

LA MAISON GOUDOULI

Pierre Cabanes

ERES | « *Empan* »

2015/2 n° 98 | pages 26 à 28

ISSN 1152-3336

ISBN 9782749248035

Article disponible en ligne à l'adresse :

<http://www.cairn.info/revue-empan-2015-2-page-26.htm>

!Pour citer cet article :

Pierre Cabanes, « La maison Goudouli », *Empan* 2015/2 (n° 98), p. 26-28.

DOI 10.3917/empa.098.0026

Distribution électronique Cairn.info pour ERES.

© ERES. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

La maison Goudouli

Pierre Cabanes

La maison Goudouli, lieu de vie et habitat, sans conditions de délai, ouvert nuit et jour, a été créée le 25 avril 2011. Cette maison est née des constats des non-réponses possibles pour des personnes en grande précarité, des frustrations de professionnels de terrain, en prise directe à la rue avec un public en grande difficulté, voire en danger de mort. Les comportements atypiques, les états d'alcoolisation chroniques, les problèmes d'hygiène, l'état de santé... faisaient que ces personnes en étaient réduites à un nomadisme médicosocial rythmé par des séjours aux urgences, en établissements sanitaires (maisons de repos, clinique psy, CHU...), en foyers d'hébergement (uniquement la nuit), par des fugues, des exclusions, des retours à la rue, sans possibilité de se poser durablement.

Le parti pris de la maison Goudouli a été d'accueillir ces personnes avec leurs problématiques, d'autoriser la consommation d'alcool sur la maison, de s'adapter à elles et non le contraire, de prendre soin plutôt que de soigner. L'idée principale est de leur offrir un chez eux, de leur (re)donner la parole et d'essayer de faire en sorte que leur ressenti et leur vécu sur la maison soient les plus paisibles possible.

La sécurité des lieux, l'inconditionnalité de la durée de séjour, la bienveillance apportée par l'équipe et l'existence du lieu depuis trois ans maintenant nous permettent d'en tirer des enseignements. Nous avons à ce jour 21 hébergés et pour la plupart, nous constatons qu'ils ont repris un rythme de vie satisfaisant, avec un appétit retrouvé, un sommeil nettement amélioré, une prise de poids et une baisse de la consommation d'alcool. La maison Goudouli permet à la fois une intimité (difficile sur les structures classiques) et une vie collective pour des personnes en grande solitude affective, familiale et sociale.

La majorité sont en démarche de soin et ont pu ouvrir des droits (CMU, AME, AAH, RSA...). Nous allons à travers deux cas concrets nous attarder sur ceux qui sont en refus de soins, alors qu'ils présentent l'un et l'autre de graves troubles psychiques.

D. a été rencontré vers 2007 par l'équipe rue, il dormait sous un arbre en ville et lors de nos premiers contacts, il partait en courant, refusant toute entrée en relation. À force de persévérance, nous avons pu

discuter avec lui et dès lors il nous a perçus comme des personnes bienveillantes. Nous avons constaté un discours très délirant, décousu, une hygiène très négligée et, occasionnellement, des épisodes d'automutilation (il se frappe à coup de poing). À part quelques nuits sur un dispositif d'hiver, il n'a jamais intégré aucune structure. En remontant son histoire personnelle, nous avons appris qu'il avait un long passé institutionnel depuis son enfance et qu'un diagnostic de psychose déficitaire avait été posé à l'hôpital Marchant.

À la création de la maison Goudouli, D. a accepté de nous suivre un soir de grande pluie. Nous lui avons proposé une grande pièce pour lui seul, qu'il a intégrée. Il y a eu quelques retours à la rue puis finalement D. s'est posé sur la maison et y est résident depuis deux ans et demi.

Nous avons eu recours, à l'été 2011, à une HDT (Hospitalisation à la demande d'un tiers), après une automutilation spectaculaire qui a abouti à un mois d'hospitalisation sans suites à sa sortie. Nous avons observé que ses passages à l'acte étaient souvent liés à un manque de tabac, que nous avons pu régler avec sa tutrice. Petit à petit, D. a investi sa chambre et nous lui avons fourni un bureau, des sièges et du matériel de dessin, qui est sa grande activité.

Depuis trois ans, il refuse farouchement tout accompagnement médical, tout traitement, et il arrive à verbaliser des enfermements, il décrit les piqûres et la longueur des aiguilles. Il ne veut pas de la psychiatrie, « c'est trop compliqué » dit-il. D. a mis deux ans avant de prendre, occasionnellement, ses repas avec le groupe. Il avait pris l'habitude, sans doute depuis des années, de se nourrir dans les poubelles (« ça a plus de goût ») et de manger de la viande crue. Aujourd'hui, il a pris de « meilleures habitudes » alimentaires.

L'équipe est attentive à ses demandes qu'il formule timidement et avec politesse. D. verbalise qu'il est content d'être sur les lieux et que c'est la première fois qu'il a un chez lui. Il est à noter qu'il prend des douches froides, sans savon, et que régulièrement il défèque et urine dans sa chambre ou dans la salle de bains.

Ses parents, qui sont toujours en vie, sont au courant que leur fils, qu'ils ne voient plus depuis plusieurs années, est à l'abri dans un lieu de vie, sa tutrice reste le fil rouge avec eux.

Les autres résidents se sont habitués aux bizarreries de D. et réciproquement. Chaque jour qui passe est un jour de gagné.

H., âgé de 72 ans, est de nationalité néerlandaise. Il est connu des équipes rue depuis plus de quatorze ans. Cet homme, qui est né dans un camp de concentration japonais, sur l'île de Java, a erré aux Pays-Bas (où il a été agent immobilier), en Espagne et en France. Nous avons retrouvé les traces d'un passage en hôpital psychiatrique sous contrainte dans les années 1990, à Paris.

Recouvert de plusieurs couches de vêtements, été comme hiver, portant un bonnet de laine ou une casquette en fourrure, il a enveloppé ses jambes dans des sacs en plastique, recouverts de chaussettes et de bottes. Localisé sur le centre ville de Toulouse, il a toujours avec lui un caddie avec des sacs plastiques.

Dès 2002, il présentait des plaies importantes et volumineuses sur les deux jambes et les deux pieds. Très méfiant, nous avons mis du temps à le convaincre de se soigner et avons essayé de comprendre la cause de ses plaies. Nous avons pu le faire accéder à une couverture sociale (il n'avait aucun papier et aucun revenu, ce qui est toujours le cas à ce jour). Il a accepté, en 2004, de faire un écho-Doppler qui a mis en lumière la raison de ces jambes énormes et à vif. Le retour veineux et artériel étant parfaitement normal, le radiologue a diagnostiqué une stase du liquide lymphatique s'expliquant par le fait que H. ne dorme jamais couché mais soit assis, soit debout contre un angle de mur.

H. réside sur la maison Goudouli depuis plus de deux ans et demi. Il dort sur une chaise, à la cuisine. Il refuse tout lit, tout fauteuil et toute chambre. Ses journées sont rythmées par quatre endroits : la cuisine, où assis sur une chaise il regarde la télé et les allées-venues ; le petit salon, où il accepte de faire les soins ainsi qu'un pédi-

luxe qui prennent plus d'une heure et demie ; la salle de bains, où il reste enfermé de longs moments afin de pratiquer ses ablutions ; les toilettes, où il va vider ses besoins, qu'il fait la nuit dans des sacs plastiques. Il mange quasiment toute la journée, sur sa chaise, en mélangeant ses aliments et en recrachant une partie aussi dans les sacs plastiques.

Il a accepté, pour la première fois, de voir deux médecins (une urgentiste et un médecin libéral), qui ont conclu à une forme d'éléphantiasis provoquée par des œdèmes volumineux et par une pression hydraulique. Si les soins ne sont pas faits régulièrement (tous les deux jours), des asticots se greffent sur les plaies et une épaisse couche de fibrine se forme, qu'il faut décaper, occasionnant de vives douleurs. Son bilan sanguin est parfait et les prélèvements locaux n'ont révélé aucun germe inquiétant ; H. refuse catégoriquement d'allonger ses jambes, il humidifie ses pansements et fait quasiment tout le contraire de ce qu'il faudrait faire pour guérir. Il renvoie à un questionnement difficile pour les soignants : « s'occuper d'une plaie qui ne guérira pas ».

Pour ses papiers, il n'y a aucune avancée car H. refuse farouchement de faire des photos d'identité pour son passeport et ne peut donc accéder à aucun revenu malgré nos sollicitations et nos démarches auprès du consulat des Pays-Bas.

H. ne communique qu'en anglais et ne va jamais vers les autres. Le groupe s'est habitué à lui et vice versa. Le plus important est de ne pas interrompre ses rituels (surtout pour l'alimentation et la toilette). Il crie parfois, verbalisant une colère délirante contre tout ce qui est allemand.

H. alimente des débats, que ce soit sur la maison Goudouli ou sur l'EMSS (Équipe mobile sociale et de santé), car il met à mal, par son attitude, les pratiques professionnelles classiques. Il n'en reste pas moins que, pour la première fois, H. habite un lieu, accepte des soins (ce qui n'a pas toujours été le cas, loin de là), accepte de voir des médecins et ne manifeste aucun désir de retour à la rue. Les infirmiers libéraux, l'HAD (Hospitalisation à domicile), le droit commun se révèlent incapables de pratiquer des pansements (trop chronophages, pas de démarches de soin...) et cela met en difficulté tant l'équipe de Goudouli (car l'Agence régionale de santé ne finance toujours pas de poste infirmier) que l'EMSS, qui n'a pas vocation à s'inscrire dans un soin sans fin à faire tous les deux jours.

De ce fait, nous bricolons et faisons de notre mieux.