergement. Elle accueillait des personnes avec un handicap psychique le soir et la nuit avec comme principal objectif d'organiser les soins médicaux et psychiques. Les ACT se sont modifiés au fil du temps mais certains fonctionnements initiaux perdurent à ce jour. Par exemple, les ACT salarient un veilleur de nuit, ce qui n'est pas initialement prévu dans le fonctionnement général de ce type de dispositif. Aujourd'hui, les ACT fonctionnent *via* une équipe pluridisciplinaire composée d'un médecin-psychiatre coordinateur, d'une cheffe de service, d'un éducateur spécialisé, d'un moniteur-éducateur, d'une AMP, d'une infirmière et d'un veilleur de nuit. Même s'ils ont des fonctions et diplômes définis, les professionnels effectuent les mêmes tâches au quotidien dans l'accompagnement des bénéficiaires.

Les ACT disposent de quatre appartements de trois à quatre places en colocation. Un appartement « central » est utilisé comme espace commun. Il comprend les bureaux des professionnels, une cuisine pédagogique, une salle commune et une infirmerie. Les appartements sont meublés et équipés afin que les personnes n'aient rien à acheter lorsqu'elles intègrent la structure. Le parcours aux ACT est de maximum deux ans et l'objectif est de permettre aux personnes d'intégrer un logement autonome. En fonction des personnes, des étayages médicaux ou sociaux peuvent être mis en place pour accompagner la sortie.

3.2 – Principales caractéristiques du public accueilli

Les ACT disposent de 14 places d'hébergement, ils accueillent environ deux tiers d'hommes pour un tiers de femmes. Les ACT accueillent des personnes de tous âges mais généralement une population plutôt jeune à laquelle le projet des ACT semble correspondre. La grande majorité des résidents touche l'AAH et environ la moitié a une mesure de protection. Les personnes ne peuvent pas être accompagnées par un SAVS ou un SAMSAH puisqu'elles disposent déjà d'un accompagnement social par le biais des ACT. C'est une question de financement, les personnes ne peuvent pas dépendre de deux structures médico-sociales à la fois. Pourtant, dans le cadre des ACT, la mise en place d'un suivi d'un SAVS ou d'un SAMSAH pour préparer la sortie du dispositif des résidents est fréquemment nécessaire. Dans ce cadre, la mise en place d'un suivi SAVS en parallèle de l'accompagnement proposé par les ACT est tolérée pour assurer la continuité de l'accompagnement.

Les ACT accueillent des personnes présentant « *un trouble psychiatrique ou une maladie mentale* ». Autant le service accueille des personnes présentant tous les types de handicaps psychiques, autant ils font bien la distinction entre les maladies mentales, la schizophrénie notamment, et les troubles psychiques (troubles de la dépendance, troubles de l'humeur, troubles dépressifs, etc). Même si l'équipe éducative n'est pas en capacité de poser ces diagnostics, elle travaille en connaissance de ces derniers. Certaines personnes sont également accueillies sans qu'un diagnostic soit posé, leurs troubles n'étant pas assez significatifs pour entrer dans l'une des catégories de la maladie psychique. Dans ce cas, l'équipe utilise l'expression « *troubles de la personnalité* ».

Les personnes accueillies aux ACT ont de parcours diversifiés. Certaines ont connu des parcours institutionnels, notamment par le biais d'un accueil en IME ou en ITEP pendant l'enfance et/ou l'adolescence, d'autres n'ont jamais eu affaire à une structure médico-sociale. Certains résidents ont connu un parcours de rue ou été incarcérés. D'autres vivaient en famille ou sortent d'une hospitalisation longue. L'éducateur des ACT considère l'autonomie des résidents très hétéroclite et difficile à définir. Il s'agirait de personnes pour qui un temps de préparation à la vie autonome dans un logement est nécessaire mais sur un temps relativement court. L'éducateur travaille également pour un service d'accompagnement social à domicile auprès du même public et ne considère pas que ces personnes soient plus autonomes que celles accueillies aux ACT, certaines auraient même un intérêt à passer par le dispositif des ACT. Les professionnels utilisent les expressions « les personnes », « les personnes qu'on accompagne » ou « les résidents » pour parler des bénéficiaires des ACT ce qui semble correspondre aux appellations généralement employées dans les ESSMS.

3.3 – Critères d'admission, règles à respecter et sanction associées

Pour pouvoir accéder aux ACT il faut être majeur et présenter une certaine stabilité psychique, notamment à travers une « *compliance au soin* ». Il faut avoir un médecin-psychiatre ou un médecin généraliste faisant office de suivi. Il y a également un minima de ressources à respecter, les personnes doivent au moins bénéficier du RSA. La contribution à l'hébergement demandée aux résidents est de soixante euros par mois. Les repas du soir sont assurés par les ACT, au moins pour les nouveaux arrivants, mais les personnes doivent avoir les revenus nécessaires pour subvenir à leurs besoins alimentaires sur les autres repas. Les personnes doivent être capables de s'investir dans un projet de logement à moyen-long terme et doivent être à l'initiative de la demande pour entrer aux ACT.

En tant qu'établissement médico-social, les ACT sont dans l'obligation d'utiliser les outils préconisés par la loi du 2 janvier 2002-2. A l'entrée dans le dispositif, les ACT font donc signer aux résidents un contrat de séjour et un règlement de fonctionnement, entre autres documents. Au-delà des règles de respect des personnes, les résidents doivent informer les éducateurs lorsqu'ils s'absentent du dispositif. Ils n'ont pas besoin de justifier leurs sorties mais les professionnels, en termes de responsabilité, doivent savoir quels résidents sont absents et présents sur les lieux. Les visites sont autorisées mais doivent toujours être soumises à l'aval des professionnels et généralement elles se passent en dehors des ACT. Les colocataires doivent également être d'accord si une visite est programmée. La consommation et la possession d'alcool, de drogues et de médicaments (autres que les traitements prévus) sont prohibées

aux ACT. Les animaux ne sont pas acceptés. Le règlement peut être revu à travers des commissions auxquelles les résidents sont conviés. Si les personnes ne respectent pas le règlement, les éducateurs peuvent faire un rappel à la loi (dans le cas de la consommation de drogue par exemple) et/ou un rappel au règlement de fonctionnement. Néanmoins dans la cadre d'une addiction à l'alcool par exemple, c'est avant tout l'accompagnement éducatif et thérapeutique pour prendre en charge l'addiction qui sera utilisé. Il existe des sanctions dans le cas d'un non respect du règlement de fonctionnement allant de l'avertissement oral jusqu'à l'exclusion définitive. Néanmoins, ces sanctions sont un outil institutionnel là où les éducateurs proposent également une réponse dite « éducative » qui se base sur l'écoute et le soutien de la personne.

3.4 – Principes généraux d'accompagnement

3.4.1 – Rendre autonome par le logement dans un cadre sécurisant

Le premier objectif des ACT est de permettre aux personnes d'expérimenter la vie autonome, notamment à travers le logement, dans un cadre sécurisant et contenant. Pour ce faire, une démarche d'évaluation des besoins et des capacités à habiter des personnes est mise en avant. L'objectif de cette évaluation, est de permettre aux personnes d'identifier les étayages nécessaires pour leur vivre dans un logement autonome. Certaines n'auront besoin d'aucune aide, d'autres privilégieront un suivi SAVS, d'autre auront besoin d'un accueil de jour ou encore d'un passage infirmer, etc. L'équipe éducative des ACT accompagne donc les résidents dans leurs démarches auprès des partenaires pour assurer la mise en place de ces étayages avant l'entrée dans un logement individuel. L'équipe accompagne également les résidents dans le cadre de leur recherche de logement. L'objectif est de permettre aux personnes de trouver une solution de logement pérenne et non un simple hébergement à la sortie des ACT. La sécurisation des personnes, permettant de favoriser ce processus d'autonomisation, est assurée par la présence d'une équipe pluridisciplinaire de façon constante de jour comme de nuit. Un service d'astreinte est également assuré par les cadres de l'association et disponible 24 heures sur 24.

3.4.2 – Assurer un parcours de soin pérennisé

L'accès au soin est l'un des principaux objectifs des ACT, l'accès à la santé représentant l'une des principales problématiques du public accueilli selon les professionnels. Les ACT doivent donc accompagner les résidents vers une stabilité psychique par le biais de cet accès au soin. L'équipe éducative des ACT travaille « *main dans la main avec la santé* ». Le partenariat avec tous les services psychiatriques (CMP, hôpitaux de jour et psychiatrique, cliniques psychiatriques, etc.) du territoire est recherché. La présence d'une infirmière au sein des ACT montre la volonté du dispositif de mettre l'accent sur ce point. L'infirmière des ACT est garante des traitements des personnes accueillies aux ACT et du suivi des ordonnances. Elle intervient auprès des personnes dans une démarche d'accompagnement pour rendre les personnes autonomes dans la préparation et la prise de leur traitement. Certaines personnes font leurs piluliers, seules, d'autres ont besoin de la présence de l'infirmière. Elle peut prendre en charge ces piluliers et parfois ils sont réalisés par les CMP dans des situations où les résidents ne sont pas en mesure de disposer de leur traitement sur place. Au même titre que l'accompagnement éducatif, l'accompagnement de l'infirmière est modulé en fonction des besoins des personnes. Un cabinet infirmier extérieur à l'association peut parfois intervenir dans le cadre d'injections ou de prises de sang. Les équipes mobiles de psychiatrie peuvent aussi intervenir au sein des ACT.

3.4.3 – De l'accompagnement individuel au micro-collectif

Aux ACT, l'accompagnement des personnes est principalement individuel. Des ateliers sont mis en place en fonction des besoins de chacun, ils peuvent être collectifs. Par exemple, des ateliers sur les démarches administratives ou sur la gestion d'un budget peuvent être proposés à plusieurs personnes. Les professionnels utilisent également la situation de colocation qu'ils appellent le micro-collectif, pour travailler l'autonomisation des personnes dans la gestion du logement. En dehors des ateliers dits

éducatifs et thérapeutiques, il y a des activités de loisirs plus informels en soirée. Un temps de parole des résidents est également organisé chaque mois pour échanger sur la vie des ACT et permettre aux résidents d'exprimer leurs désaccords et questionnements liés au fonctionnement du dispositif.

4 – Dispositif 4 : Les habitats accompagnés

Le quatrième dispositif est porté par une association loi 1901 qui lutte pour l'inclusion des plus démunis créée dans les années 1970. Historiquement, elle connaît un fort ancrage religieux et entame un processus de restructuration de ses activités dans un objectif de professionnalisation dans les années 1990. Aujourd'hui, elle accompagne des personnes ayant un handicap psychique et des personnes réfugiées ou demandeurs d'asile notamment par l'accès au logement. Dans le cadre du public avec un handicap psychique, l'association gère un groupe d'entraide mutuelle (GEM), des résidences-accueil et les habitats accompagnés qui existent sous la même forme dans deux communes différentes. Pour permettre l'inclusion sociale des personnes en grande difficulté sociale et/ou psychique, l'association propose des services d'accueil, d'hébergement et d'insertion qui prennent en compte les besoins des personnes et leur évolution. L'association met l'accent sur la participation des usagers dans la construction des projets. Le partenariat entre les salariés, les bénévoles et les usagers constitue pour cette association, une force notable.

4.1 – Description générale des habitats accompagnés

Les habitats accompagnés ont vu le jour en 2007 mais avant eux, l'association gestionnaire avait déjà porté un projet similaire dans une autre agglomération. Ce premier dispositif créé en 1986 a connu plusieurs appellations. Il a tout d'abord été financé en tant que dispositif expérimental par le département, de façon non pérennisée, et était appelé « appartements éducatifs ». Ce dispositif a été pensé pour répondre aux difficultés des personnes dans la gestion du logement suite à leur sortie des centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS). Il fallait proposer un « entre-deux » pour travailler l'autonomie dans le logement. Petit à petit, le dispositif a pris le nom d'« habitats regroupés » puis a finalement été nommé « habitats accompagnés ». Aujourd'hui, les deux dispositifs ont un statut de structure médico-sociale et sont financés par le département sur le volet handicap. Ce statut représente un choix par défaut de la part de l'association gestionnaire qui souhaite assurer aux deux structures un financement pérenne. Le dispositif des habitats partagés analysé dans cette enquête (le second porté par l'association) a vu le jour suite au constat de la mairie d'un manque de logements adaptés aux personnes ayant un handicap psychique sur le territoire. C'est de par son expertise, avec son premier modèle, que l'association a été sollicitée. Au départ, elle devait être seulement garante de la phase de mise en route du projet mais finalement, aucune association ne s'étant manifestée, elle a finalement assuré la gestion du dispositif.

Les habitats accompagnés disposent de 8 places, une maison en colocation pour quatre personnes, un appartement pour deux personnes et deux logements individuels. Tous les logements se trouvent au cœur de la métropole, à proximité des services et des commerces. Le parcours des personnes se veut évolutif, de la colocation vers le logement individuel, même si dans la réalité les parcours sont variés et peuvent ne pas suivre ce schéma. L'accueil est temporaire et dure plus ou moins deux ans. Une période d'essai de trois mois est proposée si la personne souhaite quitter le dispositif ou si le projet n'apparaît pas adapté à ses besoins. D'un point de vue légal, l'hébergement des résidents pourrait être pérennisé mais proposer un accueil temporaire correspond à un choix associatif. Le premier objectif est de construire le parcours logement de la personne en évaluant ses compétences et ses besoins afin de lui permettre de gagner en autonomie dans la gestion d'un logement et de pouvoir louer un appartement dans le droit commun.

Une équipe de deux professionnelles accompagne les résidents sur les plans individuels et collectifs. Une technicienne en économie sociale et familiale (TISF) est garante du versant individuel, des projets des personnes et du suivi administratif. Une monitrice-éducatrice travaille sur le versant collectif à travers la mise en place d'activités et d'ateliers éducatifs et sur l'accompagnement dans les actes de la

vie quotidienne au sein du logement. Finalement, même si les deux postes sont théoriquement délimités de cette façon les deux professionnels interviennent sur toutes les tâches précédemment citées. Les professionnelles disposent d'un bureau dans des locaux prêtés par la mairie accessible aux résidents et principalement utilisé pour les rendez-vous individuels sur les démarches administratives et le suivi des différents projets de la personne. Les professionnelles sont présentes sur des horaires de bureaux du lundi au vendredi. Le mardi elles passent sur les différents logements pour des accompagnements qui peuvent être liés aux différents actes de la vie quotidienne. Le jeudi une activité collective est organisée, il s'agit généralement d'une sortie (randonnée, bowling, cinéma). Même si des temps d'accompagnements sont prévus le mardi et le jeudi, les professionnelles passent fréquemment rendre visite aux résidents tout au long de la semaine à leur demande. Les activités collectives sont parfois organisées en commun avec les autres structures de l'association pour favoriser la création du lien. Le soir, la nuit et le week-end le dispositif privilégie l'utilisation des services de droits communs, néanmoins une astreinte est assurée par les salariés cadres de l'association.

4.2 – Principales caractéristiques du public accueilli

A ce jour, le dispositif accueille sept résidents, dont six hommes et une femme entre 20 et 55 ans. En plus des troubles psychiques, plusieurs résidents présentent une addiction à l'alcool. Quatre personnes sont accompagnées dans le cadre d'une mesure de protection. Les résidents touchent l'AAH ou une pension d'invalidité. Les personnes ne sont pas suivies par un SAVS puisque le dispositif a un statut de structure médico-sociale. Le dispositif travaille néanmoins en partenariat avec les SAVS pour assurer le relai en cas de besoin d'un suivi SAVS à la sortie du dispositif. Certains bénéficiaires peuvent d'ailleurs être orientés vers le dispositif par les SAVS. Avant d'intégrer les habitats accompagnés, les personnes ont connu des parcours diversifiés. Certains étaient hospitalisés, d'autres vivaient en logement autonome ou fréquentaient d'autres dispositifs. Certains bénéficiaires ont connu un parcours « classique », ils travaillaient et vivaient en couple, certains ont des enfants. Un résident était travailleur d'ESAT et a rejoint le dispositif suite une rupture amoureuse. Aujourd'hui, il est accueilli depuis quatre ans et les professionnelles sont en difficulté pour trouver un projet qui lui correspond. La déficience intellectuelle associée au handicap psychique de cette personne est souvent invoquée pour expliquer la situation. Cela pourrait mettre en avant certaines limites du dispositif, la durée de l'accompagnement habituellement privilégiée pourrait correspondre à un public jugé plus autonome.

Pour qualifier l'autonomie des résidents, les professionnelles différencient d'un côté l'autonomie physique et de l'autre l'autonomie psychique. Un certain nombre de résidents présentent des limitations physiques (surpoids, marche aidée d'un déambulateur, etc) qui sont prises en compte dans leur accompagnement. En ce qui concerne l'autonomie psychique, elle est difficilement qualifiable car imprévisible dans le temps. Les professionnelles évoquent également l'autonomie dans les démarches administratives et considèrent que les résidents sont des personnes relativement autonomes dans ce domaine puisqu'il n'y a généralement pas besoin de faire les choses à leur place, le rappel ou la présence des professionnelles suffit.

Les professionnelles utilisent généralement l'expression « les résidents » pour qualifier les bénéficiaires, appellation généralement utilisée dans le secteur médico-social. Elles utilisent aussi les expressions « Ce monsieur/cette dame ».

4.3 – Critères d'admission, règles à respecter et sanction associées

Le dispositif est implanté sur un territoire particulier, à cheval sur plusieurs départements. La petitesse et le caractère original des habitats accompagnés fait qu'ils ne semblent pas parfaitement identifiés par les MDPH. L'appellation « habitats accompagnés » n'est pas courante dans le champ du handicap et semble plutôt correspondre aux dispositifs proposés dans le cadre des politiques publiques en faveur des personnes défavorisées. Ce choix d'appellation pourrait se référer au public initial de l'association

gestionnaire, qui s'est tournée vers le handicap psychique plus tardivement. La cheffe de service du dispositif explique cette appellation par la nécessité d'une proximité et d'une présence forte de l'équipe, qu'elle juge moins importante sur les dispositifs d'habitats partagés ou regroupés. La reconnaissance administrative du handicap est obligatoire pour accéder au dispositif, de par le financement par le département. Pourtant, les admissions ne se font généralement pas par le biais d'une orientation MDPH mais dans le sens inverse. Ce sont les partenaires (services de soins psychiatriques, curateurs, familles, les personnes elles-mêmes, etc) qui sollicitent généralement le dispositif. Une commission interne assure les admissions et est présidée par le médecin-conseil du département. Le parcours de reconnaissance du handicap, s'il n'est pas déjà effectué à l'entrée dans le dispositif, est mis en place dans les six mois qui suivent l'admission. Certaines personnes ont parfois accès au dispositif par le biais de la reconnaissance d'un autre handicap (hémiplésies, traumatismes crâniens) reconnu par la MPDH.

En tant qu'établissement médico-social les habitats accompagnés utilisent le règlement de fonctionnement et le contrat de séjour de la loi 2002-2, qui sont signés par les bénéficiaires à leur entrée dans le dispositif. La consommation et la possession d'alcool et de toxiques sont interdites au sein des logements, ainsi que les animaux. Par contre, les consommations d'alcool à l'extérieur du logement sont tolérées. Cela n'est considéré comme un manquement au règlement que si cette consommation impacte la vie collective. L'hébergement de personnes extérieures au dispositif est également interdit. Les sanctions sont graduelles, allant de l'avertissement à l'exclusion définitive. Les professionnelles utilisent fréquemment le rappel oral au règlement notamment parce que les consommations d'alcool ou de cigarettes dans les logements peuvent arriver. Si nécessaire, le rappel au règlement de fonctionnement peut être fait par la cheffe de service ou la direction. L'utilisation des cadres associatifs dans le cadre des rappels au règlement auraient plus de poids auprès des bénéficiaires, de par leur statut hiérarchique. Même si les professionnelles se réfèrent au règlement de fonctionnement, elles privilégient toujours le dialogue avec les résidents. L'objectif est d'éviter un nouvel échec de parcours à des personnes qui ont déjà vécu de nombreuses situations de ce type. Le seul motif de renvoi définitif pourrait être lié à une mise en danger du collectif trop importante.

4.4 – Principes généraux d'accompagnement

Le premier objectif des habitats accompagnés est de favoriser l'inclusion par le logement. Pour cela, l'accueil est pensé de façon temporaire et évolutive. L'équipe éducative procède à une évaluation des capacités et des besoins et intervient à domicile ou à l'extérieur pour favoriser l'autonomie des personnes dans la gestion du logement. L'accent est mis sur l'entretien des logements et les professionnelles interviennent pour accompagner les résidents à effectuer ces tâches. Cela peut aller de la simple présence à effectuer les tâches d'entretien avec la personne. Les personnes font généralement leurs courses seules mais des accompagnements dans la réalisation des repas sont possibles. Les professionnelles interviennent aussi pour accompagner les résidents dans les magasins afin de meubler le logement. Les accompagnements s'effectuent de façon individuelle en fonction des besoins et des capacités de chacun.

4.1.1 Accompagner la personne dans sa globalité

Pour que l'autonomie dans le logement soit possible, les professionnelles privilégient un accompagnement global de la personne, qui doit être à l'initiative de son projet. L'accompagnement dans la stabilisation du soin tient une place importante, notamment en début de parcours. Les professionnelles considèrent que la stabilité des troubles psychiques, notamment à travers une bonne observance des traitements, permet d'avancer sur les autres domaines de l'accompagnement. Pour cela, des partenariats sont mis en place avec différents acteurs du soin psychiatrique (CMP, hôpitaux psychiatrique, CSAPA, etc.). Un cabinet infirmier intervient à domicile pour favoriser la prise des traitements. Certains accueils sont d'ailleurs conditionnés par ce passage infirmier. Une fois le parcours de soin stabilisé, les professionnelles travaillent également sur le suivi des démarches administratives des résidents, notamment en travaillant en partenariat avec des associations tutélaires, et sur la reconnaissance du handicap et l'ouverture des droits à la MDPH. Lorsque cela est possible, elles

travaillent également sur l'insertion professionnelle des personnes. Les habitats accompagnés cherchent donc à proposer un accompagnement global de la personne, sur tous les plans de la vie sociale.

4.1.2 – La personne à l'initiative de son projet

Les professionnelles insistent sur le fait que les personnes doivent être à l'initiative de leur projet. Les professionnelles sont là pour construire avec la personne, la suite de son parcours, dans le quotidien. Il s'agit de laisser à chacun « le droit à l'essai » en s'adaptant à ses souhaits, besoins et capacités. Alors que c'est généralement le cas dans les structures médico-sociales, les habitats accompagnés travaillent assez peu en partenariat avec les familles. Les personnes ayant un handicap psychique connaissent fréquemment des ruptures familiales, cela peut donc influencer le fait que ce type de partenariat n'ait pas vraiment lieu, mais finalement les professionnelles insistent sur le fait qu'elles travaillent avec des adultes et que c'est bien leurs souhaits et les besoins qui doivent être pris en compte et non ceux de la famille.

Tableau récapitulatif des principales caractéristiques des dispositifs étudiés

	L'habitat regroupé	Les habitats partagés	Les ACT	Les habitats accompagnés
Statut	Droit Commun	Droit Commun	Établissement médico-social	Établissement médico-social
Financement	Département « habitat regroupé »	ARS <i>via</i> forfait habitat inclusif mise en commun de la PCH	ARS <i>via</i> dotation annuelle	Département volet Handicap
Type d'accueil	Pérenne	Pérenne	Temporaire	Temporaire
Format	6 studios individuels	6 maisons en colocation de 5 à 8 personnes	4 appartements de 3 à 4 places en colocation	Une maison de quatre place en colocation Un appartement pour deux personnes en colocation Deux logements individuels
Nombre de locataires	6	43	14	7
Équipe interne acc. social	AMP, cheffe de service	2 coordinatrice sociales, travailleuse sociale dédiée à l'animation, directrice opérationnelle (+ intervenants du SAAD)	Éducateur spécialisé, moniteur éducateur, AMP, veilleur de nuit, cheffe de service	TISF, monitrice éducatrice, cheffe de service
Équipe inter acc. aux soins	Médecin-psychiatre	Ø	Infirmière, médecin-psychiatrique coordinateur	Ø
Partenariats acc. social	SAVS, SAMSAH, SAAD (+ curateurs)	SAVS, SAMSAH, SAAD, curateurs, divers services de droit commun (MJC, centres sociaux)	SAVS, SAMSAH, curateurs, bailleurs sociaux et agences immobilières	SAVS, SAMSAH, curateurs, MDPH, ESAT
Partenariats acc. aux soins	CMP, cabinet infirmier	CMP, cabinet infirmier	CMP, cabinet infirmier, hôpitaux de jour et psychiatriques, cliniques psychiatriques, équipes mobiles de psychiatrie	CMP, cabinet infirmier, hôpitaux psychiatriques, CSAPA, centres de soins