

Travail de Bachelor pour l'obtention du diplôme Bachelor of Arts HES·SO en  
travail social

Haute École de Travail Social – HES·SO//Valais - Wallis

---

**L'intégration sociale des résidents hors murs du CAAD**

Réalisé par : Zenhäusern Jérémý

Promotion : BAC 14 EE

Sous la direction de : Pinho Jorge

Juin 2018



<i>Remerciements</i>
----------------------

Aux usagers du CAAD, <sup>1</sup>Pierre, Michel, Sam, Greg, Sophian, Nolan, pour leur participation active aux entretiens et leur accueil bienveillant lors de mon arrivée chez chacun d'entre eux ;

A la direction du CAAD, Monsieur André Naudin, pour m'avoir autorisé à effectuer un travail de recherche au sein de la structure ;

A mon directeur du Travail de Bachelor, Monsieur Jorge Pinho, pour son encadrement de qualité tout au long du processus ;

A ma maman, pour son soutien sans faille et son aide ;

A mon amie, Aurélie, pour sa présence continue et ses précieux encouragements.

A mes grands-parents pour avoir construit le chalet familial, lieu de plénitude pour ce travail de recherche.

<i>Avertissement</i>
----------------------

*« Les opinions émises dans ce travail n'engagent que leur auteur. »*

*« Je certifie avoir personnellement écrit le Travail de Bachelor et ne pas avoir eu recours à d'autres sources que celles référencées. Tous les emprunts à d'autres auteur-e-s, que ce soit par citation ou paraphrase, sont clairement indiqués. Le présent travail n'a pas été utilisé dans une forme identique ou similaire dans le cadre de travaux à rendre durant les études. J'assure avoir respecté les principes éthiques tels que présentés dans le Code éthique de la recherche. »*

Jérémy Zenhäusern

---

<sup>1</sup> Prénoms d'emprunt pour garantir la confidentialité

<i>Résumé</i>
---------------

L'intégration sociale est un processus qui détermine la place d'un individu dans la société que ce soit au niveau personnel ou professionnel ; Il est évolutif tout au long de son parcours de vie. Dans le cadre de ce travail, la question de l'intégration sociale a ciblé des personnes psychologiquement fragiles et certaines sous mesures pénale/civile résidant au Centre d'Accueil pour les Adultes en Difficulté (CAAD). Six bénéficiaires vivant en appartement ont accepté de participer à cette recherche.

L'analyse a permis de mettre en lumière la priorité du travail thérapeutique afin de les aider à découvrir et accepter leurs fragilités et renforcer leurs compétences. S'ajoute à cela, la création de liens nouveaux avec les membres de leur famille et le développement de relations sociales. Effectivement, plusieurs d'entre eux relatent la problématique de leur consommation de toxiques induisant un environnement amical en lien avec ce milieu. En réponse aux hypothèses posées et à la question de recherche, il est donc relevé les difficultés d'intégration auxquelles font face les usagers du CAAD vivant en appartement. Ils relèvent des freins en lien avec cette intégration comme la lenteur des ouvertures de cadre, le mélange d'une population ayant différentes problématiques ou trop de « flicage ». En outre, ils apprécient les bénéfices de l'accompagnement prodigué tels que le suivi médical et thérapeutique en lien avec leur pathologie psychique, la pratique d'activités sportives et de hobbies artistiques.

Finalement, au terme du travail, des perspectives d'intervention sont proposées et des nouveaux questionnements identifiés.

<i>Mots-clés</i>
------------------

CAAD - Intégration – Pathologies psychiques – Accompagnement – Cadre législatif

## Table des matières

1. Introduction.....	1
1.1. Origine du questionnement et motivations .....	2
1.2. Lien avec le travail social .....	3
1.3. Bilan .....	5
1.4. Question de départ.....	5
2. Cadre conceptuel.....	6
2.1. L'intégration sociale.....	6
2.2. Pathologie psychique et intégration.....	9
2.3. L'autonomie .....	10
2.4. Ethique et accompagnement .....	11
2.5. Le contexte légal du CAAD .....	14
2.5.1. Mesures pénales .....	14
2.5.2. Placements civils .....	15
3. Problématique .....	16
3.1. Hypothèses.....	17
3.1.1. Hypothèse 1 : Mesures civiles et/ou pénales et perception de l'intégration sociale 17	
3.1.2. Hypothèse 2 : Accompagnement proposé et intégration sociale .....	18
4. Méthodologie.....	18
4.1. Le terrain.....	18
4.2. L'échantillon de recherche .....	19
4.3. Techniques de récolte des données.....	20
4.3.1. Recherche documentaire .....	20
4.3.2. Entretiens.....	21
4.4. Précautions éthiques.....	22
5. Analyse des résultats .....	23
5.1. Méthode d'analyse .....	23
5.2. Analyse hypothèse 1 : Mesures civiles et/ou pénales et perception de l'intégration sociale .....	24
5.2.1. Mesures civiles et/ou pénales .....	24
5.2.2. Santé mentale.....	25
5.2.3. Intégration .....	27
5.3. Analyse hypothèse 2 : Accompagnement proposé et intégration sociale...30	
5.3.1. Accompagnement.....	30

5.3.2. Stabilité psychique .....	32
5.3.3. Bénéfices et freins de l'accompagnement .....	33
5.4. Synthèse des résultats .....	35
6. Conclusions .....	37
6.1. Bilan personnel .....	37
6.2. Limites de la recherche .....	38
6.3. Difficultés rencontrées .....	39
6.4. Bilan méthodologique .....	39
6.5. Perspectives professionnelles .....	40
6.6. Nouveaux questionnements .....	42
7. Bibliographie .....	43
7.1. Monographies .....	43
7.2. Articles .....	43
7.3. Internet .....	44
7.4. Documents de cours .....	44
8. Annexes .....	45
8.1. Annexe 1 Guide d'entretien .....	45
8.2. Annexe 2 Autorisation de la direction du CAAD .....	49
8.3. Annexe 3 Analyse H1 .....	50
8.4. Annexe 4 Analyse H2 .....	51

#### Table des illustrations

Figure 1 Tableau récapitulatif de l'échantillon interrogé .....	20
Figure 2 Types d'entretien selon De Ketele et Rogiers (1992) .....	22
Figure 3 Résultats Hypothèse 1 .....	35
Figure 4 Résultats Hypothèse 2 .....	36

### Table des abréviations

AFP	Attestation fédérale de formation professionnelle
APEA	Autorité de protection de l'enfant et de l'adulte
CAAD	Centre d'Accueil pour Adultes en Difficultés
CCS	Code civil suisse
CPS	Code pénal suisse
DSM	Manuel de diagnostic et de statistique des Troubles mentaux
EPCL	Etablissement pénitentiaire de Crêtelongue
HES	Haute Ecole Spécialisée
INSERM	Institut national de la santé et de la recherche médicale
MAP	Module d'approfondissement
MSP	Maître socio-professionnel
OSAMA	Office des sanctions et des mesures d'accompagnement
PAFA	Placement à des fins d'assistance
PCHM	Prise en charge hors murs
PF	Praticien Formateur
PLAFA	Privation de liberté à des fins d'assistance
SAPEM	Service d'application des peines et mesures
TAPEM	Tribunal d'application des peines et mesures
TB	Travail de Bachelor

## 1. Introduction

Au travers de ma formation en emploi au sein du Centre d'Accueil pour les Adultes en Difficulté (CAAD), j'ai l'opportunité de travailler dans le secteur hors murs (PCHM), c'est-à-dire d'assumer la prise en charge des résidents vivant en appartement. Dans ce cadre professionnel, je les accompagne au quotidien dans leurs déplacements appartements-foyer-ateliers-courses, je réalise des entretiens individuels, je les seconde dans des tâches administratives et ménagères. Parfois je tente et/ou je crée des liens avec leur famille ou leurs proches et je participe aux entretiens de réseau. Je suis à leurs côtés dans leur suivi médical spécifiquement dans les consultations psychiatriques et psychologiques ainsi que la distribution des traitements. Il est à relever que la majorité des résidents du CAAD souffrent de troubles psychiques. Afin de définir ces troubles, je m'appuie sur le tableau des structures de la personnalité selon Jean Bergeret (Bergeret J, 2011, p.34). Ces dernières sont classées comme suit : les structures névrotiques, les structures limites et les structures psychotiques.

Toute personne accueillie au CAAD et perçue comme « *candidat potentiel en appartement* », séjournera au foyer. L'installation dans l'institution permet de travailler certains objectifs et certaines habiletés sociales nécessaires pour un vécu sécuritaire et partiellement autonome en appartement. Nous parlons d'autonomie partielle car durant le passage en appartement le travail éducatif se poursuit. Les personnes vivant en foyer bénéficient déjà d'une certaine autonomie. Chaque pensionnaire a une clé qui lui permet de quitter son étage et d'y entrer comme bon lui semble, à l'exception des heures durant lesquelles il est en atelier. Par contre, les usagers ne peuvent pas se rendre au village de Saxon pour y faire des courses sans être accompagnés d'un éducateur. L'autonomie en lien avec leur nouveau lieu de vie en appartement permet aux résidents de participer plus activement à la vie sociale et économique de son village.

Ces derniers peuvent aussi bénéficier d'une heure de sortie par jour, d'un jour de congé par semaine pendant lequel ils doivent effectuer le nettoyage de l'appartement et de moments libres en soirée après les ateliers. Par contre, il y a peu d'appartements individuels. Certains PCHM vivent en colocation.

La transition d'un résident du foyer en appartement, se fait de la manière suivante : elle débute par une réflexion éducative lors du colloque PCHM sur les résidents prêts à un tel changement. Une proposition concrète est déposée auprès de la direction qui infirme ou confirme la sélection. Lorsque le choix est validé et en fonction du taux de pourcentage de professionnels hors murs, un référent est attribué au candidat retenu. L'ancien référent passera la main au nouveau en lui donnant toutes les informations nécessaires et en lui remettant le dossier administratif. A partir de là, une réunion tripartite est organisée entre l'ancien et le nouveau référent et le résident concerné pour lui annoncer ces changements. Les autres résidents hors murs sont informés sur la future présence

d'un nouvel arrivant. Ce dernier bénéficiera d'une période de transition d'un mois durant lequel il vivra certains retours au foyer. Après évaluation et si elle s'avère positive, l'usager s'installera définitivement en appartement. Ce déménagement libèrera une place au sein du foyer pour un nouvel arrivant.

Concernant la population hors murs, à l'exception de quelques personnes ayant trente-cinq ans ou plus, sa moyenne d'âge est située entre vingt et trente ans. Dans mon activité, je remarque donc que la majorité des gens que j'accompagne sont de la même génération que la mienne. Le quotidien de ces jeunes adultes n'a rien à voir avec celui d'un homme ayant vécu un parcours familial, scolaire, professionnel, relationnel standard. De plus, le changement de lieu de vie du foyer en appartement modifie passablement d'habitudes et peut s'avérer déstabilisant même s'il représente une étape significative vers l'autonomie adaptée.

Les résidents hors murs sont accompagnés par une équipe de professionnels de jour comme de nuit. Hors du temps consacré aux activités, aux courses ou aux rendez-vous, certains bénéficiaires passent tout leur temps en appartement, d'autres organisent des rencontres entre eux, d'autres encore vont dans leur famille. Leur présence dans certains appartements ou quartiers passe inaperçue ou, au contraire, inquiète le voisinage. Différents questionnements liés à cette population ont émergé, tels que les notions d'intégration sociale avec ou sans fragilité, d'appartement protégé, de troubles psychiques ainsi que la notion de repli sur soi et d'isolement. A partir de ces réflexions, je me suis intéressé à réaliser mon Travail de Bachelor (TB) sur la manière dont s'intègrent les résidents hors murs dans leur lieu de vie. Traiter de ce thème en profondeur me servira tout au long de mon activité professionnelle. Cela me servira également pour observer les bénéfices sur la société d'un tel type d'intégration, sur l'institution et les usagers. Je pose en effet l'hypothèse que ces différents acteurs peuvent en tirer somme de bénéfices comme changer leur regard sur une population vulnérable, se sentir sécurisé par l'accompagnement des professionnels hors murs, etc.

### **1.1. Origine du questionnement et motivations**

Lors de l'écriture de mon pré-projet, j'ai pu observer différents éléments comme la solitude, le manque d'occupations et d'activités des résidents hors murs du CAAD ainsi que la surconsommation de produits tabacologiques et la présence persécutoire de certains symptômes de leur pathologie. Ces facteurs ont tendance à enfermer le résident dans un monde hors réalité qui l'amène à être perçu « étrangement » et entrave ses relations sociales.

A partir de cette analyse, il me tenait à cœur de comprendre quelle perception ont les usagers hors mur du CAAD de l'intégration sociale. Y a-t-il un intérêt de leur part à s'intégrer ? Ma perception de l'intégration en tant que professionnel est-elle similaire à la leur ? Mes préconçus en matière d'intégration guident-ils positivement ou négativement mon action professionnelle ?

Ces questions sont sources de motivation dans ma pratique d'éducateur en formation et ont été mes guides dans ce travail de recherche. Elles représentent la face cachée de mon quotidien professionnel. Je me suis réjoui de l'espace-temps du TB pour en discuter avec les usagers, leur donner la parole et écouter leurs réflexions. J'ai pu comprendre leur positionnement afin de percevoir la pertinence de mon action éducative et que cette dernière puisse évoluer en fonction de leurs besoins tout en respectant les contraintes institutionnelles, civiles ou pénales.

## 1.2. Lien avec le travail social

La question de l'intégration sociale est en lien avec nombre de thématiques étudiées en cours ou travaillées sur le terrain. Il s'agit notamment de l'institutionnalisation dans le cadre du module d'approfondissement (MAP) (Les espaces de la psychiatrie) et du cours de psychopathologie dispensé par Mme Naudin psychologue responsable au CAAD.

Ces thématiques font partie intégrante de ma pratique professionnelle. Elles sont des sujets en lien avec à ma question de recherche. L'institutionnalisation, par exemple, peut provoquer un enfermement, une perte de confiance en soi et donc une difficulté à aller vers l'autre. En lien avec ceci, nous observons les perceptions qu'a la population des gens psychologiquement malades. Ils paraissent bizarres, on s'en tient à distance, on ne leur parle pas, etc. Ces propos proviennent en partie de ma propre expérience avant que j'intègre le CAAD. J'avais peur car je ne connaissais pas. La méconnaissance entraîne la méfiance et donc l'absence de contact ou l'évitement. Ce qui conduit vers l'isolement social.

Comment créer un projet d'intégration sociale avec les résidents dont je suis le référent, pour ne pas les mener vers un échec ? Peut-on changer les mentalités si l'on essaie, pas à pas, de développer le pouvoir d'agir des résidents dans ce domaine. Nous frôlons le sujet de la médiation qui pourrait s'avérer essentielle dans l'action professionnelle. Il existe quatre types de médiation. Celle qui nous intéresse est la médiation créatrice car selon Sixt elle « *a pour but de susciter entre des personnes ou des groupes, des liens qui n'existaient pas entre eux auparavant, liens qui leur seront bénéfiques aux uns et aux autres* » (Sixt, 2001, p.164). A la lecture de cette citation, il me paraît évident que des projets intégratifs sont possibles. Au travers de mon TB, je compte faire émerger des réponses et des pistes de réflexion et d'action. Ces dernières seront en lien avec mon activité quotidienne. Toute recherche de ce genre avec une population touchée par certaines pathologies comporte des écueils. L'une des limites à une telle intervention est la médication. Lors du module G (Enjeux et actualités du travail social, 2016, Non-publié), nous avons pu partager avec l'un des psychiatres de Malévoz, le Dr Bdeir Ibanez, la thématique des médicaments et des maladies psychiques. A l'heure actuelle, l'une des tâches du cahier des charges des éducateurs du CAAD est de distribuer certains traitements. Cependant, observations faites, je me rends compte que la médication peut influencer le

comportement des résidents. Au moment de la prise de traitements, on peut constater une grande fatigue, par moments une absence de réflexion et de réaction, des difficultés de compréhension, etc. Comment donc pouvoir s'intégrer en soirée si dès 19h00 certains résidents veulent aller se coucher ? Comment peuvent-ils avoir des contacts avec la population si la médication les amène vers un enfermement ? Certains se disent incapables de partager un café ou autre à l'extérieur de leur appartement étant donné leur état de fatigue.

Le manque voire l'absence de réseau consiste en partie en une absence de ressources externes à l'institution. Ces ressources permettant pour quelques heures voire quelques jours de désinstitutionnaliser l'individu. Certains résidents n'ont plus de contact avec leur famille car les proches ne veulent plus les voir. De plus, dans certains cas la famille est un élément nuisible à l'évolution personnelle du résident. Elle ne lui permet pas d'effectuer son projet personnel. D'un point de vue personnel, mon réseau revêt nombre de ressources. Il solidifie les liens, entretient les relations, permet le réconfort, une aide financière, m'a influencé dans mes valeurs, etc. Pour ces personnes fragilisées, il n'est pas toujours une aide ou un soutien. Dans d'autres cas où le résident est vieillissant, le réseau familial est décédé et ce dernier se retrouve alors seul. Le sujet des amis est quant à lui une difficulté supplémentaire. Assurément, dans une partie des cas, les amis sont des « potes qu'il retrouve dans le but de se « pêter » aux produits psychotropes » et ne sont en aucun cas une ressource pour gérer des difficultés personnelles. Dans d'autres situations, les rares amis restants sont pour les résidents des piliers de soutien. Ils comptent donc beaucoup pour eux et sont très présents dans leurs demandes de projet pour les weekends, anniversaires, etc. Par contre, si aucun ami n'a fait partie intégrante depuis un certain temps de la vie du résident, il lui est difficile de se lier à nouveau avec des personnes avec lesquelles il créera des liens amicaux forts.

L'une des difficultés au maintien de certains réseaux est l'intervention institutionnelle dans la vie intime du résident. Chaque personne dite ressource pour le résident doit figurer dans ses documents informatiques. De plus, il doit être vu par l'éducateur référent ou le responsable du secteur pour s'assurer de sa bienveillance. Parfois ceci catégorise à nouveau le résident et le replonge dans sa position de personne institutionnalisée. Hormis ce contrôle, il doit respecter des heures de sortie et de rentrée, de passage pour la distribution des traitements, etc. Ces obligations influencent énormément la liberté de prendre contact avec son ou ses amis en dehors du cadre institutionnel. Les relations amoureuses sont aussi soumises aux mêmes conditions.

A toutes ces thématiques traitées, s'ajoute bien sûr la pathologie psychique qui influence considérablement les relations sociales. Ces interactions dépendent en partie du rapport à soi que vit la personne. Nombre d'usagers du CAAD ont une problématique psychotique. Or dans cette pathologie, il est avéré que le rapport à la réalité est altéré ainsi que ce fameux rapport à soi. Le sujet est « *coupé de lui-même* » comme le souligne M. Solioz (Solioz E, 2016, Non-publié). Il est donc

clair qu'en ne sachant pas qui l'on est, son identité propre, ses capacités, ressources et compétences relationnelles on ne peut pas interagir avec l'autre, son monde, ses plaisirs, ses ressources. En outre, la thématique des angoisses dans chaque type de structure de la personnalité est en partie présente. Se sentir angoissé, stressé ou tendu comme les résidents le disent n'est pas chose aisée pour aller vers l'autre. S'occuper de soi et de sa personne devient alors prioritaire. Chez les personnes que j'accompagne ces angoisses sont tellement fortes par moments qu'il me paraît parfois difficile voire impossible de co-construire un projet d'intégration. Je me suis réjoui d'effectuer ce travail de recherche afin d'observer, malgré les limites énoncées, quelles pistes d'action pourront émerger.

### **1.3. Bilan**

Par le biais de ce travail, il m'a fallu bien sûr définir certaines pathologies. Ces explications m'ont donné l'occasion d'informer le ou les lecteurs de ce projet sur la population accueillie ainsi que développer ma connaissance. Elles m'ont permis en partie de mettre en lumière les problèmes d'intégration des usagers PCHM. Bien sûr, mon travail ne s'avère pas exhaustif étant donné le nombre de personnes hors mur. Il m'est difficile de cerner les contours de chaque individu. J'ai donc ciblé un échantillon que j'ai décrit à la suite de ma recherche sur le terrain. Mon PF m'a dit un jour « *connaître les maladies des gens que l'on accompagne c'est connaître leurs ressources mais aussi leurs limites. Reconnaître que certains comportements ne sont pas intentionnels mais pathologiques* ». Il est à relever que les propositions d'amélioration ou de changement qui apparaîtront à la suite de ce travail de Bachelor, prendront du temps pour leur mise en action. Ce lent cheminement est dû en partie à la pathologie des personnes accueillies ne permettant pas voire peu de changement. La routine est parfois un élément repère, que l'on maîtrise et qui permet d'être rassuré.

Des objectifs spécifiques sont précisés dans la problématique en lien avec la question de recherche et les hypothèses dans le chapitre 3.

### **1.4. Question de départ**

Afin de clarifier au mieux le champ d'intervention de la recherche et des futurs entretiens, il m'a paru essentiel de définir au mieux la thématique, le public et la formulation de la question de recherche.

Je voulais associer ma recherche avec une thématique institutionnelle actuelle et questionnante pour l'équipe hors mur. Il est vrai qu'étant en emploi je suis basé depuis un certain temps sur le même lieu professionnel et que cette problématique me questionne en tant que membre impliqué de l'équipe éducative. Au travers de la démarche réflexive développée au sein de la HES, il me paraissait primordial de mettre en lumière la question de l'intégration faisant débat dans notre équipe

éducative PCHM. Je me propose donc par l'intermédiaire de cet écrit d'apporter ma pierre à l'édifice en matière d'intégration sociale. De plus, n'ayant pas souvent communiqué sur ce sujet avec les résidents hors mur je pense que l'occasion se présente en temps opportun. Ainsi ma question de départ est la suivante :

**La perception de la notion d'intégration sociale par les résidents du CAAD séjournant en appartement : est-elle facilitatrice ou freine-t-elle leur intégration sociale ?**

La question de départ sera précisée et consolidée dans la suite de ce travail, notamment à partir du cadre théorique qui suit.

## **2. Cadre conceptuel**

Lors de l'écriture du projet, cinq concepts clés ont été mis en évidence. Leur pertinence sera démontrée à travers diverses sources scientifiques. Il sera entre autre question dans un premier temps **d'intégration sociale** et de **troubles psychiques**. Finalement, seront traitées les thématiques de **l'accompagnement**, **l'autonomie partielle** et **le droit**, à travers les mesures pénales et les placements civils.

Afin de mieux comprendre le contexte professionnel spécifique du CAAD, une description des différents concepts est d'abord faite de manière générale puis sera mise en lien avec la population du CAAD.

### **2.1. L'intégration sociale**

L'intégration sociale correspond à un « *processus par lequel l'individu prend place dans une société, par lequel il se socialise* » (Durkheim, 1975). Cette démarche s'inscrit dans le cadre professionnel, amical, familial, sociétal, etc. La famille ainsi que le travail, la société et les amis forment une micro société avec des règles de fonctionnement différentes. Au sein de ces divers environnements se développent des interactions qui procurent à l'individu un apport riche d'expériences diverses. Cette façon d'agir inconsciente correspond au parcours d'une personne « sans fragilité » dans le but qu'elle devienne un citoyen à part entière de la société dans laquelle elle s'inscrit. Il est observé quotidiennement au CAAD une ébauche de cette façon d'agir inconsciente. La problématique pour certains des résidents est de créer soit un nouveau réseau soit de travailler à nouveau le lien avec des réseaux existants et bénéfiques. Comme cité plus haut, il est à noter que certains d'entre eux n'ont que des réseaux « toxiques » autour d'eux qui ne leur permettent pas d'évoluer dans leur parcours de vie mais de stagner. Travailler sur la notion d'intégration permet de questionner le public concerné afin de percevoir où il se situe au niveau de son intégration et identifier ses besoins afin de tenter d'en améliorer le développement.

Il est observé que le travail ou l'occupation s'inscrit dans une activité commune et permet à l'individu de s'intégrer socialement. Comme le citent Audrey Linder et al. (2016) :

*« Parvenir à s'inscrire dans des activités communes constitue un support primordial pour l'intégration sociale [...] les auteurs relèvent l'importance de retrouver un rythme et de se sentir utile... le centre permet d'évoluer à sa cadence, sans pression, et d'augmenter son taux de travail au sein de la structure sociale au fur et à mesure que la confiance en soi et en ses capacités revient ». (Linder A et al. 2016, p.3).*

Le travail permet à l'usager de découvrir un environnement, un métier, des collègues, une rémunération, une culture d'entreprise, une implication, un travail sur des compétences, etc. et participe à la réalisation personnelle, tel que le mentionne Maurice Thévenet (2005) en parlant de valeur-travail :

*« Cette activité humaine apporte comme toutes les causes de l'implication une occasion de réalisation de soi, de progresser, de rapprocher l'expérience vécue et interprétée à l'idéal de soi » (Thévenet M, 2004, p.91).*

Un autre facteur d'intégration est le logement. Ce dernier permet à l'usager de quitter temporairement l'institution et vivre au sein de la société. Henri Dorvil et al. nous décrivent rapidement les avantages et obstacles de l'installation en appartement.

*« Pour les personnes usagères, le passage de l'hébergement au logement signifie souvent la constitution en partie à tout le moins, d'un nouveau réseau. Bien que la majeure partie des participants espèrent se retrouver en appartement autonome, le principal obstacle appréhendé est souvent la solitude et la difficulté de créer de nouveaux liens ». (Dorvil H et al. 2002, p.508).*

Au CAAD, après l'accueil d'un nouveau résident, l'importance de sa présence dans un atelier protégé lui est présentée ainsi que les valeurs de son implication dans une occupation. Ce facteur d'intégration fera partie intégrante des objectifs socio-éducatifs qui seront posés. De plus, pour les placements pénaux, l'occupation peut représenter une injonction figurant dans les conditions imposées lors du placement et jouer un rôle en vue d'une libération. L'activité du bénéficiaire sera évaluée, ses compétences spécifiques mises en valeur ce qui pourrait aboutir à la réalisation d'un stage pouvant déboucher sur un emploi à l'extérieur du CAAD. Dès lors, le résident pourrait évoluer d'un mode occupationnel à celui de la productivité. D'ailleurs, certains des résidents du CAAD effectuent ou effectueront une AFP (attestation fédérale de formation professionnelle) dans des domaines divers.

Quant à la question du logement au sein du CAAD, les usagers transitent de l'institution en appartement protégé. Il est utile que le résident ait acquis certaines habiletés sociales comme maintenir un espace de vie propre, effectuer des achats, savoir cuisiner, respecter le règlement de maison ainsi qu'être abstinent au niveau de ses consommations. Il est donc primordial que les collaborateurs du CAAD ainsi que les bénéficiaires fonctionnent sur une confiance mutuelle, clé de voûte du projet d'accompagnement de l'établissement.

Un autre biais par lequel le CAAD met en valeur l'intégration des usagers est la pratique d'une activité sportive. Cette dernière se déroule chaque semaine sous la responsabilité d'un coach sportif. Celui-ci propose un panel d'activités en salle ou en extérieur incombant la cohésion communautaire, l'élargissement du réseau social, l'estime de soi, la santé, etc. Nous pouvons observer ces apports au travers de l'article de Vincent Mabillard (2012) :

*« Il s'agit aussi d'un apprentissage de la vie collective dans un cadre normé, d'une véritable instance de socialisation dans laquelle chacun jouit, subit et découvre en même temps la distribution des rôles sociaux. Le sport initie également aux valeurs de justice et d'égalité, conjuguées à l'esprit du fair-play. Ce dernier rend possible l'acceptation de la défaite, le respect de l'adversaire. Il pousse à la maîtrise de soi. Dans cette optique, le sport joue un rôle sociétal majeur. Ses vertus permettent une intégration plus facile des populations vivant en retrait de la société » (Mabillard V, 2012, p.3-4).*

L'intégration est un processus pouvant évoluer de manière normale ou pathologique notamment en fonction de l'état mental du sujet ainsi que nous le démontrent Jean Bergeret (1979) et Michel Hansenne (2009) :

*« Parfois, les objets satellisés cessent d'être persécuteurs et sont momentanément considérés comme de bons objets, du seul fait de leur équilibre géographique (ni trop près, ni trop loin). C'est ce qui peut se produire lorsqu'un nouveau venu apparaît dans l'entourage du psychotique et qu'il est pris pour « un bon objet » [...] Ainsi, l'existence des bons objets n'est souvent qu'une apparence due à un équilibre momentané du système. Par contre, celle des mauvais objets, [...] n'est plus un mystère lorsqu'on a compris qu'il s'agit du retour des projections que le psychotique doit en quelque sorte garder sous la main » (Bergeret J, 1979, p.183).*

*«[...] Le trouble de la personnalité-défini par le DSM IV-comme une modification durable de l'expérience vécue et des conduites par rapport à ce qui est attendu dans la culture de l'individu ; ces modifications sont rigides et envahissent des situations sociales et personnelles très diverses ; Elles entraînent une souffrance cliniquement significative [...] Le sujet appréhende la réalité selon des schémas cognitifs particuliers*

*lui donnant une lecture propre du monde, laquelle est fortement biaisée par rapport à la normalité » (Hansenne M, 2009, p.127).*

L'intégration est un processus évolutif au cours duquel les fragilités psychiques pourraient avoir une influence ; raison pour laquelle sera abordé ci-dessous l'axe théorique de la pathologie.

## **2.2. Pathologie psychique et intégration**

Avant de développer ce concept, il paraît indispensable de relever le courant historique dans lequel s'inscrit la pathologie psychique. Pendant longtemps, la folie désignait toutes les maladies psychiques. Il n'y avait aucune distinction entre schizophrénie, troubles envahissants du développement, etc. En outre, les catégorisations comme névroses ou psychoses étaient méconnues. Les personnes malades étaient enfermées dans des asiles, mises à l'écart de la société. Comme le cite Foucault : « *Son emblème était l'espace clos des asiles dont les murs servaient à séparer nettement la raison de la folie* » (Foucault M, Laing R, 1972, p.115). A la lecture de cette citation, il semble clair que l'intégration des personnes « folles » n'était pas un thème primordial. En outre, des notions comme l'autodétermination ou l'autonomie n'étaient aucunement prioritaires : « *C'était un espace sur lequel régnait le pouvoir du médecin* » (Foucault M, Laing R, 1972, p.115). Il est à noter que les courants psychiatriques ont énormément évolué. Aujourd'hui, les personnes concernées par ces types de troubles/maladies vivent en institution ou en appartement et le médecin fait partie intégrante de l'équipe pluridisciplinaire les prenant en charge. Foucault le confirme dans son ouvrage :

*« Au lieu du pouvoir absolu du médecin, nous étions sur le point de voir surgir des équipes pluridisciplinaires regroupant médecins auxiliaires, psychiatres, personnel infirmier, travailleurs sociaux en santé mentale et psychothérapeutes ».* (Foucault M, Laing R 1972, p.116).

L'émergence des nouvelles pratiques professionnelles a fait place à de nouvelles catégorisations des maladies. Le DSM (manuel de diagnostic et de statistique des troubles mentaux) est devenu la « bible » de tout psychiatre. *Le DSM est destiné à servir de guide pratique, fonctionnel et adaptable pour organiser l'information pouvant aider et au diagnostic et au traitement adéquat des troubles mentaux* (Module E : *Entrave biopsychosociale des troubles et des entraves du comportement ; développement cognitif et social, non-publié*).

Outre cette « bible », nombre de professionnels en santé mentale se sont adonnés à développer des champs théoriques dans ce domaine. Jean Bergeret a repensé les structures de la personnalité pour aider la classification des maladies mentales dans son livre intitulé « *Psychologie pathologique* » de 1979. Outre le fait que diagnostiquer est une aide, c'est aussi une manne financière : « [...] la

*commercialisation d'une culture de la confession* » (Foucault M, Laing R, 1972, p.120).

Diagnostiquer permet d'identifier les maux dont souffre une personne et adapter les pistes conduisant au mieux-être de l'individu. Ce dernier aura accès à des soins et à un entourage professionnel sur lesquels il pourra s'appuyer et se sentir en sécurité. Au CAAD, la prise en charge est individualisée et les conditions cadres permettent aux résidents d'évoluer afin d'atteindre une certaine autonomisation. Les professionnels oeuvrent au quotidien à rassurer et à aider les usagers concernés par des psychoses, états limites et névroses : schizophrénie, trouble borderline, TOC (troubles obsessionnels compulsifs), dysharmonie évolutive, etc.

### 2.3. L'autonomie

L'autonomie est un point d'ancrage essentiel au sein de l'institution. Cependant, la tendance penche vers une « **autonomie partielle** »<sup>2</sup> étant donné la maladie psychique qui dans certains cas induit un placement institutionnel à long terme. Ce terme général que nombre de personnes utilisent, revêt quantité d'aspects complexes. Ces propos sont mis en lumière grâce à la citation suivante : « [...] nous savons et éprouvons du moins qu'il est largement insuffisant d'ordonner l'autonomie pour déclencher un comportement autonome » (Hermann F, 2015, p.16). Il importe de relever non seulement la complexité du terme susmentionné mais aussi parfois le besoin d'accompagnement inhérent à un comportement autonome. L'auteur continue en disant : « *Cependant, nous faisons l'expérience qu'elle peut s'accompagner. Ainsi elle devient la finalité d'un processus* » (Hermann F, 2015, p.16). Il n'est pas chose aisée que de développer un projet éducatif avec une personne adulte sans pour autant l'infantiliser. Le point départ de tout objectif éducatif est l'émergence des ressources de l'utilisateur mais aussi du professionnel. Cette étape permettra la construction d'un projet éducatif solide et plausible avec l'utilisateur. Une attention toute particulière doit être accordée à la place donnée à l'utilisateur au quotidien. Le partage du pouvoir éducatif ne peut se faire qu'après la prise de conscience de ce dernier. Ce travail sur le rôle des professionnels au sein de l'institution mais aussi qui est l'autre, quelles sont ses ressources, etc., donne la possibilité d'orienter l'action éducative. Toute intervention durant laquelle l'utilisateur se « laisse porter » peut induire l'épuisement vers lequel les professionnels peuvent être conduits et dès lors l'inefficacité de l'intervention. Le sens de l'action semble être une construction quotidienne faite de petits projets accessibles avec les usagers. Cependant, la compétence pour faire un choix autonome dépend de certains facteurs : « [...] l'autonomie suppose en

---

<sup>2</sup> Terme utilisé au sein du CAAD par les professionnels pour définir la façon quotidienne de vivre des résidents

*réalité l'existence, outre celle de la responsabilité, de deux autres composantes, plus fondamentales : la liberté et l'authenticité »* (Hermann F, 2015, p.19).

Que sont donc la liberté et l'authenticité ? : « *La liberté de l'individu s'entend ici comme le plein exercice de ses droits, au sens des droits de l'homme et du citoyen : être libre c'est jouir pleinement de ses droits »* (Hermann F, 2015, p.19). Cette définition paraît difficilement applicable à tous les usagers du CAAD. Certains sont sous mesure pénale et d'autres font l'objet d'un placement à des fins d'assistance (PAFA). Or, ces deux types de mesures sont des décisions contraignantes imposant des règles de conduite spécifiques. De ce fait, la liberté de l'individu n'est donc que partielle. De plus, institutionnalisé ou non, chacun de nous n'a qu'une marge restreinte de liberté : « *Ce qui arrange chacun, c'est ce qui sert ou ne gêne pas les intérêts économiques, politiques et sociaux dominants »*, selon Galbraith J.K (cité par Hermann F, 2015, p.39). Cette liberté semble donc adaptable en fonction du contexte de vie de l'individu et du respect de ses semblables et de la société dans laquelle il interagit.

L'authenticité quant à elle peut se définir de la manière suivante : « *Une personne authentique est quelqu'un dont les choix et les actes correspondent à ses propres valeurs. Il s'agit d'une notion purement subjective »* (Hermann F, 2015, p.20). Cette définition fait écho à l'environnement professionnel du CAAD. En effet, les usagers de cette structure expriment régulièrement des réflexions et des idées qui paraissent authentiques tant elles sont claires sur leur volonté, leurs attentes face aux professionnels et à la société. D'un point de vue plus personnel, le professionnel doit parfois prendre des décisions en lien avec les règles institutionnelles ou les réflexions d'équipe au détriment de son authenticité ; phénomène rassurant car tous, tant résidents que professionnels, ne sommes pas totalement autonomes malgré que nous soyons tous en quête d'autonomie. Dans notre processus de développement individuel, nous désirons ardemment évoluer et voler de nos propres ailes. Nous sommes vraisemblablement tous en quête d'un pouvoir plus grand sur notre vie. En cela, usagers et éducateurs sociaux se ressemblent : ils sont tous humains.

Afin de conclure ce chapitre, voici une citation de M. Depenne ancien éducateur spécialisé et chef de service éducatif à Buc-ressources dans les Yvelines, qui propose une réflexion sur l'éthique et l'accompagnement en travail social : « *Il s'agit de comprendre le pouvoir comme un rapport de commandement et de domination qui, lui aussi, se place sous le signe d'une réduction des différences[...]* » (Depenne D, 2017, p.68).

## **2.4. Ethique et accompagnement**

Avant d'aborder l'accompagnement, le sujet de l'éthique doit être envisagé dans les interactions humaines afin d'accueillir l'Autre avec toute sa singularité : « *l'éthique est ce qui s'oppose à l'ordre, à la classification, à la formation, au*

*thématisable. L'éthique c'est accueil du différent et du différend » (Depenne D, 2017, p.15).*

De quelle manière accompagner un individu et avec quelle distance ou proximité relationnelle ? *« Il y a perte dans toute relation fusionnelle. Ainsi nous soutiendrons que la relation ne relève ni de la mise à distance ni de la fusion » (Depenne D, 2017, p.9-10).* Ainsi que constaté au sein du CAAD, à l'arrivée d'un nouveau professionnel, le travail de la proximité-distance dans la relation est primordial. Au fur et à mesure des mois qui passent, un lien et un attachement se créent. Effectivement, la bonne distance se travaille quotidiennement : *« La relation est donc un mouvement, un processus dynamique et infini entre deux moi » (Depenne D, 2017, p.11).* Il est indispensable de pouvoir continuellement jouer sur cette distance relationnelle pour utiliser la métacognition comme outil d'analyse de l'accompagnement.

Non seulement faut-il se questionner sur une distance utile à un travail de qualité mais aussi sur la position adéquate qui permette une relation de qualité et un rythme de croisière idéal. Paul M (2012/13) précise ces questionnements en ces termes :

*« ...Accompagner c'est « être avec » et « aller vers » et des principes au nombre de trois. Le premier est que dans la mise en relation dépend la mise en chemin, le deuxième qu'il s'agit moins d'atteindre un résultat que de s'orienter « vers » c'est-à-dire de choisir une direction et le troisième que l'action (la marche, le pas, le cheminement) se règle sur autrui soit aller où « il » va et « en même temps » que lui ce qui suppose de s'accorder à celui que l'on accompagne » (Paul M, 2012/13, p.13).*

Cette recherche nous permettra d'adapter au mieux l'accompagnement en suivant la proposition de l'auteure précitée. Ce dernier revêt en plus de son aspect éthique et pratique, un aspect systémique. La relation professionnelle est complémentaire de par le statut d'éducateur :

*« La relation complémentaire se définit par une répartition des places en fonction de rôles différenciés. L'un des partenaires occupe la position dite « Haute », (ou dominante, ou « up ») et l'autre la position « Basse » (dominé, « down ») » (Baguette C et al. 2012, p.1).*

Un certain « pouvoir » est conféré au professionnel, pouvoir qui demeurera présent tout au long d'une carrière professionnelle. Cependant, il paraît primordial d'amenuiser au maximum cette relation de pouvoir pour mener une action éducative en partenariat avec l'usager. Nous pourrions donc envisager une relation plus symétrique dont la différence ne représenterait pas un danger mais bien une chance : *« La relation symétrique se définit fondamentalement comme une relation d'égalité » (Baguette C et al. 2012, p.1).* Tant le professionnel que l'usager, sont acteurs d'un projet éducatif. L'éducateur a sa part de responsabilité

dans le bon déroulement des objectifs des usagers car seul l'individu se connaît lui-même. Pour offrir un accompagnement de qualité à un public fragilisé comme les usagers du CAAD, il semble important de créer une alliance, un partenariat solide afin de leur permettre d'évoluer, de prendre/reprendre confiance en soi, en leurs compétences avec bienveillance. En outre, ces comportements professionnels, pourraient leur permettre de prendre une plus grande partie de pouvoir sur leur propre vécu et devenir acteur de leur futur. Il est donc positif d'adopter parfois une position basse et laisser certaines responsabilités aux usagers, ceci bien sûr en fonction de leurs possibilités et pour autant que ces prises de responsabilités ne deviennent pas trop anxiogènes et ne mettent en péril la santé psychique. Il s'agirait là d'utiliser les ressources du sujet afin d'améliorer ses compétences, son intégration et sa condition de vie ainsi que nous le démontrent Jouet et Greacen (2012) :

*« La mise en œuvre de ce nouveau paradigme n'est pas simple et remettra en cause le cœur même et les fondements actuels des services. Elle exigera du système de santé mentale et des professionnels de mettre en place des structures offrant des environnements de soutien et de soins qui ne se focalisent plus exclusivement sur la gestion de la maladie. Il faudra créer des milieux d'accompagnement plus à même de soutenir la personne dans sa propre évaluation des méthodes utiles à la maîtrise de ses troubles, et qui soient par ailleurs en prise avec l'orientation de la vie de cette personne et situés hors du cadre exclusif du ressenti de la maladie. Au bout du compte, comprendre que le soutien du rétablissement de la personne impliquera la création d'une plate-forme d'apprentissage transformative » (Jouet E, Greacen T, 2012, p.35).*

Outre le côté éthique de la démarche éducative, il existe au CAAD un processus d'accompagnement. Dans ce dernier, s'inscrivent des indicateurs tels que la prise en charge, l'accès aux soins médicaux, le réseau, le logement, l'activité professionnelle, l'activité sportive, les loisirs, etc. Concrètement, ces facteurs entrent notamment dans le « projet d'accompagnement du résident », processus travaillé au CAAD par les divers secteurs professionnels impliqués dans le suivi d'un bénéficiaire. Entre autres, des documents comme le « suivi des trajectoires » et le « projet d'accompagnement socio-éducatif » permettent d'accompagner un usager en fixant avec ce dernier les objectifs de travail. Le suivi des trajectoires quant à lui permet à chaque professionnel de savoir dans quel type de mesure se place le résident et ainsi connaître le cadre des libertés dont ce dernier peut profiter et quels objectifs sont à travailler. De plus, des synthèses régulières sont aménagées et protocolées afin de permettre aux professionnels d'avoir une vue d'ensemble de la situation actuelle de l'utilisateur et d'actualiser son accompagnement. De plus, chaque six mois environ un entretien de réseau est agendé avec les partenaires afin de faire un bilan de

la situation de l'utilisateur. Il est à préciser que la synthèse se fait à l'interne et que l'entretien de réseau englobe aussi les partenaires externes à l'institution. La communication avec les partenaires externes peut aussi se faire sous forme de rapports annuels à la demande de l'Autorité de placement. De ce partage d'informations (internes/externes) va dépendre l'autonomie dont bénéficie ou pourrait bénéficier l'utilisateur et l'orientation de sa prise en charge.

## **2.5. Le contexte légal du CAAD**

Dans les différents fondements théoriques précités, il est fait mention de l'autonomie, de l'éthique, de la pathologie ainsi que de l'intégration sociale. Ces différents aspects sont directement en lien avec la notion de droit. Il est impossible de s'intégrer sans respecter les différentes normes en vigueur qui définissent le cadre législatif dans lequel nous évoluons et servent à protéger l'individu et l'Etat. Il contient des obligations mais aussi des droits. En outre, l'éthique professionnelle en vigueur au CAAD est en partie ancrée dans cette notion de droit avec laquelle les professionnels doivent œuvrer au quotidien. Elle reste le fondement de chaque action éducative et la cadre. De plus, les placements pénaux sont régis par des mesures particulières énoncées dans le Code pénal Suisse (CPS) qui impose à leur bénéficiaire une injonction de soins dans un milieu spécifique voire dans un milieu pénitentiaire. Dès lors, l'autonomie de ces personnes condamnées dépend aussi des libertés octroyées par le cadre légal.

On peut donc mettre en lien l'interdépendance des différents enjeux institutionnels et personnels avec le droit décrit comme tel dans notre constitution fédérale :

*« Le droit est la base et la limite de l'activité de l'Etat ». Il prévaut aussi pour les citoyens : « [...] et les particuliers doivent agir de manière conforme aux règles de la bonne foi » (www.admin.ch).*

Les éléments décrits ci-dessus sont des aspects généraux du droit. Ils vont nous mener vers une description plus fine des formes de placements identifiées au CAAD. Ces mesures et placements dépendent du CPS ainsi que du Code civil Suisse (CCS).

### **2.5.1. Mesures pénales**

Deux formes de mesures pénales peuvent être imposées par un juge en fonction d'un trouble mental reconnu chez l'individu auteur d'un crime ou d'un délit. La première correspond à une mesure thérapeutique institutionnelle en milieu ouvert et la seconde à une mesure thérapeutique institutionnelle en milieu fermé. Ces deux objets trouvent leur source dans les articles 59.2 et 59.3 du CPS.

D'autres mesures tels que l'art. 60 ou 63 CPS peuvent être instituées. Ces dernières traitent des mesures thérapeutiques institutionnelles liées au traitement des addictions ainsi qu'au traitement ambulatoire (CPS, art 60 et 63). Le

traitement ambulatoire diffère cependant des mesures précitées en cela : « *Le traitement ambulatoire accorde la primauté aux effets thérapeutiques de l'intervention et non à l'aspect éducatif de la mesure* » ([www.prison.ch](http://www.prison.ch)).

Les autres mesures pénales ont un but éducatif en priorité. Chaque année, l'autorité judiciaire ayant placé une personne sous une mesure pénale doit traiter d'une éventuelle libération conditionnelle (LC). Cette forme de libération est un objectif prioritaire de tous les résidents placés au CAAD. La LC est mentionnée dans le CPS sous l'article 62. La personne est libérée conditionnellement au moment où le juge observe, au travers des rapports institutionnels et/ou expertises, que les objectifs judiciaires sont atteints. La LC s'accompagne de règles de conduite et d'un délai d'épreuve pouvant aller de trois ans maximum pour une mesure thérapeutique institutionnelle liée au traitement des addictions et de cinq ans maximum pour une mesure thérapeutique institutionnelle liée au traitement des troubles mentaux. Ce délai atteint, il est possible de prolonger le délai d'épreuve ou de libérer la personne de toute obligation judiciaire. Le juge devra à nouveau se positionner en fonction des rapports institutionnels rendus.

Le CAAD est habilité à travailler avec des personnes placées sous mesures pénales. Le personnel éducatif œuvre donc avec des individus condamnés pénalement par les articles 59.2, 60 et 63 CPS. La plupart des résidents sous mesure pénale sont à l'heure actuelle en libération conditionnelle. Ces derniers mis au bénéfice de l'article 62 CPS, sont en libération conditionnelle et ont des délais d'épreuve différents compte tenu de leurs antécédents judiciaires et de leur parcours.

Il est à noter que ces différentes mesures obligent le personnel éducatif à adapter son accompagnement. Les personnes sous mesure pénale doivent être accompagnées à tous leurs rendez-vous que ce soit chez le médecin, au tribunal, etc. Elles ne peuvent se déplacer seules sans autorisation de l'OSAMA/VS (office des sanctions et des mesures d'accompagnement), du SAPEM (service d'application des peines et mesures) pour les résidents genevois et vaudois.

De plus, tout projet de sortie et de weekend doit être annoncé aux autorités de placement dix jours à l'avance. Ces dernières peuvent accepter ou refuser la sortie prévue.

En outre, les personnes sous article 59.3 CPS ne peuvent pas être placées au CAAD qui est un milieu ouvert. Ces dernières sont détenues en milieu fermé comme notamment Curabilis, établissement de mesures fermé, ou l'établissement pénitentiaire de Crêtelongue (EPCL).

### **2.5.2. Placements civils**

Une autre forme de placement contraint existe au CAAD. Ce dernier se nomme PAFA (placement à des fins d'assistance) anciennement PLFA. Il se décrit comme suit :

*« Une personne peut être placée dans une institution appropriée lorsque, en raison de troubles psychiques, d'une déficience mentale ou d'un grave état d'abandon, l'assistance ou le traitement nécessaire ne peuvent lui être fournis d'une autre manière » (CCS, 2014, art. 426, p.120).*

Ce type de placement est instauré par l'APEA (autorité de protection de l'enfant et de l'adulte). Le résident est donc contraint à un suivi thérapeutique ainsi qu'à une prise de médication. Un rapport annuel est envoyé à l'APEA pour signifier le déroulement du placement. En fonction de cet état des lieux et de son évolution, l'APEA peut prononcer l'annulation du PAFA ou sa prolongation si besoin.

En outre, toutes les personnes placées au CAAD bénéficient d'une mesure de curatelle plus ou moins protectrice allant d'une mesure de curatelle de portée générale (la plus contraignante) à la curatelle de représentation (la moins contraignante) selon les art. 393 CCS et ss.

### **3. Problématique**

Aux prémices de ce travail de recherche, l'idée était de s'intéresser à l'intégration des usagers du CAAD. Ce concept notamment permet aux bénéficiaires d'évoluer et de gagner en autonomie dans le but à moyen voire long terme de quitter la structure. Afin de nommer une question de recherche ciblée, il m'a fallu développer un cadre théorique autour de questions telles que :

- l'accompagnement,
- la pathologie,
- l'éthique,
- les différents types de placements,
- etc.

Cette articulation théorique a permis d'approfondir les notions précitées et conduit vers un questionnement sur la perception qu'avaient les usagers du CAAD de leur propre intégration. De plus, la question de l'intégration est un sujet récurrent durant les colloques tenus au sein de l'institution et il paraissait approprié de traiter cette thématique en profondeur sous l'angle d'une recherche scientifique.

Les concepts figurant dans le cadre théorique relèvent :

- l'importance du lien avec le réseau social,
- les limites d'une pathologie psychique,
- la nécessité d'adapter l'accompagnement
- etc.

De plus, on peut y lire les contraintes d'injonctions pénales ou civiles, tant pour les professionnels que pour les usagers, qui définissent en partie l'accompagnement dispensé par les professionnels du CAAD ainsi que les possibilités d'intégration réelles et/ou perçues.

Partant des éléments précités, la question de recherche finalement retenue est formulée en ces termes : **Comment les résidents du CAAD perçoivent-ils leur intégration sociale et quels freins ou facilitateurs identifient-ils ?**

Autrement dit, il s'agit, à partir de cette question, de comprendre comment les résidents se voient intégrés dans la société en fonction de leur situation personnelle et comment ils perçoivent l'évolution de leur situation dans les années à venir.

Quant aux objectifs spécifiques, ils sont les suivants :

- A l'aide des documents législatifs en vigueur, identifier les mesures précises (civiles et/ou pénales) dont font l'objet les résidents du CAAD ; mettre en exergue les règles institutionnelles ;
- Considérer les conséquences de maladies psychiques dont souffrent les personnes concernées ;
- Déterminer les ressources qui sont une aide et un soutien pour les usagers du CAAD telles que personnes, capacité financière, activités loisir / professionnelle / culturelle, instruction, spiritualité, etc.
- Déterminer les freins qui sont un obstacle à l'intégration sociale des usagers du CAAD, tels que l'état de santé, la précarité financière, la fragilisation de l'environnement familial / social, le niveau d'éducation / culture, la privation totale ou partielle de ses droits civils, etc.
- Tenter d'identifier des pistes de réflexion et d'action en vue d'une intégration sociale optimale des résidents du CAAD dans le respect des facteurs humains, sociétaux et légaux.

### **3.1. Hypothèses**

A la suite de l'énoncé de la question de recherche, du développement des concepts et des objectifs, les hypothèses suivantes sont retenues:

#### **3.1.1. Hypothèse 1 : Mesures civiles et/ou pénales et perception de l'intégration sociale**

**Les mesures civiles et/ou pénales dont font l'objet les résidents du CAAD influencent leur perception de l'intégration sociale.**

Le code civil et pénal prévoit une batterie de mesures contraignantes privant l'individu de certaines libertés et de certains droits en raison de leur santé mentale voire de délits commis en lien avec leur état psychique. Ces différents moyens de coercition retirent certains individus du champ social traditionnel pour les placer à court/moyen/long terme dans une institution. Dans le cadre de cette recherche, il s'agit donc de tenter d'identifier certaines causes (sanitaires) qui ont poussé l'Autorité à décider de telles mesures et leurs conséquences sur l'individu qui en fait l'objet, notamment du point de vue de son intégration sociale.

### **3.1.2. Hypothèse 2 : Accompagnement proposé et intégration sociale**

Partant du principe qu'une décision de mesure contraignante limite la liberté, les droits et l'autonomie d'un individu, l'Autorité veillera à ce que ce même individu puisse être pris en charge par une structure adaptée, accompagné, soigné afin qu'il parvienne à développer des compétences pour lutter contre les effets nocifs de la rupture sociale notamment.

Selon son état de santé, son parcours de vie ainsi que des facteurs criminogènes, un individu peut faire l'objet d'une mesure civile ou pénale (Code Civil Suisse CCS ou Code Pénal Suisse CPS). L'autorité de décision d'une telle mesure ne peut se contenter de « punir » voire de bannir l'individu mais doit envisager également de soigner et de réinsérer. Il s'agit là d'un principe de base de notre législation (art. 90 et 84 CPS).

La prise en charge de la personne concernée s'opèrera au sein d'une institution spécialisée afin qu'elle bénéficie de soins, d'encadrement et d'aide à la réinsertion, ceci en fonction de son état de santé, ses besoins et de ses ressources.

Au vu des éléments précités l'hypothèse suivante est retenue :

**L'accompagnement proposé par les professionnels du CAAD influence la perception qu'ont les résidents de leur intégration sociale.**

## **4. Méthodologie**

Afin de récolter les données inhérentes à la recherche, le terrain retenu a été le CAAD. L'échantillon choisi et les techniques de récoltes de données seront présentés ci-après ainsi que les difficultés apparues durant la recherche.

### **4.1. Le terrain**

Avant que le CAAD ne voit le jour cette institution a vécu une évolution non seulement dans la prise en charge offerte mais également au niveau de son appellation. Cette fondation devenue le CAAD en 2008 se nommait précédemment la Courte Echelle (anciennement Gai-Matin). Suite à ce changement de dénomination, intervient en 2012 l'élargissement de la prise en charge offerte aux usagers. Effectivement, une offre en appartement protégé s'est développée. Puis petit à petit, le CAAD a bâti de nouveaux locaux. Le déménagement complet de l'institution s'est opéré en avril 2016.

Le CAAD, institution spécialisée dans l'accueil de personnes psychologiquement malades et pour une grande partie sous mesures pénales ou civiles, se situe à Saxon. Cette fondation privée et reconnue d'utilité publique, œuvre à accompagner une soixantaine de résidents (hommes et femmes) dans la vie quotidienne afin de répondre au mieux à leurs besoins de réinsertion et

d'autonomie. Pour ce faire, un suivi biopsychosocial est mis en place pour chaque résident suivant un protocole interne évolutif. Il consiste à cheminer au sein de la structure avec l'accompagnement de psychologues, de psychiatre, d'éducateurs, de MSP, etc. Les observations de ces derniers en discussion avec les résidents leur permettront d'évoluer au sein de la structure dans différentes formes de séjour et ainsi répondre aux objectifs fixés par les Autorités, définis ou réévalués dans les réseaux professionnels.

Les formes de séjour sont les suivantes selon le degré d'autonomie :

- Remédiation : secteur fermé avec présence éducative continue et prise en charge adaptée et individuelle. Ce lieu est prévu pour des personnes avec un risque de fugue ou de mise en danger de soi ou d'autrui.
- Foyer : secteur ouvert où chaque résident peut se déplacer avec sa propre clé au sein de la structure.
- Appartement protégé.
- Appartement privé.
- Suivi socio-éducatif.

Dans les deux derniers cas de figure ce sont les curatelles qui honorent les coûts des placements et non les Autorités placeuses. Dans les autres cas de figure, ces dernières financent la totalité des séjours.

Le processus de progression vise le gain d'autonomie du résident diminuant dès lors le suivi éducatif pour les personnes proches de la sortie de la structure. Bien sûr, cette évolution dans un parcours autonome ne dépend pas uniquement du personnel éducatif et de la direction du CAAD. Il est impératif que les Autorités soient intégrées dans ce cheminement pour les personnes sous injonctions de soins. Les Autorités s'appuient sur les rapports du CAAD pour prendre leur décision.

Les saines relations établies entre cette fondation et les différentes Autorités cantonales et communales permettent d'œuvrer dans la confiance. Ainsi, les décisions proposées par le CAAD aux Autorités sont motivées et veillent constamment au respect d'un cadre sécurisant autant pour la collectivité que pour le résident lui-même.

#### **4.2. L'échantillon de recherche**

Afin de répondre aux hypothèses, la parole a été donnée aux résidents du CAAD faisant partie du secteur PCHM. Ce dernier se compose de vingt-sept hommes et de deux femmes. Cependant, les entretiens ont été réalisés auprès de six personnes dont certaines sont sous mesures pénales et d'autres sous placement civil. Cet échantillon était composé de six hommes. Les deux femmes du secteur hors mur n'ayant pas souhaité participer à ce travail.

Sur les six personnes, quatre étaient au bénéfice d'une mesure thérapeutique institutionnelle/ traitement des troubles mentaux (CPS art.59.2). Quant aux deux dernières personnes, l'une est au bénéfice d'une mesure thérapeutique institutionnelle/traitement des addictions (art.60 CPS) et l'autre en placement volontaire.

Figure 1 Tableau récapitulatif de l'échantillon interrogé

Prénom d'emprunt	Date d'entretien	Arrivée au CAAD	Raisons du placement	Age	Durée d'entretien
Michel	04.02.18	2014	Art. 60	43	2h21 <sup>3</sup>
Nolan	07.02.18	2009	Art. 59.2	44	1h00
Greg	8.02.18	2007	Volontaire (consos de drogues + problèmes familiaux)	30	57 min
Sophian	10.02.18	2017	Art 59.2	26	1h00
Pierre	15.02.18	2009	Art. 59.2	30	1h11
Sam	04.03.18	2016	Art. 59.2	43	50min

### 4.3. Techniques de récolte des données

#### 4.3.1. Recherche documentaire

Grâce aux dossiers constitués au CAAD sur chacun des résidents, il est possible d'identifier la mesure dont il fait l'objet, l'expertise psychiatrique dont il a été le sujet et les conclusions pouvant être relevées dans ce document indiquant des pistes favorisant le développement de la personne. Au travers de ces éléments, une certaine vue d'ensemble sur la situation civile, pénale et médicale du résident apparaît. A l'aide de ces informations, il a donc été possible d'identifier le public cible au sein du CAAD et spécifiquement du secteur PCHM. Les aspects guidant l'enquête ont été des facteurs d'intégration perçus par les résidents au travers d'indicateurs tels que la prise en charge, l'accès aux soins médicaux, le réseau, le logement, l'activité professionnelle, l'activité sportive, les loisirs, etc.

<sup>3</sup> La durée de cet entretien est conséquente car il s'agissait du premier suite à mon entretien test. En conditions réelles, il a permis de savoir où recadrer le débat pour la suite de l'enquête.

### 4.3.2. Entretiens

Selon Picoche cité par Imbert, « *si le verbe « entretenir » apparaît au XII<sup>e</sup> siècle, et signifie littéralement « tenir ensemble », d'où « tenir compagnie, causer » et « maintenir, conserver », le mot « entretien » apparaît au XVI<sup>e</sup> siècle issu de la contraction de entre et tenir, « échange de parole »* (Imbert G, 2010, p.24).

S'entretenir avec une personne c'est la rencontrer, l'écouter et tenter de la comprendre. Comme le cite Depenne D : « *C'est d'abord une insistance sur la dimension de l'altérité. Ce qui prime dans le dialogue, ce n'est pas le savoir mais le rapport inter-humain* » (Depenne D, 2017, p.97). Afin de maximiser la qualité de l'échange, il a été décidé de créer un guide d'entretien semi-directif.

Le guide se voulait divisé par catégories. Ces dernières, en lien avec les hypothèses ont permis de structurer chaque entretien. Faisaient donc partie de la première hypothèse les notions de *mesure, santé mentale et intégration* et de la deuxième hypothèse les termes *d'accompagnement, santé mentale et bénéfices et freins de l'accompagnement*. Sous chaque titre principal était mentionnée une série de questions et de sous-questions qui favorisaient une reformulation, si besoin. Technique qui s'est avérée utile pour garantir la qualité des entretiens et une précise compréhension.

Le tableau ci-dessous de De Ketele et Roegiers, (1996, p.172) relève trois méthodes d'entretien en fonction de la forme du discours, de sa fluidité, de sa préparation préalable, du temps à disposition et de la réactivité de l'interlocuteur.

Figure 2 Types d'entretien selon De Ketele et Rogiers (1992)

<b>Entretien dirigé (ou directif)</b>	<b>Entretien semi-dirigé (ou semi-directif)</b>	<b>Entretien libre (ou non directif)</b>
Discours non continu qui suit l'ordre des questions posées	Discours par thèmes dont l'ordre peut être plus ou moins bien déterminé selon la réactivité de l'interviewé	Discours continu
Questions préparées à l'avance et posées dans un ordre bien précis	Quelques points de repère (passages obligés) pour l'interviewer	Aucune question préparée à l'avance
Information partielle et réduite	Information de bonne qualité, orientée vers le but poursuivi	Information de très bonne qualité, mais pas nécessairement pertinente
Information recueillie rapidement ou très rapidement	Information recueillie dans un laps de temps raisonnable	Durée de recueil d'informations non prévisible
Inférence assez faible	Inférence modérée	Inférence exclusivement fonction du mode de recueil

(In : Imbert G, 2010, p.24)

Ce travail ayant pour objectif de comprendre la perception des résidents du CAAD sur leur propre intégration et identifier les facilitateurs ou les freins de cette dernière, la méthode d'entretien semi-directif a été retenue. Ce procédé permet d'aborder les facteurs d'intégration sélectionnés. Il sert à guider les interviews et gérer le contenu de l'échange tout en laissant suffisamment d'espace de communication aux interlocuteurs. Il a été rappelé à chaque résident la confidentialité de nos entretiens afin que ceux-ci puissent se dérouler dans un climat positif, respectueux, sécurisant et professionnel. Le guide d'entretien est classé en annexe 1 du présent travail. Avant de démarrer les entretiens, j'ai réalisé un entretien test avec un membre de ma famille.

#### **4.4. Précautions éthiques**

Il faut relever ici que pratiquement tous les résidents du CAAD bénéficient d'une mesure de curatelle. Une fois l'échantillon sélectionné, il fallut prendre contact

avec les curateurs concernés et la direction du CAAD afin de leur exposer le contenu du TB et les démarches prévues. Ces derniers ont accepté la requête et l'ont confirmé de manière orale et écrite (cf autorisation signée du directeur du CAAD – annexe 2) . En outre, dans le cadre des PCHM, plusieurs professionnels sont référents de bénéficiaires et ces derniers ont servi d'interlocuteur de confiance pour partager le projet avec les bénéficiaires qui ont accepté avec plaisir. Cette démarche avec les différents référents a permis d'instaurer un lien de confiance supplémentaire. Les divers propos ont été consignés précisément afin de les rapporter tels qu'ils avaient été exprimés. En outre, durant ce travail de recherche et tout spécialement durant la période des entretiens, la distinction s'est faite entre les horaires de travail voués aux travaux ordinaires et le temps qui a été consacré uniquement au TB. En effet, afin d'éviter toute confusion auprès des bénéficiaires et des professionnels, une clarification a été faite auprès de la direction et des collègues pour que l'on s'accorde sur les moments les plus opportuns pour mener les entretiens. De plus, les résidents du CAAD concernés par des pathologies psychiques auraient pu connaître au moment de la réalisation de ce travail une hospitalisation ou une fin de placement qui auraient interféré dans l'organisation des rencontres. En outre, cette fragilité aurait pu influencer des peurs, des angoisses, des incohérences, de l'agitation, du stress, etc. Ces différents facteurs ont été pris en compte dans la démarche de recherche.

Une attention particulière a été portée au cadre de la recherche qui était clairement énoncé en début de chaque entretien pour ne pas faire miroiter d'illusions au public cible. La participation de ce dernier était volontaire et non obligatoire. Les propos confiés lors de ces entretiens auraient d'ailleurs pu servir d'outils de travail afin de faire évoluer certaines pratiques institutionnelles. Tout au long du processus de récolte des données, on a veillé à s'abstenir de toute interprétation et d'à priori face aux questionnements et renseignements transmis.

Il est primordial de respecter et maintenir un lien de confiance avec la population avec laquelle je travaille. Afin d'œuvrer dans cette confiance mutuelle avec les usagers du CAAD, un anonymat total leur a été assuré en utilisant au cours de ce travail des prénoms d'emprunt. En outre, ils ont été informés de la destruction des données lorsque ce TB sera abouti.

## **5. Analyse des résultats**

### **5.1. Méthode d'analyse**

A la suite de la réalisation des entretiens et afin d'avoir une vision globale des réponses données par les usagers hors murs du CAAD, une retranscription a été opérée en deux temps. Elle a débuté par une écoute et une retranscription au « kilomètre » puis, le premier jet a subi un affinage afin de relever les propos directement en lien avec le guide d'entretien. Deux Flipcharts ont été mis sur pied. Ils ont permis de visualiser directement les propos de tous les interrogés sur une

seule page. A chaque hypothèse correspond une page de Flipchart. Ensuite, des recherches théoriques ont été effectuées afin de les mettre en lien avec les propos des usagers. Quelques déclarations d'usagers ont été fidèlement retranscrites pour illustrer l'analyse. Enfin, les propos similaires des interrogés ont été regroupés dans le but de mettre en lumière certaines tendances.

Au terme de l'analyse, une synthèse des résultats sera proposée, permettant ainsi de procéder à la vérification des hypothèses et de répondre à la question de recherche.

Afin de respecter l'anonymat des bénéficiaires, chacun s'est attribué un nom d'emprunt, patronyme sous lequel ils figureront tout au long de ce travail.

## **5.2. Analyse hypothèse 1 : Mesures civiles et/ou pénales et perception de l'intégration sociale**

### **5.2.1. Mesures civiles et/ou pénales**

Sur les six personnes interrogées, cinq bénéficient d'une mesure de curatelle oscillant entre une curatelle de représentation/gestion et une curatelle de portée générale. Aucune d'entre elles n'est sous le coup d'un PAFA (placement à des fins d'assistance).

Quatre résidents interrogés sont sous placement pénal article 59.2 CPS. Un d'entre eux bénéficie d'un allègement étant donné qu'une libération conditionnelle lui a été octroyée assortie d'un délai d'épreuve et de règles de conduite. Sanctionné notamment pour des délits contre la loi fédérale sur les stupéfiants (LStup), le cinquième a écopé d'un article 60 CPS. Le sixième quant à lui est en placement volontaire dans l'institution.

A la question de savoir ce qui les avait amenés au CAAD, leurs réponses sont diverses et variées. Deux ne souhaitent pas s'exprimer à ce sujet, un dit n'avoir commis aucun délit, un déclare qu'il est placé suite à des violences conjugales et le dernier mentionne des consommations de toxiques. A l'exception de Grégoire, placement volontaire, tous sont arrivés au CAAD par décision de justice. Néanmoins, ils restent très flous sur la raison de leur placement ainsi que sur la procédure administrative ou judiciaire qui les y a conduits. Les cinq résidents sous placements pénaux ont été l'objet d'une expertise psychiatrique, laquelle n'est jamais mise en lien avec le processus de placement pénal. Toutefois, ils relèvent que cet examen a permis de diagnostiquer une pathologie précise, d'y adapter une médication et un suivi thérapeutique ainsi qu'une prise en charge biopsychosociale.

Grégoire, est soumis à l'autorité de l'institution et aux conditions de son règlement pour ses élargissements de cadre. Quant aux cinq autres, tous condamnés valaisans, dépendent de l'OSAMA. C'est donc cette autorité qui décide de toutes leurs phases d'allègements.

Grégoire a bénéficié rapidement d'ouvertures assorties de conditions telles que notamment l'abstinence, qu'il n'a pas toujours respectée. Il a donc été recadré au sein de l'institution et actuellement tout se passe bien, il profite pleinement des allègements.

A l'exception de Pierre, les autres usagers ont obtenu des ouvertures assez rapidement après leur arrivée. Celles-ci sont associées à des conditions strictes de la part de l'autorité et sont en lien direct avec leurs problématiques. Pierre n'acceptant pas sa situation de manière générale (vie communautaire, fragilités personnelles) il a tout d'abord fallu créer un lien de confiance avec les professionnels du CAAD, mettre sur pied les suivis pour qu'il puisse finalement sortir de l'établissement.

Durant les sorties (congés) tous les usagers interrogés fréquentent leur famille voire l'environnement qui gravite autour d'elle. Ces heures de loisir leur permettent de retisser un lien qui avait existé et qui a été rompu pour différentes raisons. Seul Grégoire a repris contact avec deux amis d'enfance. Voici ce qu'il confiait :

*« Le fait d'avoir des phases d'allègement de la part du CAAD, j'ai repris contact avec certains amis et d'autres je les ai laissés tomber. J'ai pu recréer un lien avec mes anciens amis d'enfance. »*

Après avoir abordé la question de la typologie du placement et des allègements, l'analyse se poursuit par la mise en lumière de la part des résidents de leur pathologie, des limitations qu'elle induit ainsi que du traitement auquel elle contraint.

### 5.2.2. Santé mentale

Toutes les personnes interviewées ont énoncé un diagnostic très précis sur la fragilité psychique à laquelle elles sont confrontées au quotidien. En termes différents, elles ont énuméré leurs symptômes qui se rejoignent en ces mots : peur de la foule ; incapacité à s'y mêler ; perception des gens en termes de préjugés, moqueries, propos dans leur dos ; stress généralisé surtout en cas d'imprévu dans un programme défini d'avance ; anxiété ; nervosité ; boule au ventre. Ces maux sont ainsi illustrés par Michel :

*« Chambouler mon emploi du temps, je suis pas à l'aise ou les surprises je n'aime pas du tout ».*

Les difficultés exprimées représentent un obstacle dans leur quotidien par exemple pour prendre les transports publics, participer à un événement collectif, faire les courses. Nolan précise :

*« Pour moi, c'était inconcevable de se mêler à une foule de gens ».*

Quant à Grégoire, il déclarait :

*« Je n'ose pas draguer les filles car si je leur dis que je suis schizophrène elles vont partir c'est ça le problème ».*

A l'exception de Pierre, tous les résidents reçoivent un traitement médical composé prioritairement de neuroleptiques. S'ajoute à cela pour l'un d'entre eux un traitement de substitution aux drogues. En sus, sont prescrits des médicaments pour des problématiques somatiques comme le diabète, les problèmes gastriques, etc.

Dans la palette des soins s'adjoint un suivi thérapeutique avec une psychologue référente ainsi qu'un psychiatre au sein du CAAD. Ces derniers agencent une consultation une fois par mois avec le psychiatre et deux fois par mois avec la psychologue référente. Durant ces entretiens le psychiatre ou la psychologue reçoit soit le bénéficiaire seul soit entouré du référent éducatif ainsi qu'un membre de la direction et des soins. Il est à relever la nécessité de la complémentarité entre la médication et le suivi thérapeutique comme nous l'image si bien Nolan :

*« C'est un équilibre nécessaire entre le travail thérapeutique et médicamenteux. Dans les maladies psychiatriques, tu peux pas avoir de résultat sans adéquation entre traitement médicamenteux et suivi psychiatrique ».*

Cinq bénéficiaires déclarent mieux se porter depuis l'introduction du traitement médical et thérapeutique. Ces suivis leur ont permis de :

- mettre des mots sur des maux,
- comprendre les raisons de leurs consommations ou de leurs passages à l'acte,
- retrouver leurs facultés,
- pouvoir s'ouvrir à autrui,
- s'intégrer dans la communauté du CAAD (professionnels et usagers),
- prendre confiance en eux et dans les autres,
- évoluer dans le cheminement intrainstitutionnel,
- retrouver une stabilité psychique.

Grégoire, a cessé durant son parcours d'être médiqué. Durant cette période, il nous informe avoir décompensé. Actuellement, à nouveau sous traitement, il dit aller bien mieux. Pierre bénéficie uniquement d'un suivi thérapeutique sans médication. Il dit se sentir :

*« Epuisé psychologiquement, sous pression car le thérapeute creuse beaucoup avec moi lors des entretiens ».*

Majoritairement, les usagers interrogés reçoivent un traitement médical et thérapeutique desquels ils en retirent des bienfaits.

Après avoir parcouru leurs réponses sur la raison de leur placement au CAAD et la qualification de leur pathologie nous pouvons aborder la question de la perception de l'intégration auprès de ces bénéficiaires.

### 5.2.3. Intégration

Sous le chapitre mesures civiles et/ou pénales (2.5) les bénéficiaires ont évoqué l'importance des proches comme personnes ressources. Pour tous, la définition de l'intégration représente le lien avec la société, la famille, le travail, la vie amoureuse et les amitiés. Quatre usagers mentionnent que le travail est un facteur d'intégration car il permet d'adhérer à une équipe, de développer des liens sociaux voire amicaux ainsi que d'être valorisé et perçu différemment qu'une personne bénéficiant d'une mesure AI. L'activité contribue également à constituer des repères, un cadre, une hygiène de vie et procure un certain hédonisme. Sam résume l'intégration ainsi :

*« Aller vers les autres, se mêler aux autres et bien s'entendre avec les autres ».*

Une personne relève que le sport est un facteur d'intégration car par ce biais elle peut effectuer des rencontres. Une autre, déclare importante la bonne entente qu'elle peut développer avec les autres résidents ce qui lui permet de gagner en confiance et d'être acceptée tel qu'elle est. Deux hommes nous indiquent également qu'être intégré c'est vivre sans consommations de toxiques.

Trois individus se sentent intégrés à la faveur des interactions qu'ils ont dans leur famille, dans la société grâce à la fréquentation des lieux publics où ils ont développé des contacts avec des serveurs, des vendeurs, des postiers, des kiosquiers, des sportifs et des collègues de travail. Quant aux trois autres, ils ne se sentent pas intégrés dans la société mais se sont dans un premier temps réintégrés dans leur famille et espèrent dans un futur quitter la structure et développer d'autres liens dans la collectivité.

Tous désireraient découvrir dans le futur un emploi pour être intégrés dans la société, gagner de l'argent, se détacher du CAAD et répondre à un besoin de réalisation de soi. Une seule personne souhaiterait travailler à mi-temps afin de disposer de temps libre pour se ressourcer et maintenir une stabilité.

Durant leur temps libre, chacun d'entre eux apprécie profiter de la sérénité de son appartement, lieu privé et privilégié où personne ne peut entrer sans son aval. Ils se distraient par le biais de la télévision et de l'ordinateur et deux pratiquent des activités sportives.

Si les résidents souhaitent quitter leur appartement pour entretenir des liens sociaux ou autres durant plus d'une heure et hors de leur commune de résidence, trois doivent solliciter la direction du CAAD et trois doivent solliciter l'OSAMA par le biais de demandes écrites et motivées. Ces dernières doivent être effectuées dix jours à l'avance. De ce fait, aucune improvisation ou spontanéité dans l'exercice des relations avec le monde extérieur ne peut être envisagée.

Les six personnes interviewées mentionnent toutes la famille comme ressource essentielle. En effet, cette dernière a toujours été présente à leurs côtés et les a

toujours accompagnés dans leur parcours jalonné de difficultés et de fragilités. Les propos de Michel illustrent ce chemin de vie complexe :

*« Mon papa c'est lui qui m'a amené à Malévoz dans des situations...je ne sais pas comment il a encaissé tout ça, il m'a vu dans des états pas possibles ».*

Pour quatre d'entre elles, l'accès aux personnes ressources n'est pas limité contrairement à deux d'entre elles qui doivent recevoir l'autorisation de l'Autorité. Dans ces cas, l'accord final afin d'entretenir des contacts sociaux appartient à l'Autorité qui exerce ainsi un contrôle social en lien notamment avec des facteurs de récidive (évalués par l'OSAMA) et sa conformité aux normes sociétales. L'utilisateur doit respecter les conditions de sorties imposées.

Disposer d'un appartement protégé est un facteur d'autonomie pour tous. Les six relèvent la liberté dont ils disposent, le choix des repas qu'ils cuisinent, l'espace privé qu'ils ont à disposition, la responsabilité de l'entretien de leur appartement et la nécessité de gérer les courses et le stock de nourriture, de s'adonner à leur passe-temps, TV, ordinateur à leur guise. Ils nous le précisent d'ailleurs de cette manière :

*« Je me sens libre, je fais comme je veux [...] c'est ma bulle de bien-être [...] personne peut entrer si tu décides de pas ouvrir la porte... tu as le choix. Au foyer, tous les éducateurs pouvaient entrer dans ma chambre sans que j'aie le choix ».*

L'appartement protégé représente donc la possibilité d'exercer des interactions au sein de la société et aussi de s'en retirer lorsque l'envie ou le besoin s'en fait sentir.

Trois interrogés mentionnent entretenir des liens avec leurs voisins, voisines ainsi qu'avec les gérants de commerces et les clients de lieux publics. Quant aux trois autres, ils adressent simplement un « bonjour » à leurs semblables sans désirer approfondir leurs contacts.

Pour chacun d'entre eux, vivre en appartement est un signe d'autonomie mais pas forcément un facteur d'intégration. Le lieu de vie signifie vivre parmi les autres et non pas avec les autres comme nous le dit Sam :

*« On est mélangé à la population on n'est pas dans une institution. On se sent plus intégré que si on était dans un bâtiment dévolu au CAAD ».*

Quant à Sophian, il complète cet avis :

*« Pour moi, c'est plutôt vivre au sein de la société d'être intégré mais pas forcément avoir des contacts avec les gens ».*

Pour cinq candidats, le placement au CAAD leur a permis une intégration progressive. Ils précisent avoir réappris à vivre parmi leurs semblables, à comprendre leurs fragilités, à bénéficier de traitements adéquats, à viser l'abstinence et à retisser des liens avec leurs proches. Pour Sophian, le placement

au CAAD l'a privé de ses amis proches. Il déclare donc que cette entrée en institution ne l'a pas aidé dans son intégration.

Les entretiens menés mettent en lumière que les mesures civiles et/ou pénales à elles seules n'influencent pas la perception du processus d'intégration sociale. L'expertise psychiatrique dont chacun a été l'objet n'est pas perçue comme faisant partie intégrante de la décision de placement par l'Autorité mais comme outil ayant conduit au diagnostic précis de la pathologie dont ils souffrent. L'évaluation individuelle des professionnels du CAAD permet d'établir des propositions sur les ouvertures de cadre assorties de conditions, qui de manière générale sont entérinées par l'Autorité.

Ainsi que cité précédemment, l'expertise a permis de donner des réponses aux usagers quant à leurs fragilités et la nécessité d'un traitement. Cet avis médical relève les défenses mises en place que les bénéficiaires énoncent en termes de symptômes : peur de la foule, incapacité à s'y mêler, perception des gens en termes de préjugés, moqueries, propos dans leur dos, stress, anxiété, nervosité et boule au ventre.

*« La différenciation s'opère donc au niveau du degré des troubles, de l'incapacité de la personne à les gérer, les maîtriser, les réguler, et de la conséquence malheureuse et destructrice de ces désordres (psychiques ou physiques) au niveau de l'existence même de la personne notamment ses relations avec l'environnement. Dès lors que la socialisation est menacée, rendue difficile ou impossible, c'est la preuve que les troubles intérieurs débordent le sujet. On parle, dans ce cas, de maladies mentales » (Morel C, 1995, p.189-190).*

La concomitance entre traitement médicamenteux, thérapeutique et suivi biopsychosocial leur a permis de comprendre leur pathologie et leurs symptômes ainsi que d'identifier et disposer d'outils pour y remédier et graduellement se reconstruire. Il se trouve que ce processus n'est pas aisé comme l'illustrent les propos de Boris Cyrulnik se référant à la résilience : *« Comment reprendre un développement après une agonie psychique »* (Cyrulnik B, 2015, conférence sur la résilience diffusée à l'Université de Nantes).

Quant à la thématique de l'intégration, les personnes interrogées relèvent les interactions entretenues au sein de leur famille, à la pratique du sport et aux contacts développées avec d'autres résidents ainsi qu'avec le personnel œuvrant dans des lieux publics. Tous apprécient le retrait possible dans leurs appartements, liberté qu'ils désignent comme un signe d'autonomie mais nullement en facteur d'intégration.

*« La chambre, enfin, isole l'individu...Mais la conscience du corps, le besoin d'hygiène, le désir d'intimité physique et sexuelle, de repos silencieux, comme l'envie de lire et d'écrire sans témoin (journaux intimes, de voyage, correspondance amoureuse supposent la solitude),*

*etc., toutes ces formes de notre individualisation poussent vers la séparation camérale. La chambre est le moyen et l'expression spatiale de l'individualité » (Barnier C ; Grais D, 2011, p. 166).*

Pour la plupart des interrogés, le CAAD leur a permis l'accès aux soins et la reprise ou le maintien de contacts avec leurs proches ; soit une intégration progressive.

Pour conclure : « *le travail de guérison n'est pas le retour à un état antérieur, mais la création d'un état qui n'avait pas existé auparavant* » (Lalivé d'Epinaï M, 2003, p.30). Cette citation relève l'importance de l'évolution de l'individu tendant à accéder à un nouveau mode de vie notamment grâce à une prise en charge adaptée.

### **5.3. Analyse hypothèse 2 : Accompagnement proposé et intégration sociale**

Afin de procéder aux interviews, trois thèmes centraux avaient été mis en lumière dans le guide d'entretien. Il s'agit de l'accompagnement, de la stabilité psychique et des bénéfices et freins perçus dans l'accompagnement. L'analyse des réponses des usagers a été faite en fonction de ces trois catégories.

#### **5.3.1. Accompagnement**

Les six personnes interrogées fréquentent toutes le secteur occupationnel, éducatif, thérapeutique ainsi que le sport. Toutes se rendent à raison de deux fois par mois dans le secteur thérapeutique, sauf les rendez-vous avec le psychiatre qui sont organisés une fois par mois. Elles se rendent quotidiennement dans le secteur soins somatiques. Quant à leur venue aux ateliers, elle se fait également chaque jour sauf lorsqu'ils participent au sport une après-midi par semaine de manière obligatoire et une deuxième fois par semaine de manière facultative. Toutes ces prises en charge sont aménagées par des professionnels du CAAD et se déroulent au sein même de l'institution.

Quatre résidents pensent ne pas avoir besoin du soutien des professionnels. Néanmoins, un fait appel à eux dans le cadre du suivi de son AFP en cuisine et le dernier dans la mise en place de projets en atelier.

En réponse à la question de la relation qu'ils entretiennent avec les professionnels voire leur référent éducatif, quatre déclarent que le temps et la prise en charge a permis une évolution dans ce contact ainsi que développer un lien de confiance. Ils expliquent également que la proximité avec les professionnels les a rapprochés d'eux et l'attachement leur a permis de faire confiance, de s'ouvrir et de reconnaître les bienfaits d'un accompagnement professionnel et éthique. Comme le relève Pierre :

*« Je vois mon référent une fois par semaine, j'ai un suivi régulier et s'il est en vacances pendant deux semaines ben je vais pas forcément voir les autres éducateurs pour dire que ça va pas ».*

Quant aux deux autres, ils signalent avoir dès le début de leur placement entretenu un bon lien avec le personnel. Le processus que nous confient les résidents démontre que déployer des relations individuelles permet de construire le lien social comme outil de la cohésion sociale comme l'illustre la référence ci-après :

*« Dans ce qui suit, nous soulignerons leurs divergences d'acception, en identifiant les situations où existe du lien social sans que l'on puisse parler toutefois de cohésion sociale. Celle-ci désigne un niveau d'intégration supérieur de la société sans qu'à travers ce terme il soit nécessairement fait référence à l'intégration des minorités, alors que la référence au lien social tend à être plutôt mobilisée dans l'analyse de situations individuelles, pour caractériser la manière dont l'individu est relié à autrui et à la société globale. Lorsque l'on évoque le « lien social » au singulier, son acception tend à recouvrir celle de cohésion sociale » (Guibet-Lafaye C, 2012, p.13).*

Sur l'échelle de 0 à 5 (0 étant pas du tout aidant et 5 très aidant), qui leur a été proposée, les six auditionnés ont qualifié la valeur de l'accompagnement entre 4 et 5. Il ressort de ce classement la qualité du lien professionnel développé entre les résidents et les employés de tous secteurs confondus, les réponses apportées à leurs questionnements ainsi que la présence éducative quotidienne. Ainsi le cite Michel :

*« Chaque question trouve une réponse qu'elle soit négative ou positive ».*

Outre les propos de Michel, le fait que chacun des interrogés évalue l'accompagnement entre quatre et cinq signifie bien le professionnalisme des intervenants. Comme le relève Paul M (2012/13) :

*« ...Accompagner c'est « être avec » et « aller vers » et des principes au nombre de trois[...] le troisième est que l'action (la marche, le pas, le cheminement) se règle sur autrui soit aller où « il » va et « en même temps » que lui ce qui suppose de s'accorder à celui que l'on accompagne » (Paul M, 2012/13, p.13).*

Pour ce qui est des améliorations qui pourraient être apportées quatre résidents n'en relèvent aucune quant à deux, ils souhaiteraient bénéficier d'heures supplémentaires à l'extérieur de l'institution pour pratiquer du sport ou effectuer des travaux d'entretien d'espaces verts et de déménagements, etc. Comme le relève Pierre :

*« Je voudrais avoir plus d'entretiens avec mon référent à l'extérieur du CAAD, moins d'ateliers et plus de sport ».*

Après avoir traité l'item de l'accompagnement, l'analyse se poursuivra avec la notion de stabilité psychique.

### 5.3.2. Stabilité psychique

Les six usagers questionnés ont tous reconnu que l'accompagnement dont ils bénéficient leur a permis d'identifier leurs fragilités, la raison de leurs consommations et prendre connaissance de la maladie psychique dont ils souffrent. Ce soutien les a aidés à identifier leurs besoins et leurs ressources comme l'explique Nolan :

*« Grâce à tes acquis tu vas pouvoir pallier aux faiblesses. On te valorise dans tes compétences tout en te disant que tu as des fragilités. Du coup, aujourd'hui je me sens mieux. Regarde à mon âge pour mes 44 ans je crois que je me porte bien ».*

Unanimement, les usagers se sentent mieux suite au placement au CAAD car ils ont pu bénéficier d'un traitement, d'un suivi biopsychosocial qui ont induit une ouverture à autrui, une prise de confiance en soi et envers les autres ainsi qu'une modification de leur morphologie. Pierre s'exprime en ces mots :

*« Le placement au CAAD m'a permis de m'accepter moi-même, apprendre à connaître les gens et à leur faire confiance ».*

Quant à Sam, il le dit ainsi :

*« En groupe, tu es plus fort que quand t'es seul. Le placement au CAAD, c'est s'intégrer, réapprendre à se mélanger à du monde, à la population. Petit à petit ça m'a permis de me réintégrer dans la vie communautaire ».*

Sophian mentionne de plus que l'attribution d'un logement indépendant lui a permis une certaine autonomie. Accompagner de manière pluridisciplinaire les usagers permet l'évitement d'une cristallisation des compétences voire de la maladie psychique et une mise en lumière de leurs aptitudes personnelles sans les stigmatiser au travers de leurs fragilités.

*« Le sujet malade n'est pas soumis au pouvoir de la maladie entendue comme une activité autonome, il est aussi celui qui la combat. Pour ce faire, il exerce ses capacités à mettre une ressource au service d'une autre : par exemple utiliser ses émotions au service de sa pensée, voire transposer des fonctions mobilisées par la conduite de ses activités au service de la conduite d'activités humaines externes à la maladie. Ce sont ces transpositions constantes qui nous ont permis de parler de la maladie comme « l'occasion de construction et de déploiement d'un ensemble d'activités » (Tourette-Turgis & Levenaz, 2012, p.142).*

Comme vu précédemment, le soutien dispensé aux usagers du CAAD paraît important aux yeux résidents. Dans le chapitre suivant seront analysés les bénéfices et freins liés à cet accompagnement, du point de vue des usagers.

### 5.3.3. Bénéfices et freins de l'accompagnement

Les six résidents ayant participé à ce travail relèvent positivement le suivi médical et thérapeutique en lien avec leur pathologie psychique. Pour ce qui est des loisirs, quatre sont enchantés de la prise en charge car elle leur permet de développer du plaisir au travers d'une activité sportive. Il en va de même pour les deux autres qui relèvent la pratique de hobbies artistiques ou informatiques. Les six indiquent qu'ils ont découvert ou redécouvert l'activité sportive ou la pratique d'un hobby au début de leur placement au CAAD. Leur intérêt n'a fait que croître tout au long de leur séjour.

Les six interrogés ont exprimé l'entretien de relations avec leurs familles ou leurs proches. Quant à leurs relations sociales, elles ont fait peau neuve sauf pour Grégoire et Michel qui ont maintenu un cercle restreint d'amis proches. Il faut savoir que pour la majeure partie d'entre eux leur réseau social était composé de consommateurs, de mauvaises fréquentations, de profiteurs et de délateurs (CF entretiens). Ces derniers ne représentent pas des personnes ressources. Dès son arrivée au CAAD, les liens qu'un résident entretient dans la société sont passés sous la loupe afin d'évaluer leur intérêt. La prise en charge se veut confrontante et constructive pour le bien-être du résident. Ce dernier voit ses relations examinées par les professionnels du CAAD en termes de personnes ressources ou de personnes nocives à son évolution. Pierre décrit ainsi son ancien milieu amical :

*« Mes amis c'était, excuse-moi du terme, des bouffons qui me faisaient fumer de la beuh et qui profitaient de moi parce que j'étais naïf ».*

Pour deux résidents interrogés, le placement au CAAD est un obstacle à leur intégration sociale. En effet, ils se sentent constamment observés et contrôlés dans leur vie quotidienne ainsi que dans l'exercice de leurs relations sociales. Pour les quatre autres, l'institution représente une aide. Cette dernière a contribué à « faire le ménage » dans leurs anciens contacts et à se reconstruire, comme nous l'explique Sam :

*« C'est une aide parce que j'ai pu me reconstruire au travers du CAAD. Je le vis toujours comme bienveillant ce placement ».*

Pour ce qui est des freins à l'accompagnement, deux interrogés n'en ont relevé aucun. Pour les quatre autres, voici les thèmes exprimés :

- lenteur des ouvertures de cadre,
- mélange d'une population ayant différentes problématiques,
- trop de flicage,
- perte de la notion de réalité car ils sont dans la « bulle » du CAAD.

Comme nous le dit Grégoire :

*« Ce qui m'énerve c'est que vous êtes trop curieux, on est obligé de faire des projets de sortie, on a pas accès au colloque et on sait pas ce que vous dites derrière notre dos ».*

L'équilibre d'une prise en charge institutionnelle est lié à l'alternance et à la souplesse du cadre normatif et affectif.

*« Ce n'est pas parce que l'accompagnement est « prescrit », avec une attente de résultat en terme économique, que les professionnels doivent en rester là. Il leur appartient de le « recevoir » comme commande et de le « retourner » comme ressource. [...] C'est ainsi que les institutions, par exemple dans le domaine de la santé, déploient des stratégies pour que le malade dépende moins des structures hospitalières, qu'il soit en mesure de gérer sa maladie et, si possible, de vivre une vie ordinaire hors des murs » (Paul M, 2012, p.17).*

Après avoir énoncé les bénéfices et freins de l'accompagnement dispensé au CAAD tous les usagers interrogés indiquent que l'accompagnement est une aide à leur intégration sociale. Un suivi pluridisciplinaire propose les outils nécessaires pour mieux s'intégrer dans la société comme l'illustre Pierre :

*« En fait, c'est le parcours au CAAD qui te donne des outils pour mieux t'intégrer par la suite ».*

A la question de leurs projets d'avenir, trois interrogés désireraient vivre de manière autonome en appartement ; cinq découvrir un emploi ; un vivre en couple et un fonder une famille. Un seul de ces résidents souhaiterait la disparition de ses troubles psychiques.

Unanimement, les résidents interrogés développent des interactions avec les secteurs occupationnel, éducatif, thérapeutique et sportif. Toutes ces prises en charge sont organisées par des professionnels du CAAD et ont pour but de leur permettre des essais microsociaux d'intégration afin de se réhabiliter dans la collectivité. Progressivement, grâce au processus d'accompagnement mis en place, le bénéficiaire gagne l'institution, s'insère dans les secteurs d'activités divers, déménage en appartement et prend part selon ses possibilités au dispositif social. Les professionnels du CAAD accompagnent l'utilisateur tout au long de son parcours institutionnel, travaillant avec lui sur ses ressources et ses fragilités dans le but qu'il maximise son autonomie. Par ailleurs, les interviewés assimilent le CAAD à une « bulle », sorte de sas entre le monde intérieur et extérieur.

### 5.4. Synthèse des résultats

Rappel de l'hypothèse 1 :

**« Les mesures civiles et/ou pénales dont font l'objet les résidents du CAAD influencent leur perception de l'intégration sociale. »**

Figure 3 Résultats Hypothèse 1

Résultats confirmants	Résultats infirmants
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Absence de lien entre le placement (mesures) au CAAD et l'intégration sociale</li> <li>• Qualité de leur santé mentale et physique comme facteur prédominant influençant leurs relations sociales</li> <li>• Développement de contacts avec les professionnels du CAAD</li> <li>• Prise en charge adéquate bien que contrainte</li> <li>• Prise de conscience de leurs ressources et fragilités</li> <li>• Prise de médication nécessaire ainsi qu'un suivi pluridisciplinaire</li> <li>• Autonomie adaptée en fonction de leurs habiletés et leurs compétences</li> <li>• Indépendance que procure le logement protégé (cocon de bien-être)</li> </ul>

Au final, il apparaît clairement que les éléments susmentionnés n'ont pas de lien avec les mesures civiles et/ou pénales dont font l'objet les résidents du CAAD. Il y a donc lieu d'infirmar la première hypothèse. Il est à relever l'importance de la santé mentale et physique comme facteur prioritaire.

Rappel de l'hypothèse 2 :

**« L'accompagnement proposé par les professionnels du CAAD influence la perception qu'ont les résidents de leur intégration sociale. »**

Figure 4 Résultats Hypothèse 2

Résultats confirmants	Résultats infirmants
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bénéfices d'une prise en charge biopsychosociale</li> <li>• Prise de confiance en soi et envers les autres</li> <li>• Tri dans les relations sociales des usagers de la part du CAAD</li> <li>• Développement de hobbies surtout sport</li> <li>• Prise de connaissance de ses compétences et fragilités</li> <li>• Développement d'une relation de confiance avec les professionnels du CAAD</li> <li>• Attachement aux professionnels du CAAD</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Difficultés liées à la perception de l'intégration des usagers du CAAD</li> <li>• Limitations d'intégration provoquées par la pathologie psychique (symptômes de la maladie)</li> <li>• Trop de flicage</li> <li>• Perte de la notion de la réalité en étant dans la « bulle » du CAAD</li> <li>• Contrôle des relations sociales</li> <li>• Absence des résidents lors des colloques éducatifs</li> </ul>

Au final, il apparaît que l'accompagnement proposé influence la perception de l'intégration sociale des résidents. Les éléments susmentionnés, confirmant l'hypothèse, ont un impact positif sur l'intégration effective et adaptée des usagers hors murs. Bien sûr, de nouvelles pistes éducatives sont proposées dans ce travail de Bachelor pour, entre autres, éviter le détachement à la réalité comme relevé par certains usagers.

De plus, l'accompagnement professionnel est une démarche essentielle, comme le cite Paul M (2012) : « *l'accompagnement introduit une dimension existentielle à l'écoute du patient, de la reconnaissance de ses besoins et de ses ressources mais aussi de ses difficultés pour accepter sa condition* » (Paul M, 2012, p. 20).

Ainsi, les résultats des deux hypothèses permettent de répondre à la question de recherche qui est pour rappel : « **la perception de la notion d'intégration sociale par les résidents du CAAD séjournant en appartement : est-elle facilitatrice ou freine-t-elle leur intégration sociale ?** ».

Il apparaît que la perception de leur propre intégration induite principalement par leurs fragilités psychiques freine l'intégration sociale des résidents interrogés. L'accompagnement pluridisciplinaire leur est donc utile pour leur permettre une intégration adaptée, progressive et qualitative. Cet accompagnement permet de : développer un réseau de connaissances « ressource » et « sain », redécouvrir la notion de plaisir au travers d'activités telles que le sport ou d'occupations artistiques ainsi que de pouvoir s'appuyer sur des professionnels présents en journée et en soirée au besoin. Cependant, cette prise en charge induit des freins tels que l'obligation de connaître le projet de sortie des usagers, leurs occupations pendant le week-end et les jours de congé ce qui apparaît comme intrusif. De plus, les professionnels doivent gérer les frustrations découlant de la lenteur des ouvertures de cadre octroyées par l'Autorité.

## 6. Conclusions

### 6.1. Bilan personnel

Grâce à ce travail de recherche, spécifiquement aux entretiens menés, j'ai été sensibilisé au faible réseau externe présent auprès des bénéficiaires interrogés. Pour chacun d'eux, la famille demeure présente à leurs côtés malgré leur parcours parfois chaotique. Tout au long de cette recherche, j'ai pris conscience du rôle essentiel que jouent les fragilités psychiques dans les comportements, les attitudes et les aptitudes des usagers du CAAD dans le but d'intégrer leur place dans la collectivité. Les troubles ou maladies psychiques ont un impact considérable sur la perception que chacun d'eux peut avoir de lui-même. J'ai eu l'opportunité de réaliser ce travail au sein du CAAD, je tiens d'ailleurs à remercier les usagers et la direction de me l'avoir autorisé. La relation établie avec les bénéficiaires m'a permis de développer ces entretiens dans un climat de confiance, de détente et de bienveillance. Les résidents intéressés par la thématique abordée m'ont toujours bien accueilli dans leur appartement, se sont montrés ouverts et spontanés à répondre à l'occasion de nos entretiens. Grâce à mon emploi d'éducateur en formation et au TB, j'ai pu apprendre à mieux connaître certains usagers qui m'ont confié nombre d'aspects sur leur vie personnelle, leurs relations, leur santé, leur traitement et les interactions entretenues dans le contexte institutionnel.

La réalisation de ce TB m'a initié à une posture de recherche. J'ai pris en compte les exigences fixées ainsi que les remarques qui m'ont été formulées. A ce stade, je constate que j'ai respecté la marche à suivre, œuvré en collaboration avec mon directeur de TB, la direction du CAAD, mes collègues de travail et les usagers

interviewés. Sans a priori, ni préjugés j'ai construit les outils et développé l'analyse résultant de la réalité de l'échantillon. Je me suis familiarisé avec une recherche sur le terrain et l'écriture scientifique.

Je me suis toujours soucieux du respect de la démarche scientifique afin de déposer un travail correspondant aux critères exigés dans le temps qui m'est imparti. Durant ce travail de longue haleine, j'ai eu la chance de bénéficier du soutien de mon directeur de TB M. Pinho avec qui la structure, le fond et la forme étaient toujours clairement énoncés. Ainsi ce cadre rassurant m'a permis d'avancer avec un rythme de croisière constant. J'ai pu compter également sur le soutien de ma famille et de mes collègues de travail qui m'ont encouragé pour persévérer et aboutir au présent document.

D'un point de vue professionnel, je me rends compte que ce TB aura fréquemment une incidence sur ma pratique quotidienne et ma sensibilité face aux situations des usagers et leur compréhension liées à la thématique de l'intégration sociale.

En conclusion, je suis fier d'avoir réussi à mener cette recherche en parallèle de mon activité professionnelle et de mes études. Elle m'a apporté un enrichissement personnel et professionnel.

## **6.2. Limites de la recherche**

Dans ce paragraphe de mon travail, je souhaite mettre en évidence les limites de la recherche. Malgré ma sollicitation et l'explication de la démarche scientifique, aucune femme n'a désiré participer aux entretiens. Les six hommes ayant participé de manière volontaire à l'enquête ont répondu clairement et spontanément aux entretiens. Toutefois, leurs réponses doivent être interprétées prudemment car elles ne sont pas le reflet de la totalité de la population du CAAD. Les interviews ont duré environ de une heure à deux heures trente. Ils ont nécessité de la part de l'échantillon concentration, compréhension et implication. Tenant compte de leur fragilité psychique, il s'avère que cet exercice a été rude et fatigant. J'émet l'hypothèse que la pathologie, la fatigue ainsi que les traitements ont pu influencer la concentration de l'échantillon durant l'échange. Cependant, aucun d'entre eux n'a émis le désir de faire une pause ou de stopper l'entretien. Ces mêmes facteurs auraient pu également influencer la compréhension des questions posées de la part du public. Nonobstant les aspects précités, mon rôle d'éducateur en formation a pu orienter les échanges. En effet, certaines thématiques auraient pu être consciemment omises par le public car d'autres enjeux entrent en ligne de compte en lien avec ce rôle. Entre autres, les questions concernant les raisons pour lesquelles ils sont arrivés au CAAD, la relation avec mes collègues et leur point de vue sur l'accompagnement de par une hypothétique crainte d'un retour de ma part à la direction et à mes collègues, etc. Durant ce TB, spécifiquement les entretiens, j'ai dû constamment veiller à distinguer mon rôle d'éducateur en formation au CAAD et celui de chercheur. Ainsi, j'ai effectué

tous les entretiens pendant mon temps libre en sus de mes heures de travail pour ne pas entraver l'organisation journalière, information que j'ai toujours répétée aux usagers au début de chaque entrevue. A l'occasion des entretiens, j'ai veillé à ne pas influencer les réponses des usagers. Il est vrai que travaillant quotidiennement au sein de l'institution, je connais les pratiques professionnelles et leurs limites c'est pourquoi j'ai accueilli les déclarations des bénéficiaires dans une attitude empathique, d'écoute, de non-jugement en ne suggérant pas de réponses.

### **6.3. Difficultés rencontrées**

Suite à la recherche sur le terrain, je peux relever les éléments suivants. Effectivement, il m'a été utile à chaque début d'entretien de clarifier le cadre de ma démarche c'est-à-dire que j'ai dû répéter à chaque usager que je ne venais pas les questionner dans le but de faire évoluer le secteur hors mur du CAAD mais pour analyser leurs réponses en lien avec les hypothèses et la question de recherche mon travail de Bachelor. J'ai aussi à plusieurs reprises rassuré les bénéficiaires sur le fait que les enregistrements audio ne seraient pas écoutés par les professionnels du CAAD mais uniquement au besoin par les experts présents lors de la défense de mon TB. De plus, je leur ai confirmé que ces pièces seraient détruites au terme du processus.

La pathologie psychique a quant à elle limité la capacité de concentration et de compréhension des interrogés. Quant à la compréhension, les questions de relance ont été une ressource utile pour reformuler certaines questions.

Pour ma part, j'ai trouvé l'exercice de l'entretien épuisant et complexe. Lors de mes deux premiers entretiens, j'avais des doutes sur le moment opportun pour recadrer les questions posées afin que nous ne débordions pas sur des sujets connexes. D'ailleurs, j'en veux pour exemple le premier entretien qui a duré deux heures et demi et dont certaines informations n'avaient aucun lien avec mon TB. Lors de l'écoute, je me suis rendu compte que l'interrogé avait certaines doléances envers le secteur hors murs et ne répondait pas totalement à ma question. Cette première entrevue m'a servi d'outil de recadrage pour les suivants. Néanmoins à l'occasion de ces rencontres, j'ai pu connaître les points de vue de certains usagers concernant la prise en charge prodiguée. Ces derniers ont exprimé dans le cadre de ce TB des points de discorde mais qui n'ont jamais été évoqués au sein de l'équipe éducative hors murs lors de colloque ou de discussions directes avec les usagers pendant des groupes de parole.

### **6.4. Bilan méthodologique**

Un TB est un travail de longue haleine qui demande motivation, compréhension, implication et persévérance. J'ai appris à conceptualiser un guide d'entretien comportant des items formulés de manière simple qui précisaient les chapitres à

aborder dans la conversation, à cadrer les échanges pour que les interrogés comprennent les questions posées et que je saisisse le contenu de leurs réponses. J'ai entraîné également la reformulation pour m'assurer de la compréhension de leurs propos. La préparation du guide d'entretien était importante car elle m'a permis de suivre la méthodologie et structurer le discours sur les thématiques abordées, sans me perdre. En effet, l'un des symptômes de la pathologie psychique est un esprit parfois confus avec des propos diffus qui peuvent passer du « coq à l'âne ».

Ainsi que le cite le site de l'INSERM : « *Il existe par ailleurs une désorganisation de la pensée, des paroles, des émotions et des comportements. Les patients évoquent des sentiments contradictoires dans une même discussion, tiennent des discours incohérents* ». (www.inserm.fr, consulté le 20.05.18).

Cet outil est donc indispensable à un tel travail afin d'ordonner les entretiens et leur contenu. La partie du travail consacrée aux entrevues afin de collecter les données, à leur retranscription « au kilomètre » et à leur synthétisation sur Flipcharts a été conséquente, intense et fastidieuse. Il s'agit là d'une activité de longue haleine exigeant passablement de concentration, d'assiduité et de tenacité. Ce labeur a été récompensé au fur et à mesure de l'évolution de l'analyse lorsque les résultats apparaissaient plus distinctement. Afin d'effectuer une première mise en situation réelle et dans le but de me familiariser avec mon guide d'entretien, j'ai effectué une interview test d'une heure environ. Sur cette base, j'ai pris des notes sur ma posture afin de l'ajuster durant les entretiens et travailler spécifiquement la reformulation.

### **6.5. Perspectives professionnelles**

Au travers de ma recherche, j'ai pris conscience de la difficulté des personnes interrogées à prendre une place dans la société au travers du processus d'intégration. Notamment, au travers de l'activité professionnelle et des relations inhérentes, d'activités sportives ou de loisirs, ainsi que la création d'un groupe d'amis « sains », etc. Leurs récits m'ont fait réfléchir au sujet des vecteurs d'intégration sociale et m'ont permis de formuler les pistes d'action professionnelles ci-après. A l'exception d'un placement volontaire, chaque résident interrogé fait l'objet d'une mesure qui peut être modifiée ou levée lorsque les facteurs ayant conduit à cette décision se sont modifiés. Ces derniers se situent notamment dans le domaine de la réinsertion tels que des ouvertures du cadre, des allègements et des essais de stage en dehors du CAAD. Afin de favoriser l'intégration des usagers du CAAD nous pourrions développer avec eux un lien avec les habitants des différents villages où ils résident au travers par exemple de la fête des voisins, fêtes de villages, fête de la fraise, fête de l'abricot, le marché de Noël etc. comme le relèvent Greacen et Jouet (2013) :

*« Le rétablissement n'est possible que dans un contexte où l'individu peut être acteur de sa propre vie, de ses soins et où il lui est possible de s'engager dans un travail ou des activités significatives dans la collectivité »* (Gracen T, Jouet E, 2013, p.360).

Par ce type de projets, nous renforcerions notre rôle d'éducateur avec des compétences en médiation sociale. D'autres projets comme de la sensibilisation à la maladie psychique pourraient être mis sur pied par le biais de prises de contacts et explications au voisinage lors de l'installation d'un résident. Une telle démarche pourrait atténuer la crainte de la société face à la pathologie psychique. Il serait envisageable avant l'installation du résident de lui donner la parole pour qu'il puisse s'exprimer sur les actions qu'il souhaite mener auprès de son entourage/voisinage comme d'inviter certains proches chez lui et s'il le souhaite nous l'accompagnerions dans cette démarche. Au niveau de notre pratique éducative, il pourrait être pensé à un modèle plus individualisé de l'accompagnement. Par exemple :

- Aller faire les courses seul avec son référent éducatif,
- Remettre l'argent à l'usager pour que lui-même puisse s'acquitter de sa boisson ou de l'activité, lors de sorties les weekends ou en soirée,
- Mettre en place des ateliers occupationnels dans les villages en accord avec les collectivités locales afin que l'usager ne doive pas se rendre jusqu'au CAAD pour travailler et puisse rentrer chez lui à midi,
- Mettre sur pied des jeux de rôles au sein du CAAD pour entraîner l'usager à s'exprimer sur sa situation face à des tiers lorsqu'il en ressent la nécessité, le besoin ou l'envie,
- Travailler le délit avec l'usager en entretien pour : responsabiliser l'individu, définir ses propres limites, se reconstruire dans le but de développer de nouvelles compétences sociales,
- Inviter les villageois de Fully, Saxon, Riddes à une séance au CAAD pour : vulgariser le concept de la maladie psychique en abordant les symptômes récurrents, les entendre sur leurs attentes en terme d'intégration sociale et rappeler les habiletés sociales des usagers hors murs,
- Sensibiliser les offices AI sur les limites d'intégration professionnelle des usagers et la nécessité d'une occupation professionnelle adaptée à leur fragilité psychique,
- Travailler en thérapie avec l'usager la notion de deuil, de perte de compétences et de possibilités d'intégration adaptée en lien avec les limitations de sa pathologie psychique,
- Permettre à l'usager de conscientiser le fait que son intégration ne se fera pas au travers d'une activité professionnelle à 100%, par le biais des entretiens thérapeutiques,
- Accompagner l'usager à accepter sa pathologie et ses limites (fatigue, fragilité, etc.) par le biais des entretiens thérapeutiques et éducatifs.

## **6.6. Nouveaux questionnements**

Au terme de ce TB et compte tenu des résultats de l'analyse, d'autres thématiques pourraient être développées visant toujours une intégration bénéfique et bienveillante des usagers du CAAD. Il pourrait s'agir d'interroger les populations villageoises de Saxon-Fully-Riddes pour comprendre leur perception des personnes psychologiquement fragiles avec comme public cible les résidents du CAAD ainsi que leur craintes liées à la pathologie. Un second questionnaire pourrait être adressé aux familles des usagers sur les vecteurs d'intégration perçus de leur part en vue de soutenir leur proche fragilisé. Une démarche éducative également pourrait envisager un questionnaire sur l'action hors mur actuelle, sur de nouveaux outils d'intégration afin de favoriser le lien entre la population du CAAD et la collectivité. A ce sujet, une nouvelle piste d'intervention pourrait être imaginée auprès des professionnels du CAAD et du réseau spécialisé.

Autant de perspectives de recherche, apparues en cours de travail, et dont le traitement permettrait de poursuivre et d'approfondir les réflexions initiées.

## **7. Bibliographie**

### **7.1. Monographies**

- Bergeret J, 2011, personnalité normale et pathologique, éditions Dunod, p.34
- Depenne D, 2017, Ethique et accompagnement en travail social, Division des Editions Législatives, p. 9-10, 11, 15, 68, 97
- Hansenne M, 2009, Psychologie de la personnalité, Editions De Boeck, p.127
- Hermann F, 2015, L'autonomie clé du changement, Chronique sociale, p.16, 19, 20, 39
- Jouet E ; Greacen T, 2012, Pour des usagers de la psychiatrie acteurs de leur propre vie, Editions Erès, p.35
- Morel C, 1995, ABC de la psychologie et de la psychanalyse, Edition Grancher J., p.189-190
- Rose N, 2006, Foucault, Laing et le pouvoir psychiatrique, Les Presses de l'Université de Montréal, p. 115, 116, 120
- Sixt J-F, 2001 le temps des médiateurs, Editions. du seuil, p.164

### **7.2. Articles**

- Baguette C ; Seutin C ; Kerstenne F ; Tiberghien C, 2012, les relations symétriques et complémentaires, p.1
- Barnier C ; Grais D « Histoire de chambres ». Une rencontre avec Michelle Perrot, *Champ lacanien* 2011/1 (N° 9), p. 155-171
- Dorvil H ; Morin P ; Beaulieu A ; Robert D, 2002, le logement comme facteur d'intégration sociale pour les personnes classées malades mentales, p.508
- Durkheim E, 1975, Education et sociologie, Presse universitaire de France
- Greacen T, Jouet E, 2013, Rétablissement et inclusion sociale des personnes vivant avec un trouble psychique : Le projet EMILIA, p. 360
- Guibet-Lafaye C, 2012, « Anomie, exclusion, désaffiliation : dissolution de la cohésion sociale ou du lien social ? », p.13
- Imbert G, 2010, L'entretien semi-directif : A la frontière de la santé publique et de l'anthropologie, p.24
- Lalive d'Epinau M, 2003, Évolution des concepts de maladie et de guérison en santé mentale, et travail de guérison en psychanalyse, *Psychothérapies*, p. 23-30
- L'assemblée fédérale de la Confédération suisse, 1907, Code civil suisse (CCS), Chancellerie fédérale, p.120

L'assemblée fédérale de la Confédération suisse, 1937, Code pénal suisse (CPS), Chancellerie fédérale, p. 20, 21, 22, 25

Linder A ; Le Flem F ; Bussy Y, 2016, Sortir de la psychiatrie pour une structure sociale, p.3

Mabillard V, 2012, le sport : un facteur d'intégration ou d'exclusion sociale, p.3-4

Paul M, 2012/13, l'accompagnement comme posture professionnelle spécifique, p.13, p.17, p.20

Thévenet M, 2004, le plaisir de travailler, favoriser l'implication des personnes, p.91

Tourette-Turgis C, Thievenaz J, 2012, « La reconnaissance du pouvoir d'agir des sujets vulnérables : un enjeu pour les sciences sociales », p.142

### **7.3. Internet**

[www.admin.ch](http://www.admin.ch): site officiel de l'administration fédérale (consulté le 18 août 2017)

[www.caad-valais.ch](http://www.caad-valais.ch) site officiel du centre d'accueil pour adultes en difficulté (consulté le 17 septembre 2017)

[www.ge.ch/curabilis](http://www.ge.ch/curabilis): site officiel de la République et canton de Genève (consulté le 18 août 2017)

<https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/schizophrenie> (consulté, le 20.05.2018)

[www.prison.ch](http://www.prison.ch): site du centre suisse de formation pour le personnel pénitentiaire CSFPP (consulté le 18 août 2017)

[www.youtube.com/watch?v=AM4JSsNIJ3E](https://www.youtube.com/watch?v=AM4JSsNIJ3E) conférence de Cyrulnik B, diffusée par l'Université de Nantes le 1<sup>er</sup> Juin 2015

### **7.4. Documents de cours**

Bender G, 2016, Les espaces de la psychiatrie, architecture et construction sociale, HETS Sierre, Non-publié

Lévy B, 2015, Professionnalité et champs professionnels, HETS Sierre, Non-publié

Pitarelli E, 2014, Travail social et action professionnelle, HETS Sierre, Non-publié

Roduit J-M, 2017, Enjeux actualisés de l'éducation sociale et santé mentale, HETS Sierre, Non-publié

Solioz E, 2016, structures de personnalités angoissées et mécanismes de défense, HETS Sierre, Non-publié

## 8. Annexes

### 8.1. Annexe 1 Guide d'entretien

#### Première partie :

Cet entretien est confidentiel et se déroule dans le cadre de ma formation et porte sur l'intégration sociale des personnes vivant en appartement au CAAD. Je vais enregistrer tes propos pour des raisons pratiques et avec ton accord bien sûr. Personne n'aura accès à cet enregistrement sauf moi dans le but de retranscrire tes réponses dans mon travail de recherche. Les données seront récoltées de manière objective et utilisées exclusivement dans le cadre de ce travail. Au terme de celui-ci, elles seront détruites. Il n'y aura aucun jugement ou remise en question. Je souhaite comprendre quelle est ta perception de l'intégration en étant résident PCHM au CAAD.

Afin que ton anonymat soit respecté, ton nom n'apparaîtra nulle part.

Confirmes-tu toujours ton intérêt à participer à cet entretien ?

#### Deuxième partie :

M/Mme \_\_\_\_\_ réside dans la commune de \_\_\_\_\_ Il/elle fait l'objet d'une mesure \_\_\_\_\_ Il/elle est au CAAD depuis \_\_\_\_\_ et en PCHM depuis \_\_\_\_\_

Âge \_\_\_\_\_

Nationalité \_\_\_\_\_

Formation \_\_\_\_\_

#### Troisième partie :

##### Introduction :

- Pour quelles raisons et depuis quand es-tu au CAAD ?
- Comment vis-tu ton séjour au CAAD ?
- Comment envisages-tu la suite, au CAAD ? A l'extérieur du CAAD ?

\_\_\_\_\_

#### H1 : mesures civiles et/ou pénales et perception de l'intégration sociale

##### Mesure :

- Qu'est-ce qui t'as amené au CAAD ?
  - Pourquoi es-tu ici ?
- De quelle mesure fais-tu l'objet ?
  - En quoi consiste cette mesure ?
- Est-ce que tu as eu rapidement des ouvertures ?
  - Qui décide de ces ouvertures ?
  - Est-ce que ces phases d'allégement te permettent de t'intégrer ? Pourquoi oui/non ?
    - Peux-tu donner 1 ou 2 exemples concrets ?

### **Santé mentale :**

- De quelle pathologie souffres-tu ?
  - As-tu des informations sur ta fragilité psychique ?
  - Quels en sont les symptômes ?
  - Quelles limitations dans la vie de tous les jours ?
- Est-ce qu'un traitement médical t'est prescrit ?
  - En quoi consiste-t-il ?
  - Depuis le début de ton suivi médical et/ou thérapeutique, comment te sens-tu ?
    - Mieux ? Moins bien ?

### **Intégration :**

- Pour toi, que veut dire « intégration sociale » ?
    - Selon toi, qu'est-ce qui permet à quelqu'un de s'intégrer/d'être intégré dans la société ?
    - Actuellement, te sens-tu intégré socialement ? Pourquoi ?
  - Est-ce important pour toi de travailler pour s'intégrer ?
    - Pourquoi ?
    - Dans le futur, aimerais-tu effectuer des occupations ou trouver un emploi sur le premier marché du travail ? Pourquoi ?
  - Que fais-tu durant ton temps libre ?
    - Peux-tu faire ce que tu veux ou dois-tu demander des autorisations à la justice ?
  - Quelles sont les personnes ressources pour toi ?
    - Pourquoi/en quoi sont-elles des personnes ressources ?
      - 1 ou 2 exemples concrets ?
    - Peux-tu les rencontrer quand tu veux ?
  - Vivre en appartement est un facteur d'autonomie ?
    - Peux-tu l'expliquer ?
    - As-tu des contacts avec tes voisins ou les villageois ?
    - Te sens-tu plus intégré dans la société en vivant en appartement ?
  
  - Au final, ton placement au CAAD t'a-t-il aidé pour t'intégrer ?
    - Si oui/non en quoi, pourquoi ?
- 

### **H2 : accompagnement proposé et perception de l'intégration sociale**

**Accompagnement :**

- Quels secteurs d'accompagnement fréquentes-tu ?
  - A quelle fréquence vois-tu les professionnels du CAAD ?
  - Quand penses-tu avoir besoin d'aide et pour quels types d'activités ?
- Comment se passe ta relation avec les professionnels du CAAD ? Et avec ton référent ?
  - Tes liens ont-ils évolué depuis ton arrivée en PCHM ?
  - Si oui/non, en quoi, pourquoi ?
  - Sur une échelle de 0 à 5 (0 étant « pas du tout aidant » et 5 « très aidant ») comment qualifies-tu l'accompagnement proposé par les professionnels du CAAD ?
  - Pourquoi ce degré de satisfaction ? Qu'est-ce qui pourrait l'améliorer ?

**Stabilité  $\Psi$  :**

- Selon toi, dans quelle mesure l'accompagnement proposé influence ta stabilité psychologique ?
  - As-tu pu prendre connaissance de tes fragilités et travailler sur cette thématique ?
  - Te sens-tu mieux depuis le début de ton suivi entouré des professionnels du CAAD ?
    - En quoi ressens-tu les changements ?

**Bénéfices et freins de l'accompagnement :**

- Quels sont les principaux bénéfices et les principaux désavantages que tu vois dans l'accompagnement proposé par les professionnels du CAAD ?
  - Par exemple, en termes de santé, de loisirs, de relations sociales, d'activités, de travail, etc. ?
    - Tes hobbies se sont-ils développés depuis le début de ton placement ? Lesquels sont-ils ?
    - Le CAAD a-t-il pu te faire découvrir certaines activités ? Lesquelles ?
    - Tes relations sociales ont-elles changé depuis le début de ton placement ? Par exemple ?
    - Vois-tu encore tes anciens contacts ?
    - Sont-elles toujours des personnes ressources pour toi ?
    - Te sens-tu contrôlé dans tes relations sociales ? Et en quoi ?
- En résumé, dirais-tu que l'accompagnement proposé représente plutôt un obstacle ou une aide à ton intégration sociale ?

<p><b>Conclusion :</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• En quelques mots, comment vois-tu ton avenir/ta vie dans les 2-3 prochaines années ?</li><li>• Et si t'avais une baguette magique, que ferais-tu prioritairement (2-3 choses maximum), pour renforcer ton intégration sociale ?</li></ul>	
--	--

Souhaites-tu rajouter quelque chose ?

Merci !

**8.2. Annexe 2 Autorisation de la direction du CAAD**

Jérémy Zenhäusern

BAC 14 EE

Bachelor of Arts in Travail social

M. André Naudin, directeur du CAAD autorise par la présente Jérémy Zenhäusern, étudiant à la Hes-So Valais en travail social à interroger les résidents du secteur PCHM (prise en charge hors mur) dans le cadre de son travail de Bachelor. M. Jérémy Zenhäusern s'engage à utiliser les informations recueillies uniquement dans le cadre de son travail de Bachelor et à les traiter dans le respect des règles qui s'appliquent à toute démarche de recherche, notamment l'anonymat et la confidentialité.

André Naudin



Jérémy Zenhäusern



8.3. Annexe 3 Analyse H1

Handwritten notes on a grid background, organized into columns for different individuals: **Michel**, **Nolan**, **Gregoire**, **Penka**, **Sam**, and **Saphien**. Each column contains a name at the top, followed by a list of notes and a small diagram. The notes are written in blue and black ink, with some words underlined or circled. The diagrams are simple sketches or flowcharts. At the bottom of the page, there is a section titled **Integration** with additional notes.

**Michel**  
 - (difficulté par moi)  
 - (difficulté par moi)  
 - (difficulté par moi)  
 - (difficulté par moi)  
 - (difficulté par moi)

**Nolan**  
 - (difficulté par moi)  
 - (difficulté par moi)  
 - (difficulté par moi)  
 - (difficulté par moi)

**Gregoire**  
 - (difficulté par moi)  
 - (difficulté par moi)  
 - (difficulté par moi)  
 - (difficulté par moi)

**Penka**  
 - (difficulté par moi)  
 - (difficulté par moi)  
 - (difficulté par moi)  
 - (difficulté par moi)

**Sam**  
 - (difficulté par moi)  
 - (difficulté par moi)  
 - (difficulté par moi)  
 - (difficulté par moi)

**Saphien**  
 - (difficulté par moi)  
 - (difficulté par moi)  
 - (difficulté par moi)  
 - (difficulté par moi)

**Integration**  
 - (difficulté par moi)  
 - (difficulté par moi)  
 - (difficulté par moi)  
 - (difficulté par moi)

8.4. Annexe 4 Analyse H2

