

Agapsy

Fédération Nationale
des **A**ssociations **G**estionnaires pour
l'**A**ccompagnement des Personnes
en situation de handicap **PSY**chique

**Guide des pratiques partagées
d'accompagnement
vers et dans le logement des
personnes souffrant de troubles
psychiques**



*Guide élaboré en partenariat avec la Caisse Nationale des Solidarités et
de l'Autonomie (CNSA) – Financement Section V*

Dépôt : septembre 2012

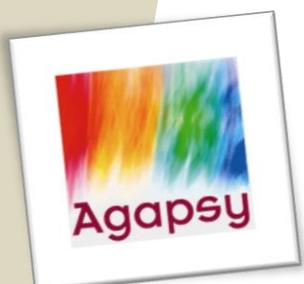


Table des matières

1	Préambule.....	4
1.1	Mot de la Présidente	4
1.2	Vocation du guide	6
1.3	Remerciements	7
2	Associations médico-sociales spécialisées et accompagnement.....	8
2.1	Panorama des services d'Agapsy (secteur médico-social).....	8
2.1.1	Associations et usagers : de l'accompagnement vers le logement	8
2.1.2	Modalités d'accompagnement vers le logement	12
2.2	Discussion et perspectives	19
2.2.1	Construire des conditions de réussite et des leviers d'amélioration des pratiques	19
3	Représentation des acteurs... ..	24
3.1	Perceptions spontanées des acteurs	25
3.1.1	Transmettre l'information utile	26
3.1.2	Adéquation offre/besoins.....	30
3.1.3	Lien social	35
3.1.4	Adaptation politique et sociétale	38
3.1.5	Pathologie.....	39
3.1.6	Accompagnement.....	42
3.2	Les ruptures/solutions.....	44
3.2.1	L'identification des ruptures et solutions.....	44
3.2.2	Zoom sur les ruptures et solutions correspondantes.....	45
4	Fiches pratiques	74
4.1	Utilisation du guide	74
4.2	L'évaluation en vue de l'accès et/ou du maintien à domicile.....	1
4.2.1	Les appartements d'essai	1
4.2.2	Expérimentation d'un appartement collectif de transition.....	7
4.2.3	L'évaluation du handicap psychique par la MDPH	10
4.3	Information/Formation/Prévention	1
4.3.1	Professionnaliser le secteur de l'aide à domicile.....	1
4.3.2	Groupe d'entraide psychologique	4
4.3.3	La formation comme outil d'accès et de maintien dans le logement	8
4.4	Mise en œuvre de l'accès et du maintien dans le logement.....	1
4.4.1	Vivre dans la cité en toute autonomie	1
4.4.2	Le Service d'Accompagnement à la Vie Sociale, un outil essentiel au service du maintien à domicile	6
4.4.3	Service d'Accompagnement Renforcé par le Logement	13
4.4.4	L'intervention du correspondant de nuit	16
4.4.5	Dispositif AVDL	19
4.5	Partenariat et Coordination	1
4.5.1	Réseau de Promotion pour la Santé Mentale	1

4.5.2	Charte de partenariat Santé Mentale et Logement	5
4.5.3	L'émergence d'une démarche partenariale innovante : Le Grand Lyon	9
4.5.4	La fonction de référent social.....	12
4.5.5	Le partenariat, la coordination dans l'accompagnement	15
4.5.6	Rôle et fonction du chargé de mission santé mentale	19
4.6	Inventer et développer des établissements	1
4.6.1	L'accès au logement, les baux glissants.....	1
4.6.2	Parcours d'accompagnement au logement pour les personnes vieillissantes souffrant de troubles psychiques.....	6
4.6.3	Conseil Local de Santé Mentale : un cadre pour permettre la création	8
4.6.4	SAMSAH Logement (projet d'extension).....	13
4.6.5	SAMSAM Logement ARHM.....	18
4.7	La continuité des parcours	1
4.7.1	Protocole d'action à destination des acteurs du logement et de l'hébergement en cas de crise	1
4.7.2	Création d'un sas d'entrée et de sortie SAVS-SAMSAH.....	5
4.7.3	Les appartements de coordination thérapeutique (ACT).....	9

1 PREAMBULE

1.1 Mot de la Présidente

« Aptes à se loger, mais pas prêts à habiter... »

Jean Furtos

Préambule

(Extrait de l'introduction à la Rencontre nationale d'Agapsy « Logement et handicap psychique : réalités et perspectives » 5 avril 2012 à Nancy)

Pourquoi ne trouvent-ils pas de logement ? Pourquoi sont-ils si mal logés, dans des murs suintant d'humidité, des chambres pleines de cafards, des appartements pourris dans des immeubles pourris, relégués dans les périphéries des villes ou pire encore dans des chambres d'hôtel miteuses, dans le 93 ou ailleurs ?

Pourquoi tous ces patients (ils sont entre 13 000 et 15 000) qui vivent à l'Hôpital psychiatrique comme si c'était un lieu de vie, parce qu'on ne trouve pas de place pour eux dans le social ou le médico-social ...

Pourquoi tous ces psychotiques devenus SDF ? Si l'on dénombre actuellement trois nouveaux SDF chaque jour en France, il y a très probablement l'un d'entre eux qui souffre de troubles psychiques...

Un nouveau « sans abri » psychotique de plus chaque jour dans nos ruelles et nos squares, est-ce tolérable ? Pourquoi cette misère-là ne fait-elle pas scandale ?

Comment se fait-il qu'on ait fermé des dizaines de milliers de lits dans les Hôpitaux psychiatriques sans prévoir d'alternatives ?

Cette population souffre réellement d'une double peine. Elle vit très souvent dans les franges de la précarité et n'a pas le choix d'un logement adapté, surtout avec la crise du logement social qui accuse trente ans de retard, selon un spécialiste de ces questions, le député Etienne Pinte.

Et elle se trouve, de plus, excessivement vulnérable et fragilisée par des troubles de santé mentale qui font qu'elle a du mal à simplement « habiter » un logement. Comme l'a joliment dit un bailleur social, « on ne fait pas entrer une personne handicapées psychiques dans un logement avec un chausse-pied ! ».

Pourquoi toutes ces **ruptures récurrentes** que l'on observe sur tous les territoires, ruptures dévastatrices qui font basculer ces personnes dans la rue, dans les logements d'urgence, en prison (le milieu carcéral sera-t-il l'asile de demain ? comme le craint Serge Moati) ou dans l'errance.

Oui, l'errance pour beaucoup : de la famille à une chambre meublée, d'un foyer à un squat, de l'hôpital à l'hôtel...

Ce sont des populations errantes, silencieuses, invisibles, sans voix...

Oh ! Elles ne font pas de bruit ou rarement. Nous les croisons chaque jour, sans le savoir...

Qu'est-ce qui se joue collectivement pour que nous acceptions d'en laisser tellement sur le bord des trottoirs et des chemins, isolées dans des chambres insalubres aux volets clos, malgré tant et tant de rapports, de lois de mobilisation pour le logement et de luttes contre l'exclusion, de refondation de l'hébergement, de stratégie nationale pour un service public de l'hébergement et de l'accès au logement, d'amplification de la refondation, de plans départementaux de l'habitat, d'expérimentations « Housing first », de plans qui s'emboîtent ou pas, de projets pilotes et autres pôles d'orientation... sans parler du récent Plan Psychiatrie et Santé mentale 2011-2015 qui consacre une page à la question du logement. Nous sommes vraiment inquiets lorsque l'évaluation du Haut Conseil de la Santé Publique indique sans ambages que « La question du logement a été **un point noir du volet social du Plan Psychiatrie et santé mentale 2005-2008**, Plan tombé en déshérence dès 2007...

Mais à côté de toutes ces préconisations qui n'ont pas donné lieu à concrétisation, de ces incantations qui ne trouvent pas de moyens financiers, il faut que vous sachiez qu'il y a dans notre pays de magnifiques réalisations qui ont pour nom : lieux de vie, appartements associatifs, résidences accueil, familles gouvernantes, Services d'aide à domicile, logement accompagné, logement de transition ou d'évaluation... Il y a dans ces concepts, des consonances de dignité, de liens sociaux, d'entraide, de « vivre ensemble ». Ces réussites, qui ont émergé un peu partout sur le territoire, souvent initiées par des familles ou des militants associatifs, sont nées de partenariats tissés avec des bouts de ficelles, des opérations aux montages complexes, parfois acrobatiques, et au final d'un coût relativement modeste pour des services souples, vraiment adaptés aux besoins des personnes.

Tout le monde y gagne, à cette insertion des plus fragiles dans la cité !

Ces initiatives ont beaucoup de choses à nous apprendre et peuvent servir à d'autres publics vulnérables. On constate que ce sont souvent les familles, parfois des soignants, qui ont réussi, avec une infinie patience et beaucoup de détermination, à convaincre les élus, les bailleurs, les responsables de la cité, pour que dans la proximité des territoires, s'échafaude peu à peu la palette des réponses en matière de logement des personnes atteintes dans leur santé mentale.

« Le logement accompagné constitue en quelque sorte la synthèse volontairement résumée à l'essentiel des réponses à prévoir pour les personnes souffrant de troubles psychiques sévères vivant dans la cité ».
Jean Canneva

En guise d'introduction

Cette recherche-action a mobilisé plus de 300 personnes sur l'ensemble du territoire national.

Une formidable dynamique a été créée autour de cette question récurrente du logement des personnes en situation de handicap d'origine psychique.

Les acteurs des six « familles » ont appris à se connaître et à réfléchir ensemble au sein de focus groups qui avaient des airs de forum, tant les grands débats de société rejoignaient les réalités plus triviales du quotidien des usagers. N'est-ce pas là une véritable expérimentation de ce qu'on appelle « démocratie sanitaire participative » ?

Cette exploration multidimensionnelle, avec tous ces regards croisés et ces expertises de terrain a donné une analyse très fouillée, minutieuse, toute en finesse des attentes et des observations des uns et des autres, passée au crible de 140 « items » concernant les très nombreuses ruptures itératives intervenant dans le domaine du logement, pour ce public spécifique.

Des liens se sont tissés entre les acteurs et la parole des usagers a compté autant que celle des professionnels ou des proches...

C'est un vrai réseau de spécialistes du logement des personnes ayant des difficultés de santé mentale qui s'est construit sous nos yeux. Des trésors d'expériences et de stratégies ont affleuré, des laboratoires d'idées et d'expérimentations dont les fiches pratiques témoignent nous ont enthousiasmés. Il y est question de regards, d'engagement politique, de riches partenariats, de culture commune, de centres de ressources, de formation ... et de bien d'autres choses !

Pour la fédération Agapsy, cette étude est une toute première expérience qui appelle un peu d'indulgence. Les trois permanents qui l'ont coordonnée s'y sont investis avec détermination, en défricheurs. Ils ont heureusement été conseillés et soutenus, en particulier par des sociologues avertis du CEDIAS-CREAH I de France et du CRP de Luxembourg.

Il y a encore beaucoup à réfléchir et à inventer autour de cette question. Notre contribution - que nous espérons utile - s'inscrit parmi d'autres travaux plus scientifiques. Ce travail mené au sein de notre réseau a au moins le mérite de partir du terrain, à la rencontre des professionnels et des personnes qui ont tant de mal à habiter leur logement, quand elles en ont un...

Mais peut-on espérer un rétablissement sans un « chez soi » ?

Marie-Claude Barroche, présidente

1.2 Vocation du guide

Ce guide de pratiques partagées, en matière d'accompagnements vers et dans le logement des personnes souffrant de troubles psychiques, est un document de référence, évolutif et mis à disposition des accompagnateurs. Initié par un collectif de professionnels du social et du médico-social spécialisés dans l'accompagnement des personnes en situation de handicap psychique adhérents à la Fédération Agapsy. Il est le fruit d'un travail de recherche-action pluri partenarial avec un large ensemble d'acteurs impliqués à différents niveaux des accompagnements et avec les bénéficiaires eux-mêmes.

Servant d'assise à la recherche participative, la recherche-action met en relation les préoccupations d'acteurs soucieux de trouver une solution à une situation problématique avec les préoccupations des chercheurs désireux de développer une compréhension de la situation. Cette formule fait appel à l'intelligence des deux parties (Dubost et Lévy, 2003, p. 391) pour générer des changements tant théoriques que pratiques (Desgagné & Berdnarz, 2005). Elle a pour double finalité d'assurer la résolution de problèmes en même temps que d'élaborer collectivement des modèles théoriques visant à améliorer l'efficacité de la pratique (Lavoie, Marquis et Laurin, 2003, p. 34).

Cet outil est à destination de l'ensemble des acteurs impliqués dans l'accompagnement des parcours de vie des personnes souffrant de troubles psychiques. Il a pour objectif de rendre visibles les représentations partagées des acteurs en matière d'accompagnement, pointer les éléments de rupture dans les parcours de vie et les projets relatifs au logement des personnes, avant de se focaliser sur des démarches et outils permettant la prévention active de certaines ruptures. Il est un outil que nous souhaitons dynamique et qui fera l'objet de mises à jour régulières au gré des productions de diverses commissions internes à la Fédération Agapsy ou de la rencontre avec les projets menés par des partenaires et/ou associations au plan national/régional/local.

1.3 Remerciements.....

Dans ce projet, il s'agissait d'aller plus loin, plus loin grâce à l'intelligence collective et partagée autour de la problématique complexe que constitue l'accompagnement du handicap psychique.

La Fédération Agapsy, en tant qu'outil d'ingénierie sociale, a su trouver tout au long de ces deux années des oreilles attentives, des volontés fortes, du militantisme, des témoignages, ainsi qu'un vrai professionnalisme dans les champs médico-social, social et sanitaire qui, de manière encore plus forte, expriment la volonté d'une cohérence au profit des accompagnements des parcours de vie des personnes en situation de handicap psychique.

C'est tout d'abord vers les personnes elles-mêmes, en prise avec l'envie de s'en sortir, que nous dirigeons nos remerciements. Leur présence dans l'ensemble des investigations a permis de resituer leur parcours et leur projet personnel dans une dynamique de prise de recul en vue d'influencer les pratiques d'accompagnement.

Dans un même élan, les familles, grâce à la participation des délégations régionales de l' UNAFAM , ont constitué des points d'ancrage forts de nos travaux. Nous nous en félicitons et les remercions !

Aborder l'accompagnement du handicap psychique sous l'unique prisme du champ médico-social spécialisé que nous représentons aurait constitué un appauvrissement que nous avons su éviter dans l'élaboration du projet. Encore fallait-il que les professionnels impliqués à divers niveaux des parcours des personnes souhaitent se joindre à cette réflexion commune... Que l'ensemble de ces professionnels aux rôles multiples (animateurs, éducateurs, assistants sociaux, mandataires judiciaires, directeurs de structures, bailleurs, élus, infirmiers, psychiatres ...) soient non seulement remerciés mais assurés de notre volonté d'aller plus loin à partir du temps et des réflexions qu'ils ont bien voulu nous accorder.

Enfin, nous souhaitons que la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA), qui au-delà de la confiance et du financement accordé a su également occuper un rôle d'orientation et de conseil dans diverses phases du projet, trouve dans la finalisation de cette recherche-action des éléments de prospective au bénéfice de l'amélioration des services à la personne.

Pour finir, un grand coup de chapeau à l'ensemble des « opérationnels » qui, par leur implication à divers niveaux (Conseil d'administration, Comité de pilotage national, coordinations régionales d'Agapsy et bien sûr les chargés de mission de la fédération), ont fait en sorte que ce travail de la Fédération Agapsy se transforme en un projet commun et partagé avec l'ensemble des acteurs préoccupés par la problématique.

Catalin NACHE,
Délégué Général

2 ASSOCIATIONS MEDICO-SOCIALES SPECIALISEES ET ACCOMPAGNEMENT

2.1 Panorama des services d'Agapsy (secteur médico-social)

2.1.1 Associations et usagers : de l'accompagnement vers le logement

2.1.1.1 Caractéristiques des associations adhérentes enquêtées

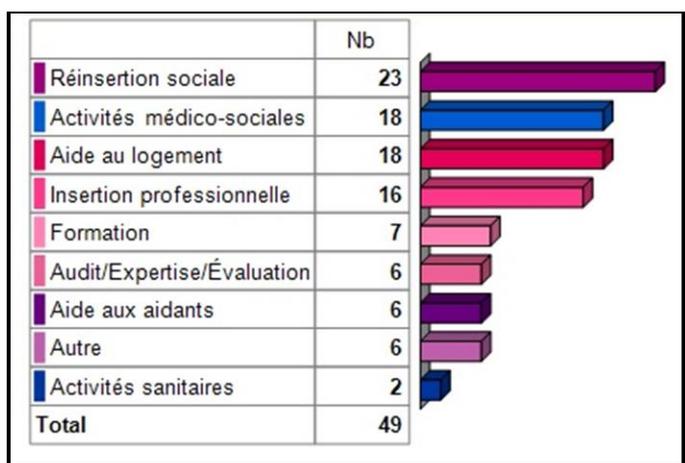
Structures et acteurs

Les associations enquêtées travaillent majoritairement dans les champs de la réinsertion sociale, l'activité médico-sociale, et l'aide au logement (Tableau 1).

49 dispositifs d'accompagnement ont participé à l'enquête. 24.5% des dispositifs enquêtés ont débuté leur action d'accompagnement au logement à partir de 2006.

16 associations travaillent pour l'insertion professionnelle.

23 associations enquêtées disposent d'un SAVS et 16 d'un dispositif pour les personnes vieillissantes.



Rappelons que les Services d'Accompagnement à la Vie Sociale (SAVS), ont pour vocation (selon le décret n°2005-223 du 11 mars 2005- Art. D. 312-155-5) « de contribuer à la réalisation du projet de vie de personnes adultes handicapées par un accompagnement adapté favorisant le maintien ou la restauration de leurs liens familiaux, sociaux, scolaires, universitaires ou professionnels et facilitant l'accès à l'ensemble des services offerts par la collectivité ».

Tableau 1. Champs d'activité des associations enquêtées

16 associations parrainent au moins un Groupe d'Entraide Mutuelle (GEM), et plus de la moitié en gèrent « 2 à plus de 4 ». Ces derniers constituent le support de rencontre des usagers. Ce sont des espaces protégés qui confèrent une citoyenneté à ce public. La loi du 12 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, de la participation et de la citoyenneté des personnes handicapées reconnaît la spécificité du handicap psychique et a créé ce nouveau dispositif pour les personnes souffrant de troubles psychiques. Le GEM vise l'amélioration des conditions de vie des personnes (tableaux 2 et 3).

La majorité des associations enquêtées sont de petites structures/ avec un nombre de salariés inférieur à 50. Deux associations adhérentes seulement ont plus de 100 salariés, parmi les associations qui ont répondu.

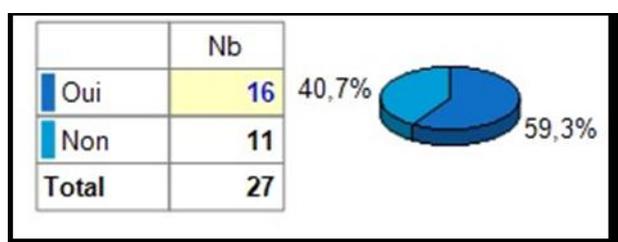


Tableau 2. Nombre d'associations parrainant un GEM

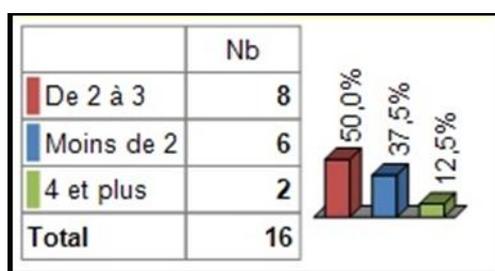
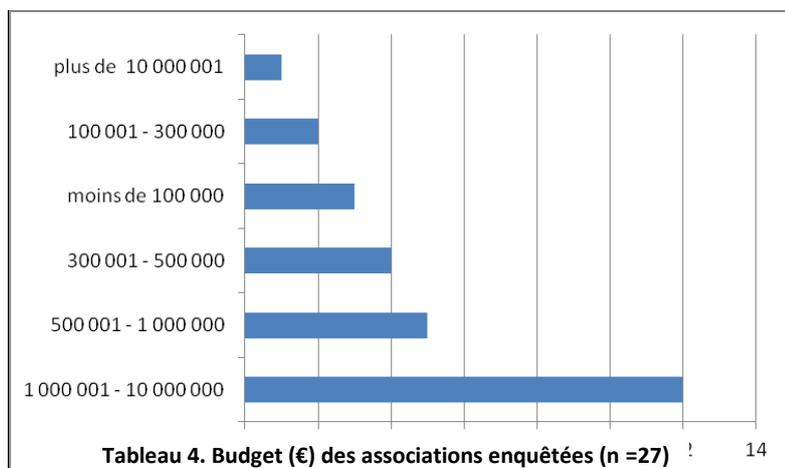


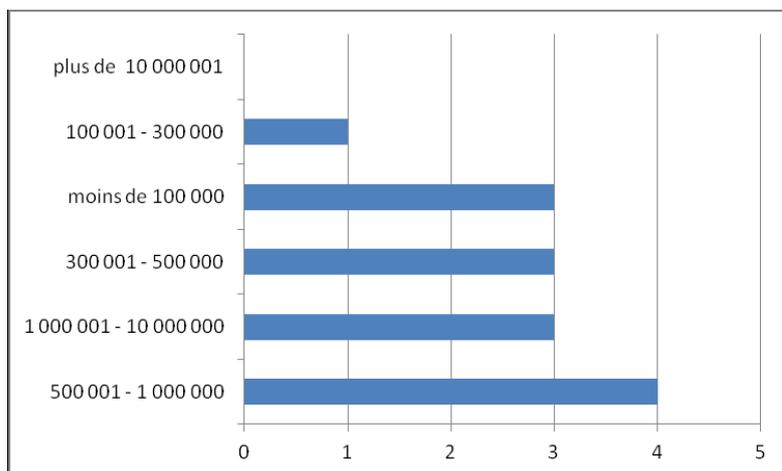
Tableau 3. Nombre de GEM par association enquêtée

Budget des associations

Sur 27 associations, 17 disposent d'un budget inférieur à 1 M d'euros. La moitié seulement dispose de budgets dédiés aux interventions en matière de logement. (Tableau 4 et 5)



Ce sont les Conseils Généraux et les ARS qui constituent les financeurs les plus cités pour les actions d'accompagnement au logement, à côté de la CAF.



Ressources Humaines

Les compétences professionnelles mobilisées pour l'action d'accompagnement au logement sont d'un bon niveau de qualification : elles sont caractérisées par des salariés expérimentés et par la pluridisciplinarité de leur profil. En effet, les équipes mobilisées sont issues de parcours très diversifiés. Plusieurs associations s'entourent également de bénévoles.

Parmi les 125 salariés entrant dans l'enquête, les plus représentés sont les animateurs/ accompagnateurs sociaux (43), le personnel administratif (34), les psychologues ou assistants sociaux (16) et les éducateurs (14). On remarque que les personnels administratifs représentent environ ¼ des effectifs, (34 salariés).

82 salariés sur 125 ont une formation supérieure ou égale au bac+3 (dont 25 à Bac +5. Sept sont titulaires d'un Doctorat)

Dans la partie 2, nous verrons la répartition des acteurs qui interviennent sur les différentes composantes du processus d'accompagnement au logement. Chaque dossier d'accompagnement est construit autour d'un parcours unique et nécessite une dynamique adaptée et collégiale où l'expertise de chaque professionnel est mobilisée.

	< bac	Bac	Bac+3	Bac+5	Doctorat	Total
FORMATION ASSISTANTE SOCIALE	0	0	6	0	0	6
FORMATION ACCOMPAGNEUR	1	5	3	0	0	9
FORMATION COORDINATEUR	1	3	2	2	0	8
FORMATION EDUCATEUR	1	1	9	3	0	14
FORMATION CONSEILLER	0	1	7	1	0	9
FORMATION ANIMATEUR	2	4	3	2	0	11
FORMATION PROF MED	0	0	0	1	5	6
FORMATION PROF PARAMED	0	1	4	0	0	5
FORMATION DIRECTION	0	0	1	9	1	11
FORMATION CHEF SERVICE	0	0	5	4	1	10
FORMATION ADMINISTRATIF	4	9	6	1	0	20
FORMATION BENEVOLE	0	1	1	1	0	3
FORMATION AUTRE	4	5	3	1	0	13
Total	13	30	50	25	7	125

Tableau 6. Niveau de formation des salariés des associations enquêtées par métiers

Communication

18 dispositifs enquêtés déclarent développer des moyens de communication internes et externes, en matière d'accompagnement au logement. Ce sont notamment des conférences, des réunions d'information, des débats et rendez-vous avec les usagers, qui sont organisés 1 à 3 fois par an. Des pages spécifiques du site Internet sont consacrées à la question du logement pour 9 associations. En revanche, il est à noter qu'aucun enquêté n'utilise les réseaux sociaux pour sa communication (Facebook, LinkedIn, Twitter...).

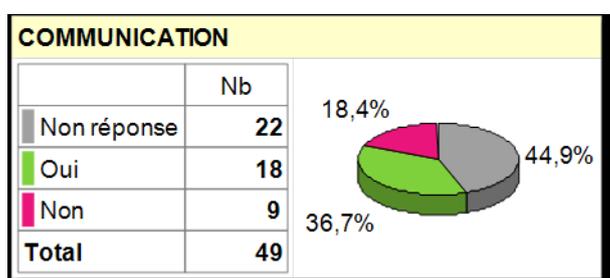


Tableau 7. Nombre de dispositifs « logement » ayant des moyens de communication

2.1.1.2 Profils des publics visés par l'accompagnement

Profils des usagers accompagnés

La deuxième partie du questionnaire vise à caractériser les usagers bénéficiant d'un accompagnement au logement : niveau d'autonomie, admission et donc accès aux dispositifs et orientation logement.

Il apparaît, dans l'enquête, que c'est bien la place de la personne accompagnée et son projet qui sont au cœur du dispositif. L'écoute de la parole de l'utilisateur sert de point de départ afin de permettre aux personnes d'avancer et de construire leur projet de vie. Ce dernier s'appuie sur « *ses choix, ses compétences, ses capacités, ses besoins, ses envies* ». Il s'agit d'aider les personnes à entrer avec succès, dans le milieu de « vie ordinaire » en fonction de l'offre des services, pour l'aider à maintenir sa situation. L'objectif est de donner à chaque personne son rôle citoyen en ayant une « vie sociale dans la cité ». Le travail d'accompagnement favorise « l'empowerment » des usagers (Fond-Harmant L, Voinson S, 2011)

Critères d'admission

Pour les professionnels des structures enquêtées, les principaux **critères d'entrée dans un dispositif d'accompagnement au logement** portent sur :

- La démarche « volontaire » de la personne,
- L'âge : +18 ans,
- Le lieu d'habitation : sur le territoire couvert par l'association/dispositif,
- Le suivi psychiatrique.

Admettre un usager dans un dispositif consiste surtout à évaluer la capacité de la personne à transformer une démarche volontaire en un « **projet réaliste** ». En définissant des critères d'admission au dispositif d'accompagnement, les professionnels cherchent à mesurer les aptitudes individuelles à « *vivre en groupe* », tout en n'étant « *pas sujet à des addictions trop invalidantes (toxicomanie, alcool...)* ». Mais la continuité du service psychiatrique est centrale, c'est par elle que passe le facteur d'équilibre entre le projet de vie des personnes et l'accès au logement. Notons que dans les critères officiels de l'admission aux SAVS spécialisés, la stabilité psychique constitue une exigence. Les professionnels enquêtés considèrent aussi, qu'en matière d'accompagnement au logement, un suivi psychiatrique ou la volonté d'intégrer une démarche de soins constitue une condition *sine qua non*, même si elle n'est pas formalisée. (Tableau 8).

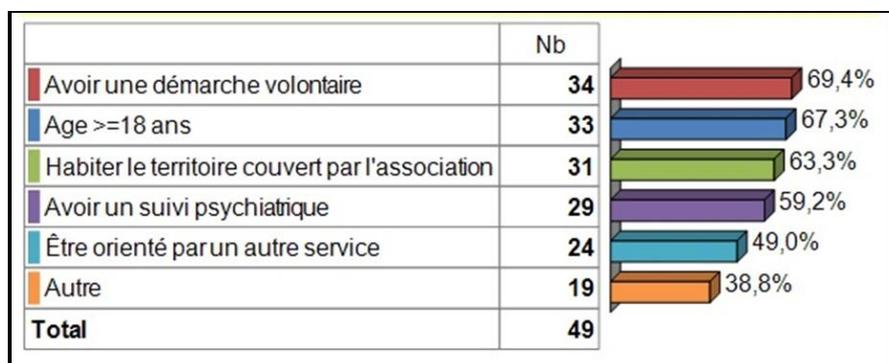


Tableau 8. Critères d'admission des usagers dans un dispositif « logement »

Chaque dispositif enquêté accompagne entre 20 et 40 personnes, autant d'hommes que de femmes. Même si l'accès au dispositif est ouvert à 18 ans, dans les faits, dans notre enquête, les bénéficiaires ont majoritairement 30 ans et plus.

Niveau d'autonomie

Le **niveau d'autonomie** des personnes est faible. L'accompagnement vise les petites et les grandes choses de la vie quotidienne : « *l'organisation des repas* », les « *démarches et vie dans le logement* », la « *vie en groupe et la relation à autrui* ». Les professionnels constatent que c'est surtout dans « *la recherche d'emploi et la construction d'un projet professionnel* » que le manque d'autonomie des usagers est le plus criant. Le travail des professionnels « éducateurs et accompagnateurs » est immense en matière d'accompagnement psycho-social. Mais, tout ce processus de socialisation des usagers atteint vite ses limites : « *Nous n'avons que deux bras et deux jambes !* » déclare un professionnel. La majorité des associations considèrent aborder la question de l'accompagnement au logement en prenant « *parfaitement en compte* » les questions de « *modes de vie* », « *de représentations* », « *d'habitudes culturelles* », « *de règles sociales...* ».

Notons aussi que la plus grande partie (55.1%) des enquêtés estime qu'elle prend en compte « *parfaitement* » les contraintes des personnes accompagnées telles que « *le lieu de vie* », « *le territoire* » et « *les cadres professionnels et familiaux* ».

2.1.2 Modalités d'accompagnement vers le logement

2.1.2.1 L'impact de la loi de 2005 sur les pratiques professionnelles

Pour la plupart des enquêtés, la loi N°2005-102 du 11 février 2005 favorise un cadre social novateur et améliore les pratiques professionnelles. Ils reconnaissent qu'elle a contribué à la création de nouveaux dispositifs et structures d'accompagnement social (SAVS) ou de lieux d'accueil social ou médico-social (FAM, MAS, GEM,). « *Cette loi guide les pratiques, puisqu'elle apporte de nouveaux droits et une reconnaissance aux personnes en situation de handicap* ».

22 des professionnels enquêtés considèrent que la loi du 11 février 2005 n'a fait que formaliser et renforcer des pratiques déjà existantes. « *Si la Loi ne change rien dans notre pratique, (...) il est évident que la Loi oblige enfin ce que nous préconisons depuis des années nous permettant ainsi, textes à l'appui, d'en vérifier ses applications au niveau de l'aménagement, de l'adaptation et de l'accessibilité de tous types de logements (collectifs, individuels, neufs ou à réhabiliter...)* ». Finalement la loi a légitimé la place de structures et services existants. Pour d'autres, « *cette loi a rendu " visibles " les personnes en situation de handicap psychique et leur a donné accès à des moyens de compensation* ».

La loi de 2005 permet de travailler sur le processus de dé-stigmatisation et favorise les « *échanges avec les bailleurs sociaux (ou leurs représentants) au sujet du handicap psychique encore méconnu ou mal appréhendé* ». En revanche, d'autres professionnels soulignent que « *malheureusement, la crise du logement et le manque de places disponibles ne sont pas résolus pour autant. Dans les pratiques professionnelles, elles nécessitent toujours « d'innover », de « créer des partenariats pertinents »...* « *La loi n'a pas modifié en profondeur nos pratiques professionnelles* ».

2.1.2.2 Les 5 phases du processus d'accompagnement

Pour les besoins de l'enquête, nous avons décomposé en 5 phases le processus de soutien au logement.

- Phase 1 : Découverte
- Phase 2 : Evaluation
- Phase 3 : Accompagnement
- Phase 4 : Maintien
- Phase 5 : Veille.

Dans le cadre de questionnaire, il a été demandé aux professionnels enquêtés de décrire le contenu de chaque phase. Tout comme le souligne le rapport du Cedias, (2010) nous constatons aussi que « *la durée, l'intensité et les phases d'accompagnement sont ajustées au rythme et aux besoins individuels de chaque personne* ».

La phase 1. Découverte

Pour les enquêtés, cette phase porte principalement sur l'analyse des besoins sous la forme d'entretien « *d'évaluation, d'admission, d'orientation, de présentation du dispositif, de motivation, de faisabilité du projet...* ». Elle recouvre des dimensions temporelles et spatiales différentes selon les structures : pour les uns, d'une durée d'une heure, cette phase consiste en un « *entretien accompagné par le futur usager et le prescripteur dans le but de présenter le projet associatif et les lieux du support à l'accompagnement* ». D'autres enquêtés précisent qu'elle a pour objectif « *l'orientation par un professionnel médico-social du secteur géographique, la visite de la structure et l'explication du projet de la structure, de son règlement, de son organisation* ». En effet, cette phase cherche à réunir les conditions les plus favorables pour la rencontre des acteurs et des lieux.

La phase de découverte consiste pour tous, en une phase d'adhésion de l'utilisateur à la mise en place d'un accompagnement au logement. Il s'agit « *d'admission permettant d'évaluer la faisabilité du projet et la motivation du candidat* ». Elle permet d'élaborer le dossier administratif et pour quelques associations, une rencontre avec un psychiatre référent est organisée, pour croiser son avis avec ceux des autres professionnels qui ont rencontré le candidat.

La phase 2. Evaluation.

La phase d'évaluation se caractérise, pour les professionnels enquêtés, par un diagnostic social et environnemental : elle consiste à mener « *une étude approfondie des besoins du bénéficiaire* ». Des grilles et questionnaires internes ont été élaborés par quelques associations pour évaluer « *les habilités cognitives, sociales, relationnelles* » ainsi que « *les ressources, les droits, la composition familiale* ». Il s'agit de définir le « *projet personnalisé* », ainsi que « *les difficultés et points forts et les actions d'accompagnement* » nécessaires.

La durée de cette phase varie d'une association à l'autre, soit de un mois à six mois. Quelques associations précisent qu'une « *évaluation à un mois permet de repérer les difficultés et les capacités (cognitives, sociales, relationnelles et habiletés de la vie quotidienne...)* ».

En revanche, « *une évaluation à trois mois (ou à six mois pour les logements regroupés) permet de déterminer ou de redéfinir le projet : appartement autonome, structure collective, retour en famille, etc...* ». Les plus longues évaluations ont pour objectif de « *réaliser un bilan, par un référent social, avec la personne, les services sociaux et service de soin* ». Cette évaluation se fait sous la forme de « *rendez-vous individuels, par l'accompagnateur, et d'entretiens collectifs en équipe* ». « *Ils permettent de voir si la personne peut faire ses courses, payer ses factures courantes, appréhender sereinement son environnement de vie, etc...* »

La phase 3 : Accompagnement

La phase d'accompagnement consiste en l'aboutissement du projet personnalisé par sa mise en œuvre effective : elle regroupe à la fois des activités de « *gestion administrative (information, démarches pour l'installation du logement, aide au budget), et des activités de gestion du quotidien (préparation des repas, ménage, courses...)* ». C'est une phase de soutien « *à l'acquisition des gestes de la vie quotidienne, à l'acceptation de la maladie et de la prise du traitement, à la relation aux autres, à la mise en place d'activités culturelles ou de loisirs, (...) à la gestion de la santé et de l'hygiène* » et la « *surveillance de l'état psychique de la personne* ». C'est un travail d'apprentissage et d'accompagnement psycho-social. « *Il s'agit ici de transmettre les informations nécessaires à la personne et de lui donner les moyens de se sentir à l'aise avec les dispositifs et les administrations. Cela passe donc par des explications adaptées et des accompagnements physiques également* ».

La temporalité de cette phase demande une implication sans relâche de la part des professionnels. Leur responsabilité est lourde et exige, pour les uns « *une ouverture de 365/jours par an* » des services d'accompagnement. Pour d'autres, les modalités de l'accompagnement se définissent en organisation de « *rencontres inter individuelles, par quinzaine au domicile de la personne* ». Ceci représente « *un accompagnement physique vers l'ensemble des espaces nécessaires au bien-être des usagers : sanitaire, social, éducatif, juridique, médical, administratif, socioprofessionnel, loisirs* ».

La phase 4. Maintien

Le maintien est la phase centrale. C'est lui qui construit la pérennité et la réussite du dispositif. Pour de nombreuses associations enquêtées, c'est la phase de maintien qui va permettre « *l'ajustement du projet personnalisé et la renégociation* ». « *Le maintien du lien se travaille tout au long de l'accompagnement de la personne : la souffrance psychique met à l'épreuve constamment ce lien qui reste fragile, autant avec les professionnels qu'avec l'extérieur. C'est la richesse du travail complémentaire en SAVS : il permet à la personne de se mettre suffisamment en lien avec nous, sans créer de lien de dépendance avec le service* ».

Toutes les associations enquêtées soulignent que la phase de maintien nécessite un travail d'équipe pluridisciplinaire : éducateurs, techniciens de maintenance, aidants familiaux ... Ce travail doit s'inscrire dans une dynamique afin d'intervenir régulièrement à domicile. Les structures d'accueil jouent un rôle régulateur, de maintien de l'équilibre de vie des personnes : les professionnels organisent des « *activités collectives* » et « *orientent les usagers vers des associations de quartier ou vers des structures de type ESAT, CATTP, Hôpital de jour...* ».

Sans vouloir « *chroniciser* » les personnes en accompagnement, le maintien du lien social et sa stimulation sont indispensables et tous les professionnels enquêtés reconnaissent l'intérêt du réseau partenarial local dans cette phase.

La phase 5. Veille

La veille sociale a pour objectif d'inscrire la personne dans une stabilité de vie avec des repères (CPM, médecin, activités sociales...). Elle « *est également travaillée tout au long de l'accompagnement qui se fait nécessairement pas à pas. La veille est un axe d'activité « prépondérant » avec notre public: c'est notre capacité d'adaptation permanente que nous tentons de maintenir en éveil, pour nous ajuster aux difficultés rencontrées par la personne* ».

Elle prend des formes différentes selon les structures des associations enquêtées. Pour certaines d'entre elles, « *les éducateurs spécialisés et les conseillers en économie sociale et familiale, référents sociaux, maintiennent une veille active sur toutes les questions liées au logement* ». Pour d'autres enquêtés, cette phase consiste en une « *astreinte téléphonique, les soirs, week-ends et jours fériés* ». Pour d'autres encore, il est important de « *rester disponible et à l'écoute* » de manière régulière afin « *d'évaluer la situation de la personne et gérer des situations d'urgence ponctuelle* ». La veille sociale, dans le processus d'accompagnement au logement nécessite de la permanence et de la souplesse et doit être en adéquation avec le besoin spécifique des personnes accompagnées.

2.1.2.3 La mobilisation des professionnels à chaque phase

Notre enquête révèle que, conformément au cadre réglementaire, tous les professionnels sont présents dans les 5 phases d'accompagnement avec une plus forte intervention **des éducateurs à toutes les phases**. En effet, le décret du 11 mars 2005, relatif aux conditions d'organisation et de fonctionnement des services d'accompagnement dresse une liste étendue des différents professionnels susceptibles d'être mobilisés, afin de laisser une marge importante à l'innovation sociale. Ce décret incite à une pluridisciplinarité des équipes d'accompagnement, sans conditionner la composition de ces équipes, sauf, dans le cas des services de soins qui doivent disposer de professionnels tels que médecins, infirmiers ou aides-soignants. Dans son étude le CREAHI Île-de-France (2010, p 51), confirme « *... l'intérêt de la pluridisciplinarité d'une équipe où chacun occupe une place d'accompagnateur (dans le cadre du projet collectif du service) et s'appuie sur sa clinique et ses compétences spécifiques pour intervenir auprès de la personne autant que de besoin et sur des séquences précises de l'accompagnement* ».

Ces diverses expertises mobilisées enrichissent, en effet, toutes les phases de l'accompagnement : chacun y apporte sa rigueur professionnelle pour construire le projet à long terme de l'utilisateur. A la rigueur professionnelle s'ajoute la souplesse des acteurs qui tout en suivant leur logique doivent comprendre les enjeux institutionnels et individuels. C'est dans l'interaction que les situations évoluent : les cadres d'exercice doivent être solides, mais souples et humains pour construire la confiance et la stabilité de l'accompagnement. (Cedias, 2010).

La phase 1, de découverte, mobilise prioritairement les « éducateurs », les « professionnels de santé » et les « chefs de service » et « administratifs ».

La phase 2, de l'évaluation, fédère pratiquement tous les métiers des associations, même si cette phase nécessite davantage les compétences de « l'éducateur », du « psychologue », du « chef de service » et de « l'administratif ».

Les phases 3-4 font appel à toutes les compétences des équipes, mais prioritairement, ce sont celles de « l'éducateur », du « chef de service » et du « psychologue » qui sont nécessaires.

La phase 5 de veille, implique l'activité « des chefs de service » ou de la « Direction » et les « éducateurs » qui se chargent des tâches de suivi et de coordination vers d'autres structures.

2.1.2.4 Les partenaires locaux

« Pour que la personne soit prise en charge par la bonne structure au bon moment, des mécanismes de coopération doivent être développés dans une perspective de maintien dans la communauté des personnes ayant un handicap psychique durable » (F. Ferrero, P. Guex, 2009)

La question des partenariats et de la coopération est très importante dans les pratiques professionnelles de l'accompagnement. Les différentes sphères professionnelles doivent se décroiser afin de pouvoir réussir le processus d'interaction nécessaire à un bon accompagnement dans le logement des usagers.

Il apparaît dans l'enquête que les principaux partenaires pour l'action d'**accompagnement au logement** sont de quatre types:

- **Les partenaires politiques** : Mairie ; Conseil Local de Santé Mentale; Financeurs; Ministère de la Cohésion Sociale...
- **Les partenaires du secteur médical** : Établissement Public de Santé Mentale ; Centre Psychothérapique ; CHU ...
- **Les partenaires du secteur social** : Conseils Généraux ; Associations (sport, culture...); Musée Social (Cedias), FNARS ; UNAFAM
- **Les partenaires bailleurs** : Bailleurs sociaux (publics/privés).

Les relations avec les partenaires ne sont pas toutes de même nature, et la place du 1er partenaire n'est pas la même selon les dispositifs enquêtés. Majoritairement deux grands types de partenaires apparaissent en 1^{ère} position : les bailleurs sociaux et les services médicaux, (Hôpital psychiatrique, CMP), médecins généralistes et infirmiers libéraux. Lorsque cela fonctionne bien, en terme de relation avec les partenaires, cela repose sur « *la coopération* », « *la coordination* », « *la relation de proximité* », la « *disponibilité* », le « *dialogue* », les « *échanges, la réflexion commune* ». En revanche, les points faibles de l'interrelation portent sur « *la position asymétrique* » des partenaires et/ou sur « *le manque de moyens de part et d'autre* ». Par ailleurs, pour certains enquêtés, « *le turn-over des personnes intervenantes au domicile est important* », ou des « *problèmes de coût d'intervention trop élevé sans aide financière du conseil général* » peuvent « *réduire le nombre de visites à domicile* ». Les problèmes de réactivité et de « *délais pour la prise de rendez-vous avec les psychiatres* » ne sont jamais faciles à résoudre.

2.1.2.5 Les événements et les partenaires associés

Les associations enquêtées font preuve d'un grand dynamisme. Pendant les trois dernières années, avec plusieurs partenaires locaux, de nombreux événements ont été organisés. Ils prennent diverses formes : « *conférences-débats, congrès, rédaction et publication d'articles, participation à des groupes de travail, Conseil local de santé mentale, Semaine d'Information sur la Santé Mentale, réunions de rencontres des usagers, visites de structures et inauguration d'établissements et de services, présentations d'ouvrages...* » A ces diverses manifestations sont associés des partenaires tels que l'UNAFAM, la FASM Fédération d'Aide à la Santé Mentale Croix marine, les Centres hospitaliers, les CHU, diverses structures et foyers thérapeutiques, le Cedias-Ancreai... Tous ces événements, à la périphérie de l'activité quotidienne de l'accompagnement au logement ont pour vocation de construire une culture commune des acteurs institutionnels, financeurs et politiques, professionnels du médical et du social, usagers, familles. Ils renforcent une vision constructive et positive du parcours des personnes en s'appuyant sur tout ce qui est fait en terme de potentialité, et non pas en terme d'incapacités sociales. C'est extrêmement stimulant pour toute la communauté : réduire les écarts dialectiques et sémantiques pour élaborer un système commun de valeurs professionnelles.

Ces événements et manifestations ouverts au public permettent aux acteurs de la santé publique de se retrouver, et de construire ensemble une démarche biomédicale et sociale de la santé mentale et de la psychiatrie.

2.1.2.6 Les activités éducatives et sociales pour l'autonomie des personnes

La plupart des associations du réseau (33/38) organisent des activités collectives et /ou individuelles pour favoriser l'autonomie des personnes en situation de handicap psychique qu'elles accompagnent. Nous avons classé ces activités en 2 catégories (Tableau 9).

Activités éducatives et/ou sportives	Activités sociales ou festives
<i>Chantier éco-citoyen; équitation; randonnée; art-déco; piscine; danse; sport collectif; cours de cuisine; tennis; jeux de société; arts plastiques; atelier musique; théâtre; jeux d'échecs; café littéraire, jardinage, pêche; bricolage; prévention routière; prévention santé; bowling; atelier photo; informatique; journal interne...</i>	<i>Soirées à thème; sorties culturelles; sorties festives; sorties gastronomiques; visites à domicile; gestion, administrative, budget, logement, alimentation, communication, hygiène et présentation de soi; activités de déstigmatisation; réunions d'expression...</i>

Tableau 9. Activités collectives et individuelles pour développer l'autonomie des usagers

Il est très utile de signaler que certains dispositifs complémentaires à l'accompagnement au logement (notamment les SAVS) jouent un rôle primordial de socialisation pour l'utilisateur.

2.1.2.7 Les réussites et les succès

Le contexte de travail étudié met en exergue des éléments très positifs relatifs aux succès et réussites des associations enquêtées. L'un des premiers succès de l'action de « l'accompagnement au logement » porte sur la diversité des axes d'interventions : « *préparation de la personne à entrer dans le logement* », « *à la lutte contre l'isolement social* », « *à l'autonomie retrouvée* » et à « *la coordination entre acteurs du médical et du social* ». Les professionnels ont une perception « **satisfaite et parfaitement satisfaisante** » de ces actions-là. (Tableau 10).

Axes/Evaluation	Insuffisante	Suffisante	Satisfaisante	Parfaitement	TOTAL
Soutien vie quotidienne	1	3	10	8	22
Activités autonomie	1	2	9	10	22
Lutte isolement social	1	1	7	13	22
Garantie famille	1	2	12	6	21
Préparation entrée logement	1	2	14	4	21
Coordination service logement	1	5	9	5	20
Garantie ccoordination soins	1	2	11	6	20
Prise en compte sociale	0	3	10	9	22
Soutien à l'insertion	0	4	7	9	20
Garantie coordination du parcours	0	1	10	11	22
Garantie soins psychologiques	0	3	8	8	19
Autre intervention	0	0	0	1	1
ENSEMBLE	7	28	107	90	232

Tableau 10. Auto-évaluation des divers versants de l'accompagnement

Tout ce travail est axé sur la réalisation du projet de vie des personnes et sur le maintien de leur vie sociale.

Très positive également, l'expérience largement reconnue des professionnels enquêtés en matière d'accompagnement au logement. Avec le temps et la construction de liens, le réseau institutionnel des partenaires locaux se montre de plus en plus confiant. Cette reconnaissance a donné l'occasion de « *publications, de prix, de trophées, d'ouvrages, de films pour la diffusion de l'information et de la connaissance* ». La confiance mutuelle des « partenaires » des structures d'accompagnement au logement a favorisé la création de nouvelles résidences. Par exemple, la Fondation de France a apporté son aide à l'aménagement de logements relais dans une Région. Par ailleurs, selon les professionnels enquêtés, les usagers, rendus autonomes dans leur logement, se montrent « *satisfaits et forts reconnaissants ainsi que leur famille* ».

Ces succès de la dynamique de l'accompagnement au logement sont principalement attribués à « *l'originalité des démarches* », « *à l'innovation des services et à la qualité du travail en réseau de proximité* ».

2.1.2.8 L'auto-évaluation des pratiques

L'analyse de l'appréciation des pratiques professionnelles en matière d'accompagnement au logement fait apparaître que sur 19 réponses, 11 professionnels qualifient leur action de « satisfaisante » et 4 de « suffisante ». Ces professionnels se basent sur la réalisation d'évaluation interne ou extérieure. Plusieurs d'entre eux sont « très satisfaits » de la démarche de « *projet individualisé réactualisé* » chaque année. En revanche, 4 équipes de l'accompagnement au logement apprécient de manière « insuffisante » le niveau de leur pratique professionnelle. Les raisons ? Notamment, un travail empirique, qui manque de formalisme ou qui souffre de la jeunesse de leur dispositif d'accompagnement au logement.

Le management de l'évaluation s'opère dans un contexte ouvert, participatif et interactif. En effet, les équipes des dispositifs, les bénéficiaires/usagers, la Direction et les chefs de service sont ceux qui sont actifs dans la phase d'évaluation de l'action d'accompagnement au logement et qui en reçoivent les résultats.

Les **principaux outils utilisés**, en matière d'évaluation, portent sur l'usage de documents tels que « *des grilles, des référentiels, les comptes-rendus de réunions, les bilans annuels, l'analyse de la pratique et les enquêtes de satisfaction* ».

« *Deux grilles d'évaluation servent de support et permettent de cibler d'une manière précise les difficultés et les capacités des personnes accompagnées, en rapport avec la mission du service. Des réunions de synthèse (admission, évaluation à trois mois, bilans intermédiaires et de sorties) rythment la prise en charge de l'adulte accompagné. Elles sont organisées par le service avec l'ensemble des partenaires et les familles quand cela est possible. Les réunions de synthèse et les comptes-rendus qui en découlent, représentent un support pour montrer l'évolution du résident ainsi que sa trajectoire au sein du service, mais aussi dans son projet* ».

2.1.2.9 La perception des manques et besoins

Certains professionnels enquêtés disent qu'il leur manque un certain nombre d'outils de formalisation et de structuration de l'accompagnement notamment « *une grille d'analyse statistique* », « *un référentiel d'évaluation interne* ».

Pour d'autres, les besoins portent surtout sur l'axe externe de l'évaluation. Ces professionnels ne se trouvent pas en capacité d'évaluer eux-mêmes leurs structures.

Par ailleurs, 66.7% des dispositifs enquêtés n'ont pas de guide et/ou de charte définis avec d'autres partenaires. Ceci malgré les nombreux partenariats mis en place : la formalisation des outils de travail est un défi à prendre en compte dans le réseau Agapsy.

	Oui	Non	TOTAL
CHARTE	40.9%	59.1%	100%
GUIDE	26.1%	73.9%	100%
Ensemble	33.3%	66.7%	100%

Tableau 11. Usages de charte ou guide

Dans la problématique de l'accompagnement au logement, au-delà des outils, quelques professionnels notent le « *manque de logement de transition et d'évaluation en appui de l'accompagnement SAVS* ». En effet, l'insuffisance de logements et de structures adaptées, ainsi que celle du manque de personnel est un point qui a été souvent souligné. « *C'est le personnel qui n'est plus suffisant, au vu des exigences des lois 2002 et 2005, qui posent des obligations en terme de suivi du projet individualisé, de qualité de l'accompagnement, de sécurité et de bien-traitance... et des écrits professionnels qui demandent des compétences, des capacités et du temps (car le temps que l'on passe à écrire n'est pas du temps que l'on consacre aux usagers)...* ». Nous l'avons déjà signalé, plusieurs associations sont surchargées de travail par manque de moyens humains et financiers.

2.2 Discussion et perspectives.....

2.2.1 Construire des conditions de réussite et des leviers d'amélioration des pratiques

En matière de partenariat, la question des conditions de réussite se pose avec la plus grande acuité. L'action d'accompagnement nécessite une grande attention de la part des intervenants. Des conditions préalables doivent être réunies pour apporter un certain nombre de pistes d'améliorations de cette action, surtout pour les structures nouvellement créées. Les principales difficultés rencontrées concernent « *la position/place asymétrique assignée à chaque partenaire* », le « *décalage de réponse (logement, partenaire)* », le « *temps de réaction en cas d'urgence et de crise et la place donnée à la parole de l'utilisateur (méfiance, accessibilité)* ».

L'inscription dans un réseau partenarial (bailleurs, financeurs, aidants, familles) et la bonne connaissance des bénéficiaires sont les principales conditions de réussite spécifiées par les professionnels enquêtés. A partir de leurs réponses, le tableau 12 récapitule plus finement de quelles manières ces conditions se déclinent.

Facteurs de réussite au regard des usagers accompagnés	Facteurs de réussite au regard du réseau des partenaires
<p><i>Réponse aux besoins, Évaluation correcte de l'autonomie, Prise en compte de l'évolution de la personne, Proximité (visite à domicile, écoute, accompagnement individualisé...) Prise en compte de l'environnement familial, social, culturel, économique de l'utilisateur Adhésion libre et entière de la personne à son projet Implication de la personne dans l'accompagnement Ajustement du temps et de la durée de chaque phase d'accompagnement.</i></p>	<p><i>Partenariat local solide, entre bailleurs, financeurs, professionnels... Coordination, Connaissance mutuelle, Réactivité, Disponibilité, Souplesse du dispositif, Formation continue des salariés (professionnelle, juridique...) Feed-back entre partenaires</i></p>

Tableau 12. Les facteurs de réussite identifiés par les enquêtés

Selon les enquêtés, les indicateurs d'amélioration de la relation partenariale doivent porter sur un certain nombre de propositions, que nous avons classées selon 3 leviers : budgétaire et politique, structurel et managérial.

Budgétaires et politiques

Les questions du manque de budget sont récurrentes et sous-jacentes, à plusieurs niveaux, dans les réponses au questionnaire. Elle tourne autour de la problématique du « *manque de moyens financiers au niveau associatif* », et de l'idée, plus macroscopique, que la volonté politique n'est pas assez prégnante pour prioriser l'accompagnement au logement pour les personnes en situation de handicap psychique : « *développer une meilleure volonté politique pour plus de financement* ».

Structurels

Cet axe regroupe lui-même deux types de propositions : celles qui portent sur le partenariat avec les services de psychiatrie de l'hôpital, et celles qui portent sur la nécessité de formaliser, de mettre en commun avec les partenaires :

➤ Propositions structurelles/services psychiatrie :

Il s'agit de « *diversifier les modes d'accueil sortant d'établissement public de santé mentale* », de revendiquer « *plus de lits dans les hôpitaux ou cliniques pour les accueils d'urgence en cas de crise* », « *des équipes de psychiatrie mobiles, se déplaçant au domicile des personnes 24h/24* ».

Il semble nécessaire de « *coordonner les sorties d'hospitalisation pour éviter les ruptures « résidentielles* », de « *trouver des modalités d'accueil des publics vieillissants, à partir de 50 ans, avec difficultés psychiatriques et en dépendance (addiction)* ».

➤ Propositions structurelles/formalisation :

Les propositions portent sur la nécessaire formalisation partenariale par « *des conventions avec les bailleurs de fonds* » notamment, ou par le « *montage des projets en synergie avec les différents partenaires dès le début de leur conception* ». Des études « *en amont et de manière concertée avec les différents acteurs* » sont également proposées.

Certains enquêtés proposent la création « *d'un réseau spécifique de partenariat* », et « *d'un centre régional de ressources avec des dispositifs départementaux relayés par les MDPH (usagers, familles, aidants, tutelles, équipes pluridisciplinaires)* ». Pour d'autres enquêtés, c'est l'élaboration « *d'une charte avec les services de protection judiciaire pour un suivi plus qualitatifs des usagers* » qui est nécessaire ainsi que la mutualisation d'une « *veille documentaire sur les logements spécifiques* ».

Managérial

Au niveau managérial, les propositions s'axent sur l'« *organisation de rencontres* » et de « *réunions régulières entre partenaires* ». L'objectif serait d'établir une « *meilleure concertation entre équipes partenaires* », afin de travailler sur le « *renforcement du réseau* ». L'organisation « *des synthèses systématiques avec les équipes médicales* » est également préconisée dans la perspective d'un travail de proximité dans le réseau. « *Les débats, rencontres, interventions de psychiatrie auprès des équipes et au sein de l'établissement hospitalier partenaire* » sont préconisés, comme outil fédérateur entre partenaires qui ont les mêmes enjeux.

Les directeurs et cadres des associations adhérentes se trouvent au cœur de cet axe de proposition d'amélioration : il serait probablement intéressant au niveau du réseau national d'Agapsy de préciser une réflexion aboutissant à un plan d'action de renforcement de la dimension managériale des chefs d'équipe, des cadres et des directeurs. Les rôles et fonctions des managers devraient, en effet, recouvrir davantage encore la dimension communicationnelle et relationnelle d'animation du réseau des acteurs individuels et institutionnels. C'est probablement sur ce levier d'amélioration des pratiques professionnelles qu'Agapsy peut le mieux soutenir les professionnels.

2.2.1.1 Mutualiser les expertises du réseau

L'enquête montre que les attentes des adhérents du réseau AGAPSY se définissent en trois grands axes de compétences :

- Un centre de ressources et de veille juridique,
- Le développement de la formation professionnelle thématique et la mutualisation d'expériences. Des échanges d'analyse de pratiques, de l'accompagnement méthodologique dont l'aide à la création de structures (ESAT...), l'aide à la réponse à appel à projet, le soutien au montage de projet sont proposés.
- L'ingénierie, l'expertise en matière d'évaluation interne /externe, d'outils et méthodes, d'audit de gouvernance sont attendus.

Par ailleurs, il ressort de l'enquête que les professionnels des structures associatives interrogées souhaitent, volontiers, mettre à disposition du réseau AGAPSY leurs compétences pluridisciplinaires en matière de :

- Formation : guide montage de dossier, résidence accueil, réhabilitation psychiatrique, handicap psychique et milieu protégé, accueil de stagiaires,
- Ingénierie/Expertise/Évaluation : compétences transversales, gestion de résidences sociales pour l'hébergement, carnets d'adresses.

Plusieurs enquêtés précisent leur intérêt pour partager et échanger dans le réseau Agapsy, mais regrettent le manque de disponibilité de leurs professionnels pour l'organisation de la mise à disposition de leurs compétences dans le réseau national.

2.2.1.2 Les défis pour Agapsy et ses adhérents

Cette enquête a donné « la parole » aux professionnels. Cette parole est riche, précieuse. C'est la parole de gens formés et expérimentés. De plus, ils sont plutôt dynamiques et volontaires. De l'auto-évaluation de leurs pratiques professionnelles de l'accompagnement au logement, les enquêtés montrent qu'ils doivent intégrer un grand nombre d'éléments, tant du domaine psychiatrique, juridique, psychologique, que économique et social... Ils ont exprimé que les dispositifs d'accompagnement leur font découvrir de nouveaux champs de pratiques « simples et complexes », que leur formation initiale n'avait pas forcément intégrés. A l'instar d'un courant anglo-saxon et allemand, Alain Berthoz (2009) introduit le concept de « simplicité », ou l'art de s'adapter au complexe. En effet, à la frontière entre les sciences du vivant, les sciences humaines et les sciences de l'ingénieur, cette théorie désigne la capacité des individus à réaliser des choses complexes par des procédures simples : entre simplification des pratiques et complexité du monde politique et social, les professionnels doivent intégrer et mettre en relation des situations, des personnes, des solutions et agir rapidement. De cette « simplicité » du travail en réseau avec les partenaires locaux émane le souhait des enquêtés de construire une vision commune et efficace. Au fond, chacun dans sa région se sent seul et isolé face aux situations complexes de l'accompagnement des usagers pour lesquelles il leur faut trouver des solutions claires, simples et précises. Les autres professionnels se trouvent confrontés à la même problématique. Chacun développe des stratégies spécifiques. Ils ont envie de partage, d'échanges pour s'adapter aux nouvelles réalités et à la complexité de leurs activités professionnelles.

Agapsy peut regrouper les besoins et les attentes manifestés dans cette enquête. Son rôle fédérateur permettra d'imaginer, ensemble, de nouvelles et de meilleures réponses possibles aux professionnels et aux usagers pour un meilleur « accompagnement au logement ». Agapsy peut proposer à son réseau d'adhérents des actions de formation, des outils de formalisation et de standardisation en matière d'accompagnement et d'évaluation des dispositifs (Vandoorne Ch, Jabot F, Fond-Harmant L, 2007). Agapsy peut organiser l'échange d'expériences et la mutualisation des expertises, construire une culture commune, fédératrice du réseau. Pour les enquêtés, Agapsy doit aussi servir de porte-parole, d'interprète, de décodeur, auprès des instances et des autorités pour faciliter le travail en réseau et l'efficacité des dispositifs logement. Au regard des résultats de cette enquête, ce sont là de véritables défis qui lui sont proposés par ses adhérents.

Références bibliographiques

- BABA-MOUSSA A., NACHE C., « Proposition d'une démarche d'évaluation de processus en éducation pour la santé », Santé Publique, n°4, 2010.
- BERTHOZ A., « La simplicité », Ed. Odile Jacob, Paris, 2009.
- CEDIAS, « Quels services d'accompagnement pour les personnes en situation de handicap psychique », octobre 2010.
- DESGAGNÉ S et BERDNARZ N., « Médiation entre recherche et pratique en éducation : faire de la recherche « avec » plutôt que « sur » les praticiens. Revue des Sciences de l'Éducation, vol XXXI, no 2, p. 245-258, 2005.
- DUBOST J. et LÉVY A., « Recherche-action et intervention. » Dans Barus Michel, J., Enriquez, E. et Lévy, A. « Vocabulaire de Psychosociologie, Références et positions ». Paris : Éres, p. 391-416, 2003.
- FERRERO F., GUEX P., « Psychiatrie sociale » in Revue Médicale Suisse, 2009; 5:1803-1804
- FOND-HARMANT L., VOINSON S., « Programme transfrontalier de promotion de la santé mentale : des actions pilotes d'empowerment », Dossier Empowerment et santé mentale, Santé de l'Homme, N°413, Mai-juin 2011.
- HAMMAN Ph., MEON J-M. et VERRIER B., « Discours savants, discours militants: mélange des genres », Paris, L'Harmattan, Collection « Logiques politiques », 2002.
- INPES, « Comment améliorer la qualité de vos actions en promotion de la santé : guide d'auto-évaluation construit par et pour les associations », Septembre 2009.
- LAVOIE L., MARQUIS D. et LAURIN, P. (2003). La recherche-action, théorie et pratique, manuel d'auto-formation. Sainte-Foy : PUQ, 2003.
- Nock F., « Petit guide de l'évaluation en promotion de la santé », Ed. 2006-2007, Mutualité Française.
- Université de Toronto, Centre for the Health Promotion, « Evaluation des programmes de promotion de la santé », Février 2002.
- VANDOORNE Ch., JABOT F. et FOND-HARMANT L., « Dossier : Les défis de l'évaluation ». La Santé de l'Homme, N°390, 2007.

3 REPRESENTATION DES ACTEURS...

Les représentations des acteurs ont été investiguées via des focus groups homogènes et transversaux (cf., Rapport méthodologie de la recherche-action) autour de 3 questions allant du général au particulier (en l'occurrence, des perceptions globales de l'accompagnement aux ruptures et solutions). Les participants appartenaient aux 6 « familles d'acteurs » suivantes :



NB : Un 7^{ème} acteur, « élus » s'est joint en cours de projet mais seulement dans 3 focus group régionaux. Du fait du faible nombre de personnes en présence, ces élus ont été intégrés le plus souvent dans le groupe de bailleurs ou un groupe « transversal ».

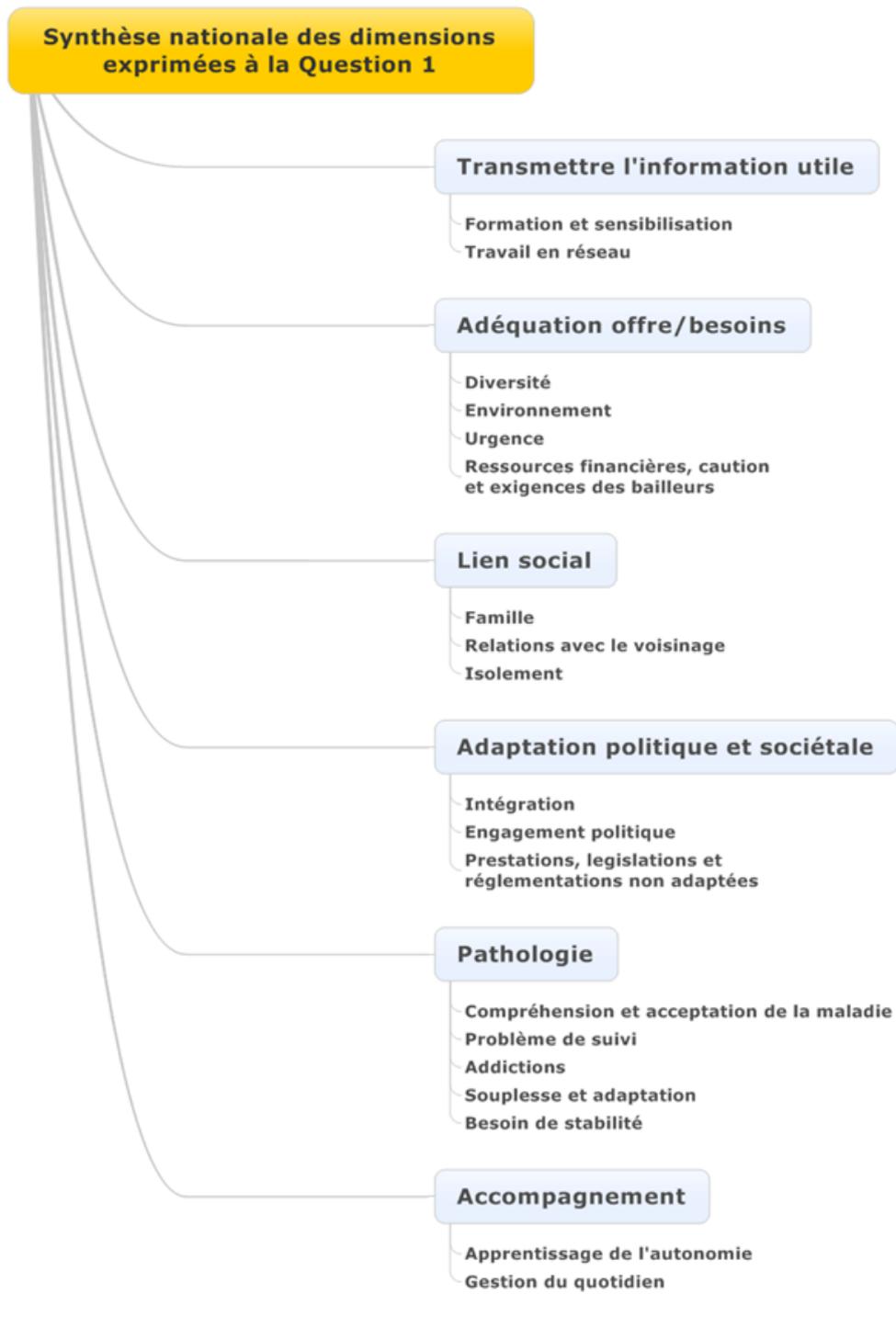
Dans chaque pôle interrégional, un groupe par famille d'acteurs a été constitué, soit **6 groupes, réunissant chacun 4 à 6 personnes**. Ces personnes n'ont pas été choisies au hasard. Les personnes interrogées sont moins un échantillon a priori représentatif qu'une sélection raisonnée de sources d'information.

Les focus groups ont été répartis dans **six grands pôles interrégionaux**. Il s'agissait de rassembler dans la mesure du possible des acteurs au niveau local comme régional concernés par cette problématique commune et qui partagent la volonté de collaborer au sein d'un réseau.

3.1 Perceptions spontanées des acteurs

Q1 : A quels éléments vous fait penser la question de l'accès et du maintien dans le logement des personnes souffrant de troubles psychiques ?

Figure 1 : Synthèse des dimensions Q1



Afin de faciliter la lecture des éléments, seule la synthèse des résultats obtenus y figure mais une annexe comportant l'ensemble des verbatim, suivant les groupes d'acteurs, est disponible.

3.1.1 Transmettre l'information utile

3.1.1.1 Formation et sensibilisation

En bref... .

Certains participants évoquent « *la nécessité de la formation des professionnels, des bailleurs, des enseignants au handicap psychique pour détecter de possibles troubles chez les personnes* » et d'autres précisent que même si les acteurs arrivent à « *repérer que les personnes souffrent de troubles psychiques, ils ne savent pas comment orienter les personnes vers des services adaptés* ».

Le repérage et le diagnostic précoce nécessitent donc une formation sur la maladie et les troubles psychiques ainsi qu'une information sur les dispositifs vers lesquels orienter. « *Un nombre important d'orientations sont inadaptées du fait du manque de connaissances* ».

Autre facteur déterminant pour une orientation adaptée, l'évaluation des besoins. « *Les personnes en situation de handicap psychique ont souvent du mal à évaluer leurs propres besoins et les structures d'accompagnement ont aussi parfois des difficultés à évaluer l'ensemble des besoins de la personne* ». On retrouve alors l'idée d'un parcours morcelé avec des acteurs aux compétences et champs d'action spécifiques. Aussi, l'articulation entre les partenaires est indispensable pour évaluer et accompagner de manière globale la personne face à une multitude d'acteurs. Comme le rappelle un participant au débat : « *Il ne s'agit pas seulement d'une meilleure information mais également de changement des pratiques, articulées avec davantage de partenariat* ».

Une spécificité a néanmoins été mise en avant comme gage de « *qualité de l'accompagnement* » : il s'agit de l'accompagnement dédié et spécifique « *handicap psychique* » (comparativement aux accompagnements dits « *généralistes* » accueillant tous types de handicaps). Cette nécessaire spécificité de l'accompagnement et de compétences pour suivre les personnes souffrant de troubles psychiques a été soulignée par les interlocuteurs qui spécifient « *le besoin de professionnalisation des acteurs (rigueur, écoute, analyse, réactivité)* ».

Les mandataires expliquent leur difficulté qui s'est accrue car leur « *métier est centré sur cette population depuis seulement la loi de 2009 et ils souffrent encore du manque de moyens* ». Ils éprouvent de la complexité dans leur recherche d'adhésion avec le bénéficiaire. D'autres participants ont également noté « *le paradoxe entre les principes d'accompagnement des professionnels et la non-demande* ».

Dans cette thématique de l'information, de la sensibilisation, de la destigmatisation et de la formation, on constate des problématiques propres en fonction de la « *famille d'acteur* » qui s'exprime. Deux types se dégagent : les acteurs possédant un certain savoir et une connaissance de la maladie, des troubles psychiques et de leur accompagnement et d'autre part, les acteurs n'ayant pas ce savoir mais impliqués et acteurs dans le parcours de vie des personnes.

Ces deux « *types* » de position ressentent le même besoin que les acteurs n'ayant pas le savoir, profanes sensibilisés, informés, voire formés. Les uns (médico-social, soin, usagers, familles, mandataires..) souffrent de la non-connaissance et reconnaissance de la spécificité du handicap psychique et les autres (bailleurs, élus) souhaiteraient mieux connaître cette spécificité et les acteurs pouvant les aider à appréhender les situations problématiques relevant de personnes souffrant de troubles psychiques.

Un même besoin finalement exprimé de façons différentes et pour des raisons différentes.

Le soin, le médico-social, les mandataires judiciaires souhaitent que les bailleurs soient sensibilisés au handicap psychique pour ne plus craindre de loger ces personnes. « *Lorsque des personnes sont en lien avec un Centre hospitalier spécialisé dans le domaine psychique, les bailleurs sont peu enclins à accorder un bail* ». Selon certains mandataires, les bailleurs auraient « *des craintes vis-à-vis de la maladie mentale, de l'entretien du logement et des personnes isolées avec difficultés d'accès au soin* ».

Les bailleurs font part d'une tout autre problématique qui est celle du partenariat et de l'aide qu'ils pourraient recevoir en cas de souci avec une personne souffrant de troubles psychiques. Encore faut-il qu'ils sachent que la personne a des troubles. Les bailleurs et les élus mettent alors en avant un besoin d'informations approfondies sur les personnes. Intervient alors la question du « secret partagé ».

Le besoin d'information est multiple : information sur la maladie et les troubles de façon générale pour l'ensemble des acteurs ; sensibilisation au handicap psychique et destigmatisation, information sur les partenaires et leur champ d'action et informations sur les personnes logées. C'est-à-dire, quelle information utile pour qui ? Utile pour que les acteurs prennent les meilleures décisions évitant les ruptures dans le parcours de vie des personnes.

Une fois l'information utile définie et délivrée, comment s'en saisir et changer les pratiques ?

Exemples donnés de changement des pratiques : « *rencontrer les bailleurs* » (et pas seulement fournir de l'information), « *remobiliser régulièrement l'ensemble des acteurs sur la question du logement et du handicap psychique* », « *connaître ce public sans le rejeter* » (concernant les bailleurs), « *développer les médiateurs chez le bailleur* », prendre conscience que « *la santé mentale est l'affaire de tous et de tous les élus (pas uniquement l' élu en charge de la santé, mais également celui de l'exclusion, du logement...etc.)* ».

Cela reprend le dernier point de cette grande thématique, la destigmatisation. Les participants aux focus groups estiment que la destigmatisation auprès du grand public est importante pour une meilleure intégration dans la cité. Les acteurs pourraient alors « participer à des actions de quartier afin de sensibiliser l'environnement social ».

- **NB:** Les usagers n'ont pas exprimé d'éléments relatifs à cette dimension.

3.1.1.2 Travail en réseau

En bref... .

Une coordination des acteurs pour une coordination et continuité dans le parcours de vie de la personne.

Le travail partenarial apparaît « *comme une évidence* » pour l'ensemble des acteurs. Chaque famille d'acteurs l'a largement mis en avant lors de la première question ouverte des focus groups. Bien que le partenariat et la coordination paraissent nécessaires, leur application n'est pas évidente, ni pratiquée par tous, ou encore développée de la même façon.

Bien que convaincus de la nécessité du partenariat, les acteurs démontrent par l'énumération des acteurs à prendre en compte et les freins existants que cela est plus compliqué à faire qu'à dire. Le partenariat ne dépend pas que de sa propre personne mais aussi des autres qui doivent également faire le premier pas dans certaines conditions : ne pas prendre la place de l'autre, dépasser les volontés personnelles, avoir et prendre du temps, s'adapter aux cultures de chacun... Autant de paramètres extérieurs à sa propre personne qu'il faut combiner (dans le cas où la personne elle-même est déjà encline à développer le partenariat).

Certains envisagent le partenariat comme de l'entraide, d'autres comme un moyen de redistribuer le travail entre professionnels et de déléguer des responsabilités, d'autres comme une garantie de ne pas avoir de soucis, ou comme un processus permettant de faire réussir des projets, d'autres encore comme une méthode de travail à améliorer, d'autres enfin comme un moyen d'améliorer l'accompagnement pour la personne...

Autant d'objectifs qui appellent des organisations concrètes différentes. Notamment, des lieux et des outils de concertation et de partenariat (« *Conseil local en santé mentale* », « *atelier santé ville* », « *convention* », « *diagnostic partagé* », « *partenariat dès le montage de projet* », « *construction des outils d'évaluation du handicap avec les partenaires* »).

Le discours des différents acteurs fait aussi appel à la question du pilotage du partenariat. Qui est le pilote ? Qui est moteur de ce partenariat ? Qui est le « chef d'orchestre » ?

Le soin joue un grand rôle, un rôle clé dans le parcours de vie des personnes et donc dans les partenariats nécessaires. Son discours est à la fois d'être conscient de cette importance et à la fois de son enfermement et d'inaccessibilité. Les soignants se positionnent comme « devant être moteur » dans les partenariats tout en devant laisser la place.

Le médico-social aurait tendance à « contourner » le problème, ce qui pourrait être une des meilleures solutions, en parlant de référent de parcours. Ce référent ferait le lien entre tous les domaines et tous les partenaires qui entourent la personne.

Le mandataire judiciaire tend parfois à se considérer comme le « *chef d'orchestre* »

Le bailleur est parfois présenté comme « *facilitateur d'articulation entre les équipes* ».

Ce qui fait frein au partenariat dans les pratiques actuelles :

- pour le soin, c'est « *le fait des cultures en présence* » qui entraînent une difficulté à se comprendre.
- la « *diversification des réponses* » et « *les étapes imbriquées* » rendent le système lourd et le travail important
- pour faire du réseau encore faut-il qu'il y ait des partenaires sur le territoire. « *En zone rurale, tout manque* ».
- la difficulté pour le sanitaire est souvent de « *laisser la place* » aux autres professionnels sociaux et médico-sociaux
- le manque d'information, de connaissance et de reconnaissance des partenaires qui existent sur le territoire
- le manque de temps pour construire et faire vivre ces partenariats. Un acteur du sanitaire faisait part de ce manque de temps et donc d'écoute de façon imagée et en même temps (complètement) figurée : « *Les services de psychiatrie sont trop fermés. Ils ont du mal à ouvrir leur porte et leur écoute. Les réponses sont souvent insuffisantes. Ouverture des CMP : 9h-17h. Nécessité d'une personne ressource* ».

On constate que le manque de temps, de moyens et de personnes ressources pèse fortement sur le partenariat et sur les réponses données aux personnes et aux partenaires. L'ensemble est corrélé.

On retrouve toute la complexité de cette thématique dans les propos des acteurs, dans leurs perceptions de ce qui est indispensable et nécessaire, dans leur constat de la réalité et enfin dans leurs propositions teintées de paradoxes (être moteur tout en laissant la place, rechercher une réponse pour soi en créant un cadre plus large de concertation...).

La plus grande complexité semble provenir du sanitaire.

On sent que le partenariat ne se résume pas à une convention mais suppose un réel état d'esprit et de mise en œuvre de pratiques : « le partenariat commence par l'aide aux partenaires », « avoir sa place », « se connaître et se reconnaître », « arriver à travailler avec les autres »

On voit apparaître la notion d'alerte : qui alerter, quand, comment et comment se faire entendre ? Ces problématiques proviennent des bailleurs et des mandataires. Les bailleurs évoquent davantage leur besoin de pouvoir compter sur des partenaires en cas de situations difficiles avec une personne souffrant de troubles psychiques, étant donné qu'ils n'ont pas la compétence pour gérer ces situations. Ils s'inquiètent de ne trouver personne pour répondre à leur alerte.

En revanche, les mandataires judiciaires ne s'inquiètent pas de se trouver face à une situation de crise d'une personne, mais d'avoir décelé une situation de détresse et de ne pouvoir transmettre cette donnée aux partenaires compétents avant que la situation ne devienne une crise ou une urgence. Ils déplorent de ne pas être assez entendus et pris en compte lorsqu'ils alertent le soin, alors qu'ils se considèrent comme des acteurs du quotidien connaissant parfois « mieux » la personne suivie que le médecin lui-même.

Les usagers se disent tout à fait conscients et « ressentent l'importance d'une bonne coordination entre le sanitaire, le social et les services de tutelle pour tout ce qui concerne l'accès et le maintien dans le logement »

3.1.2 Adéquation offre/besoins

3.1.2.1 Diversité

En bref... .

La diversité des besoins appelle à une diversité de l'offre, avec certaines constantes.

La question large de l'accès et du maintien dans le logement des personnes souffrant de troubles psychiques appelle tous les groupes à faire le constat particulier récurrent d'un manque de logement à la fois individuel (accès difficile au logement social) et à la fois en logements/hébergements spécifiques adaptés.

La diversité des situations se reflète dans l'expression souvent employée par les acteurs pour en parler : il y a autant de souffrances et de maladies psychiques qu'il y a de personnes et/ou de malades.

La diversité des situations se retrouve donc dans cette diversité de souffrances, de symptômes et de somatisations que les acteurs appellent « *la spécificité de la maladie* », auxquels s'ajoutent d'autres spécificités comme l'âge (« *les publics jeunes* »), « *l'évolution des pathologies* », « *le vieillissement physique de la personne* », « *la vie à la campagne* », « *l'encombrement de la ville* », « *le besoin de compagnie animale* »... autant de paramètres auxquels les dispositifs et le logement doivent pouvoir être adaptés. Autant de paramètres qui sont actuellement des freins pour l'accès et le maintien dans le logement comparativement à une personne lambda.

Aussi, les acteurs insistent-ils sur « *la nécessité d'avoir sur le territoire suffisamment de structures diversifiées afin de pouvoir répondre et s'adapter à l'évolution de la pathologie, de la personne et de son vieillissement* », mais aussi à leurs revenus.

Comme l'indiquait un bailleur : « *on ne fait pas entrer une personne avec un chausse-pied dans un logement !* ». En effet, à défaut d'avoir des logements adaptés, les personnes ne peuvent choisir leur logement et se retrouvent dans des lieux vétustes et insalubres (mais au prix adapté à leurs revenus).

Le manque de structures adaptées amène les personnes à quitter le territoire « *pour les cas les plus lourds, certains doivent même aller en Belgique, car l'offre est très rare ou insuffisante* ».

Les usagers expriment très bien les conséquences de ce manque de logements sociaux et de logements adaptés pérennes : « *le logement précaire entraîne l'aggravation des symptômes de la maladie, le sentiment d'insécurité, l'obligation d'accepter les propositions de logement/hébergement même si nous ne sommes pas d'accord* ».

Tous déplorent un manque et une forte inadéquation de l'offre par rapport aux besoins.

D'où l'impérieuse nécessité de développer une palette de solutions, un accompagnement pour l'accès, le maintien et la réorientation en logement adapté à la personne. Quand la palette existe, les dispositifs sont souvent saturés et encore faut-il en connaître l'existence.

Pour un meilleur accès au logement, à l'accompagnement et aux dispositifs, les professionnels devraient être informés sur les établissements et services de leur territoire et sur leurs missions.

La complexité des structures, des droits, des administrations impliquent une information claire auprès des acteurs, des usagers et des familles. Un usager rappelle très justement qu'à la sortie de l'hôpital, pour accéder à un logement, « *il faut combiner toutes les attentes et avis (ceux du médecin, de la famille, de la personne, du médico-social, de la MDPH...)* ». Il est donc important que tous connaissent bien l'existant et se coordonnent autour de la personne émettant son souhait.

Les focus groups ont d'ailleurs permis aux différents acteurs d'apprendre l'existence d'autres formes de logement et d'accès : « les logements hors-normes et les logements mobiles sont un choix de vie possible mais très peu considérés par les politiques sociales » ou encore « le recours aux agences immobilières à vocation sociale ».

Concernant la thématique de la diversité de l'offre certaines constantes sont apparues comme la nécessité d'un accompagnement autour ou dans le logement, d'un environnement ouvert sur la vie citoyenne et non en « zone sensible » et enfin, la sécurité.

La sécurité est un mot fréquemment employé par les professionnels, familles et usagers en parlant du logement. Le sentiment de sécurité peut conditionner l'accès et le maintien dans le logement de la personne. Il est « lié à l'environnement et au suivi social » comme l'exprime un usager. Il se retrouve également dans la crainte d'être envahi par les autres ou tout autre élément qui mettrait possiblement en péril cette sérénité. Les personnes anticipent alors ce risque d'insécurité, ce qui les contraint parfois à vivre avec cette inquiétude forte. La nuit est souvent révélatrice de cette inquiétude d'insécurité. Des bailleurs ont alors mis en place des équipes de veille de nuit dans les parcs de logements sociaux ou de résidences sociales permettant d'accompagner et rassurer les personnes durant ces moments difficiles.

Le choix de l'environnement et du cadre à l'extérieur et l'intérieur du logement sont donc primordiaux.

3.1.2.2 Environnement

En bref... .

L'environnement, continuum du logement.

L'environnement du logement, et donc de la personne, est un élément clé pour son maintien dans le logement, sa stabilisation, son insertion dans la cité, son développement social, la prévention de l'enfermement et du repli sur soi...etc.

Le besoin de sécurité a été cité comme étant souvent très présent chez les personnes souffrant de troubles psychiques, de même qu'un environnement propice à la vie de quartier, à l'accessibilité des commerces et à l'ouverture sur la vie citoyenne. La « *vulnérabilité* » de la personne appelle à une vigilance dans le choix de son environnement. L'adaptation du logement se fait à plusieurs niveaux : « *confort, sécurité, localisation, voisinage, intégration au quartier, accessibilité des transports...* ». Les usagers parlent d'un souci de « *ghettoïsation* » de personnes en difficultés qui produit alors un environnement non propice pour la personne. On retrouve alors des éléments historiques dont il est important de tirer des leçons. A l'origine, les hôpitaux psychiatriques étaient construits en marge des villes, éloignant les personnes et rendant leur contact difficile avec les habitants. Désormais, le soin est intégré dans la cité, les lits d'hôpitaux sont restreints et les personnes sont toujours autant, voire plus, à être logées/hébergées dans la cité. Aussi, les dispositifs doivent se développer en conséquence mais toujours dans la cité de façon homogène pour éviter à nouveau cette « *ghettoïsation* » stigmatisante.

Les familles donnent des exemples d'environnements adaptés tout en rappelant qu'un logement adapté pour l'un peut être source de ruptures pour un autre : « *il faut par exemple privilégier les appartements en rez-de-chaussée qui limitent le risque de suicide, les nuisances éventuelles pour les voisins. Ces rez-de-chaussée sont d'ailleurs souvent moins demandés par le grand public mais a contrario, ils peuvent faciliter les risques d'intrusion* ».

3.1.2.3 Urgence

En bref... .

Quand le système provoque l'urgence : au niveau du système d'accès au logement et du système sanitaire. La notion d'urgence a été mentionnée sous différents aspects par les « familles d'acteurs ».

L'urgence pour trouver un logement ou en changer.

La difficulté à trouver un logement ou changer de logement peut entraîner une rupture du soin, une décompensation, un retour en arrière, une démotivation et aussi un « *maintien à l'hôpital par manque de solution de sortie* ». Les mandataires judiciaires se disent fréquemment confrontés à « *devoir trouver un logement dans des délais très courts mais, par défaut de solutions adaptées existantes, n'ont que des situations d'attente* », comme peut l'être le fait de rester à l'hôpital. Le problème est alors déplacé sans être résolu.

Le maintien dans le logement est exprimé alors « *comme n'étant pas forcément la solution la plus adaptée* », « *le changement de lieu d'habitation peut être rendu nécessaire au vu du mal être ressenti par la personne dans un type de logement* ».

L'urgence à quitter le domicile familial.

Les usagers font part de cette urgence, dans des cohabitations difficiles, à trouver un logement autonome.

L'urgence d'une situation de crise.

Les professionnels du médico-social et les bailleurs déplorent que « *les soignants et les forces de l'ordre refusent de se déplacer* » malgré l'alerte d'une situation de crise, « *chacun se renvoyant la balle* ». Bien qu'il soit reconnu que « *les situations d'urgence tendent à se réduire lorsqu'il y a un accompagnement adapté* », certaines crises sont parfois inévitables et de nombreuses personnes sont encore dans le déni et l'isolement.

Concernant l'intervention à domicile en cas de crise ou de détresse, la question de « *la légitimité à intervenir dans un espace privé* » se pose ainsi que la notion de risque (« *dangerosité à évaluer* »).

On retrouve à nouveau un clivage entre ce que les uns voudraient que les autres fassent et les autres qui n'ont pas conscience de ce besoin car d'autres préoccupations les assiègent. La limite des fonctions de chacun entraîne parfois des situations d'incompréhension et des soucis, sans vision de solutions ce qui peut alors se terminer de façon très grave pour les personnes.

On constate des pratiques actuelles ainsi qu'un système, un fonctionnement et des périmètres d'action de chaque professionnel parfois trop limités et non articulés, provoquant des absences de réactions pour certaines situations. Le non-déplacement des acteurs du soin au domicile de la personne est fréquemment cité ainsi que les procédures longues d'attribution d'un logement ou encore les limites de la protection juridique des personnes.

3.1.2.4 Ressources financières, caution et exigences des bailleurs

En bref...

De quelle autonomie parle-t-on lorsqu'on évoque le « logement autonome » ? Les ressources financières sont au premier plan.

Le maintien et surtout l'accès au logement dépendent en grande partie des conditions émises par les propriétaires du logement que la personne doit être en capacité d'assumer. En premier lieu le loyer. Les logements sociaux étant difficiles et longs à acquérir, les personnes doivent alors chercher une réponse dans le privé. Cette solution semble accessible en zone rurale mais impossible dans les grandes villes où les loyers sont inabordables pour de si faibles ressources. Il arrive même qu'en logement HLM, les revenus soient si faibles qu'ils couvrent uniquement le montant du loyer... Les personnes « vivent alors en-dessous du seuil de pauvreté ». Les loyers sont trop élevés ou les ressources sont trop faibles, mais quelle que soit la réponse, les solutions pour y remédier apparaissent inexistantes. Une incompréhension et une confusion apparaissent lorsque les acteurs évoquent les conditions d'accès au logement exigées par les bailleurs. Ces derniers n'ont pas tous les mêmes politiques d'octroi de logement. Les conditions demandées varient d'un bailleur à l'autre et parfois d'un appartement à l'autre dans un même parc locatif.

Pour que le dossier soit éligible, les bailleurs demandent : « *une personne cautionnaire, mais pour les personnes isolées cela est souvent impossible* », « *une avance des frais, mais pour les personnes aux ressources précaires, c'est très problématique* », « Que la personne soit sous mesure de protection juridique », « Que la personne ne soit pas sous mesure de protection juridique car stigmatisant », Une autre source de revenu car « *l'AAH n'a pas de crédit auprès des bailleurs* », « *Une garantie médicale que la personne sera capable d'assumer l'entretien convenable de son logement* »

Dans ces quelques exemples d'exigences énoncées par les participants aux débats, on constate bien une confusion et des contre sens révélateurs de la vision qu'a le bailleur des personnes souffrant de troubles psychiques. Il s'agit d'une vision erronée, stigmatisée et surtout frileuse. Les bailleurs semblent vouloir se protéger, protéger leur logement et le voisinage par ignorance de ce qu'est le handicap psychique et ses manifestations. Malheureusement, ces demandes de garanties très contraignantes bloquent l'accès au logement de personnes dans le besoin.

Ensuite, le bailleur demande un loyer. Les ressources financières de la personne sont les seules à pouvoir y répondre. Les usagers et les familles signalent qu'une fois passée l'étape de l'accès, il reste l'étape du maintien et de la pérennisation du logement et donc des ressources financières. Les usagers ajoutent que « *les situations financières peuvent évoluer parfois brutalement* », elles sont « *accentuées également dans l'hypothèse d'une inactivité professionnelle* ». La variabilité des troubles impacte la stabilité dans l'emploi, qui entraîne des situations financières variables et parfois des « *hospitalisations sur une longue période (problème du cumul du coût de l'hospitalisation et du coût du loyer)* ». Tous ces éléments forment une spirale qui ne permet pas de devenir autonome, dans un logement « autonome ».

Un bailleur est un organisme qui loue des logements en échange de loyer, il doit également garantir la paix dans le parc locatif. Les contraintes que le bailleur doit respecter l'entraînent à prendre des mesures de sécurité qui sont parfois contradictoires.

3.1.3 Lien social

3.1.3.1 Famille

En bref... .

Aider et travailler avec les familles.

La famille est un acteur majeur dans le parcours de vie d'une personne. Aussi bien par sa présence que par son absence. Un mandataire judiciaire explique que « *l'isolement social et familial dont souffre une grande partie des personnes qu'il suit est une difficulté supplémentaire en logement autonome* ». Comme l'exprime un membre de l'Unafam, « *46% des personnes concernées vivent dans leur famille, souvent par défaut, alors que le logement est un droit* ».

Plusieurs éléments ressortent de ces propos.

La grande majorité des personnes souffrant de troubles psychiques « *vivent dans leur famille* », sans parfois être connues d'aucun service, sans accompagnement ni aide pour la personne et sa famille. L'hébergement familial est une « *solution par défaut* » d'un logement adapté dans la cité mais aussi par méconnaissance des possibles accompagnements et accès au logement ou encore par refus de la personne ou de la famille de mettre fin à la cohabitation.

Le « *logement est un droit* » mais les difficultés que peuvent rencontrer les personnes pour y accéder découragent certains qui restent alors au domicile familial. Les familles se disent « *être encore bien souvent le dernier recours* », ce qu'elles déplorent.

La question se pose alors de l'accès au soin, d'amener la personne vers un accompagnement et un logement adapté, d'apprendre à « *vivre en dehors de la famille* » et « *d'anticiper la disparition de la famille* ». Autant d'actions qui nécessitent un accompagnement et suivi extérieurs à la famille et à la personne.

Les familles sont dans une position délicate qu'il est important de comprendre pour mieux appréhender leurs réactions et travailler avec elles les situations de leurs proches, dans lesquelles elles sont impliquées. Les professionnels parlent de « *travail* » avec les familles. Ces dernières sont considérées comme de réels accompagnants faisant partie intégrante du parcours de vie de la personne, mais aussi comme des éléments clé pouvant parfois faire basculer une situation. Les familles ont un poids sur les épaules mais également une proximité et souvent une implication émotive qui ne leur permettent pas de prendre assez de recul et de détachement pour amener son proche vers la « *séparation* » et l'autonomie.

Les professionnels du sanitaire expliquent leur « *travail* » avec les familles dans le but « *d'évaluer le lien, la séparation et les futurs liens à mettre en place* ». En effet plusieurs étapes semblent indispensables pour éviter que le changement soit une rupture. Malgré tout, « *ces périodes de transition sont difficiles et souvent vécues comme des ruptures* ». Une personne précise que « *ces changements sont particulièrement difficiles à travailler avec les familles* ».

La famille peut être un frein ou un levier pour l'accès au logement. On revient alors à cette notion d'implication et de proximité dont souffrent les parents mais qui les rendent aussi protecteurs et attachés à leur proche. Une famille exprime « *la fatigue, le stress, la tentation parfois de tout abandonner* ».

L'aide aux aidants apparaît comme indispensable et doit être prise en compte par l'ensemble des acteurs qui gravitent autour du proche malade (le médecin, le médico-social, le mandataire...).

La notion de « *dernier recours* » nous renvoie à la thématique de l'urgence et du partenariat. La famille vient combler un manque d'intervention des professionnels et des dispositifs (ex : concernant l'intrusion dans le logement ou quand il n'existe pas de véritable accompagnement sur le territoire).

Mais qu'en est-il des personnes qui n'ont pas de famille ?

3.1.3.2 Isolement

En bref... .

« La question du vivre ensemble est au cœur de la problématique du logement » et du « savoir vivre seul ».

Le « vivre ensemble » revêt différentes dimensions. A la fois, vivre dans un ensemble d'appartements, vivre à l'échelle d'un quartier (commerces..), vivre ensemble des moments de socialisation et d'activité et à la fois, « *apprendre à vivre seul* ».

« *La solitude et l'isolement sont de réels facteurs de rupture* ». Une personne peut s'isoler du contact des autres mais peut également subir l'isolement d'un logement en banlieue, loin des activités et de ses proches. « *La vulnérabilité entraîne une fragilité qui s'accroît si le logement se situe dans un lieu géographique inadapté ou si le type de logement est inadapté* ». Pour rompre ou éviter cet isolement, l'environnement et le logement sont à choisir avec précaution et anticipation d'une situation déclencheuse de rupture.

La solitude relève d'un manque de capacité à s'occuper et à s'ouvrir sur l'extérieur mais également « *d'un manque d'activités, d'autant plus le week-end* ».

Les GEM ont été salués à de nombreuses reprises « *comme étant un dispositif important permettant à leurs adhérents de tisser des liens de solidarité tout à fait essentiels* ». Les GEM permettent également « *de soutenir et d'orienter les personnes vers des activités et vers les autres* ».

Les usagers ont fait part de leur souhait de « *temps collectifs permettant de s'interroger sur : quel vivre ensemble ?* ». Et reconnaissent qu'« *un travail thérapeutique faciliterait l'apprentissage à vivre seul* ».

3.1.3.3 Relations avec le voisinage

En bref... .

Les relations avec le voisinage agissent comme un révélateur.

« *Les relations avec le voisinage peuvent être parfois très difficiles* », amenant la personne à se sentir isolée, jugée, incomprise et créant un climat pesant et négatif, au point de se replier et de n'accepter aucune communication avec l'extérieur. Il est alors difficile de pouvoir l'accompagner et l'amener vers le soin. Les bailleurs disent l'importance de « *ne pas laisser la situation en l'état* » et pensent que « *les équipes mobiles de soin sont essentielles pour créer du lien et amener la personne vers le soin et l'accompagnement social et/ou médico-social* ».

Les relations avec le voisinage apparaissent également comme des révélateurs :

- de situations difficiles et non suivies
- des limites du droit et des libertés
- du manque d'information et de sensibilisation du grand public et donc de stigmatisation
- des conséquences de la maladie (on en apprend beaucoup sur le comportement des personnes, sur leur mode de vie et la complexité des manifestations des troubles. Le logement joue le rôle d'un « observatoire » extérieur.)

Les bailleurs considèrent que les troubles du voisinage sont un moyen de « détection de situations » qui nécessitent un accès au soin. Ils préconisent « *d'avoir des liens avec les personnes rencontrant des troubles du voisinage* ». Conscients qu'il « *ne faut pas laisser les situations en l'état* », certains expliquent que « *si aucune solution n'est trouvée, la procédure d'expulsion entraîne la démarche d'aller vers la personne* ». Les troubles du voisinage de fait peuvent aller jusqu'à entraîner « des hospitalisations sous contrainte », toujours dans cette démarche d'amener au soin, comme le font « les équipes mobiles ».

Le voisinage permet donc de révéler des situations de détresse et de crise, si les professionnels savent l'entendre, arrivent à entrer en contact avec la personne et atténuer les troubles.

A leur tour, les mandataires judiciaires expriment les limites de leur action. Il existe une charte des droits et libertés de la personne majeure protégée qui rappelle que celle-ci a des droits et peut prendre des décisions personnelles (mettre de la musique, vivre la nuit, choisir son lieu de vie...) que le mandataire judiciaire ne peut empêcher.

Par manque d'informations sur ces limites, le voisinage a tendance à penser que le mandataire peut intervenir en cas de troubles et les faire cesser. Or, c'est juridiquement impossible. Le mandataire subit alors une pression de la part du voisinage et du bailleur. Cette désillusion est accompagnée d'une incompréhension par le voisinage quant aux comportements et aux choix de la personne. La souffrance et la maladie psychique révèlent des symptômes en décalage avec le mode de vie ordinaire, comme la crainte de la nuit (où les trop fortes stimulations de la journée qui font que la personne dort le jour et vit la nuit), le repli sur soi, la difficulté des tâches quotidiennes, notamment le ménage... Autant de difficultés que les SAVS, SAMSAH, CMP peuvent faire évoluer. Encore faut-il que la personne soit suivie, puisse et veuille en bénéficier.

La stigmatisation par les voisins, leurs craintes et leurs interprétations peuvent entraîner un isolement extrême de la personne. Chacun pâtit des troubles occasionnés.

3.1.4 Adaptation politique et sociétale

3.1.4.1 Intégration

En bref...

Quand le regard entraîne les actes.

Le regard du voisinage, du bailleur, de la population en général stigmatise la personne en situation de handicap psychique. Sa souffrance s'accroît alors pouvant entraîner un repli sur soi, une peur de sortir... La personne est ainsi « confrontée à la réalité » de la société.

Ce regard est construit à travers des idées préconçues (médias, rumeurs, généralités, stéréotypes, imagerie, politiques...) mais aussi des expériences d'incompréhension face aux comportements des personnes en souffrance psychique ou des expériences de conflit et de nuisance.

Le regard, étant déjà pesant et difficile à vivre, peut entraîner des actes lourds de conséquences pour la personne. Cette vision déformée (non objective, en connaissance de tous les paramètres) qu'a le grand public des personnes en souffrance, l'amène parfois à prendre des décisions et à agir différemment qu'avec une personne ordinaire.

La discrimination par les bailleurs a été citée comme un impact de ce regard : « refus de personnes handicapées psychiques suite à de précédentes expériences difficiles ». L'accès au logement devient alors restreint. Pour pallier à cette image généralisée et cette crainte, la présentation extérieure de la personne compte davantage que pour une personne ordinaire. Les mandataires déplorent que malgré tout, « la présentation extérieure (hygiène, tenue vestimentaire...) et/ou certains troubles visibles du comportement (TOC, discours inadapté...) suffisent à entraîner le refus de louer de la part des bailleurs ».

Tous les acteurs évoquent le besoin de destigmatiser la souffrance et la maladie mentale au niveau national, du grand public, des voisins, des bailleurs... Il s'agit d'expliquer les symptômes et de réduire les incompréhensions ; de considérer la personne et moins la maladie.

Les bailleurs pensent que banaliser le logement assure l'insertion de la personne.

3.1.4.2 Engagement politique

En bref...

A l'heure des ARS, il est primordial d'exister au plan régional et produire un effort de sensibilisation des financeurs. De manière plus globale, la promotion de la santé mentale repose sur le développement des responsabilités collectives avec pour objectif la création et le maintien de conditions de vie favorables (du point de vue physique, psychologique, social, culturel, économique, environnemental et politique). En ce sens, chaque acteur doit tenter d'agir à son niveau en vue de l'amélioration des conditions de prise en charge, d'accompagnement ou d'orientation des politiques locales. *Les professionnels de 1^{ère} ligne soulignent leurs difficultés à agir sur toutes les situations, expriment un besoin de soutien de la part des responsables locaux et soulignent la nécessité d'un travail en réseau afin de sécuriser le parcours des personnes. Les élus locaux peuvent contribuer à renforcer un rôle de veille, de concertation et de résolution partenariale. Les CLSM ainsi que les actions diversifiées en matière d'information et de destigmatisation sont également des leviers importants à mettre en œuvre.*

3.1.4.3 Prestations, législations et réglementations non adaptées

En bref...

Cet élément de perception, renvoyé en particulier par les professionnels de 1^{ère} ligne, met en avant que chacun des acteurs impliqués dans l'accompagnement rencontre des difficultés ou, le plus souvent, des zones d'incertitude en matière de réglementation ou d'évaluation qui peuvent s'avérer bloquantes dans la gestion des différents dossiers. En même temps, des espaces de liberté, d'innovation existent, et la possibilité de travailler en réseau permet des propositions et des avancées.

3.1.5 Pathologie

3.1.5.1 Compréhension et acceptation de la maladie

En bref... (Nous avons fait le choix de laisser les propos des usagers tels quels car ils sont experts de leur maladie et l'expriment très bien).

Les personnes expertes de leur maladie et de leurs souffrances

Propos recueillis auprès du groupe des usagers durant les débats, faisant référence à leur maladie et leurs souffrances :

« Concernant la spécificité de la maladie, les personnes peuvent avoir des difficultés à comprendre la maladie psychique, à la faire comprendre aux autres, et à vivre au quotidien avec les difficultés psychiques (peurs, crises d'angoisse...) »

« Les personnes éprouvent des difficultés à faire comprendre aux autres ce que sont les symptômes de la maladie, ce qui entraîne des peurs auprès de la famille, des travailleurs sociaux, des bailleurs, les voisins... »

« Toutes les personnes qui n'ont pas été sensibilisées à la maladie ne comprennent pas nécessairement les difficultés et les besoins. »

Le groupe parle « de l'importance du traitement médicamenteux pour trouver un équilibre, pour réussir à se poser. Importance d'accepter sa maladie. »

« Accepter les démarches d'accompagnement comprend à la fois l'acceptation de demander de l'aide aux services qui existent et également d'accepter d'expérimenter les conseils que les professionnels nous donnent. »

« Être partie prenante du projet, se sentir au centre et adhérer. Difficultés à prendre part à un projet de logement quand on ne le co-construit pas, quand on n'y adhère pas. »

« Ces difficultés renvoient la personne à sa pathologie qui induit un sentiment de différence, d'infériorité qui implique un travail plus soutenu et difficile à faire de la gestion de son image et de la prise en compte des opinions d'autrui. »

3.1.5.2 Problème de suivi

En bref... .

Suivre et être suivi.

Les participants aux débats confondent parfois suivre le traitement médical et être suivi par un professionnel du médical. « *Les personnes n'ont pas toujours un bon suivi médical, la prise de traitement est aléatoire* » ou encore « manque de suivi après l'hospitalisation »

Lorsqu'on parle de suivi, sont évoqués : le suivi du traitement, le suivi des soins, le suivi après l'hospitalisation... Tout le monde convient que l'observance du traitement est primordiale. Mais on ne peut obliger la personne à prendre son traitement, accéder au soin et poursuivre ses soins. Pour de nombreuses raisons, les personnes arrêtent leur traitement et/ou leurs soins ou sont dans le déni de la maladie. La question est alors : comment favoriser cette observance du traitement ?

Les usagers, en deuxième et troisième question du focus group, ont très bien exprimé les raisons de cette non observance et comment tenter d'améliorer les choses.

3.1.5.3 Addictions

En bref...

Les addictions sont un frein très lourd pour l'accès au logement, à l'hébergement et à l'accompagnement. L'accès en général devient problématique. Diverses enquêtes (cf., SAMENTA 2010) mettent en évidence qu'une dépendance ou une consommation à risque d'une substance psycho active (alcool, drogue, médicament détourné de son usage) peut être considérée comme un facteur favorisant l'engagement dans une « carrière » de sans-domicile et freinant au contraire des aspirations à « s'en sortir ».

Il est demandé aux personnes entrant en hébergement, type CHRS, d'avoir au minimum un suivi très régulier de ses addictions. Un hébergement ou logement collectif nécessitent davantage de conditions pour ne pas entraîner les autres locataires ou hébergés, eux aussi fragilisés, et dans une promiscuité favorisant l'entraînement aux pratiques des autres.

L'addiction est une réelle souffrance qui vient s'ajouter ou traduire une souffrance autre, psychique. Résoudre le problème de l'addiction n'est souvent pas le cœur du problème et arrêter une addiction devient alors plus compliqué que pour une personne lambda.

Par ailleurs, l'environnement néfaste (zones d'habitation exposées aux trafics de drogues et autres substances psycho-actives) participe de l'augmentation de la vulnérabilité de la personne. Il leur faut alors se détacher de leur addiction et de leur environnement. Quitter son quotidien et un entourage, même nocif, est très compliqué. D'où l'intérêt, encore une fois, de bien choisir son environnement social et son logement pour ne pas retomber dans l'addiction. Encore faut-il avoir le choix !

3.1.5.4 Souplesse et adaptation / Besoin de stabilité

En bref...

La variabilité des troubles, quelle adaptation du logement et de l'accompagnement ?

Le parcours de vie et plus particulièrement le parcours « logement » des personnes souffrant de troubles psychiques est à l'image de leur maladie et/ou souffrance : fluctuant, en dents de scie, évolutif... La variabilité des troubles entraîne une adaptation de l'accompagnement et du logement/hébergement de la personne. Or, la maladie pour être stabilisée, demande justement une stabilité dans le logement mais avec un accompagnement évolutif qui s'adapte à la personne et à ses évolutions. L'idée que les modalités de logement soient les mêmes du début à la fin et que l'accompagnement autour évolue est un idéal. Néanmoins, comme le précise une famille « le besoin de stabilité est essentiel pour les personnes qui souffrent de troubles psychiques et cela passe notamment par une pérennité dans leur logement ». Les bailleurs et les élus reconnaissent que « les personnes doivent être maintenues dans quelque chose de durable ».

Aussi, les pratiques actuelles relèvent d'une palette de réponses adaptées ou approchantes pour la personne à un instant T. A chaque évolution, la personne doit alors changer de logement et/ou d'accompagnement. Un usager témoigne « Il y a une notion d'étape dans l'accompagnement : du foyer de vie à l'accompagnement en SAVS. Ces différentes étapes peuvent rendre possible la vie en logement autonome ». Lorsqu'il n'y a pas toute cette palette de propositions, comment assouplir les réponses présentes pour accompagner au mieux la personne ? Comment faire lorsque la réponse existe mais qu'il y a plusieurs années d'attente avant de pouvoir y accéder ? « Les délais sont trop longs entre la demande et l'entrée en établissement médico-social » comme le précise un mandataire judiciaire. En effet, la personne, une fois prête à évoluer dans son logement et son accompagnement, se retrouve freinée par un manque de place.

Autre problématique soulevée par cette proposition de changement lors d'évolutions successives la personne « doit s'adapter au changement » comme l'exprime un usager et « ce changement est difficile à gérer », d'autant plus lorsqu'il s'agit « de passer d'une structure à un logement autonome ».

Pour cet accès au droit commun, les professionnels préconisent « des aménagements » et « un accompagnement rapproché du fait des démarches compliquées pour accéder au droit commun ». Ils souhaitent davantage de structures intermédiaires entre le soin et le médico-social afin d'envisager le passage par l'hébergement avant le logement.

Permettre la souplesse des dispositifs est également un élément de réponse pour bien adapter le logement et l'accompagnement à la variabilité et à la situation de la personne. En effet, l'accompagnement et les dispositifs (SAVS, CHRS...) sont limités dans le temps et dans les modalités d'intervention, ce qui peut constituer, parfois, un point positif car cela motive la personne et donne des repères, mais généralement, « les institutions accompagnant les personnes remarquent qu'il est important d'avoir du temps pour évaluer, accompagner et orienter les personnes ».

3.1.6 Accompagnement

3.1.6.1 Apprentissage de l'autonomie

En bref... .

Autonomie et dépendance : quels besoins pour vivre en logement autonome ?

Nous avons tendance à parler d'autonomie pour les personnes souffrant de troubles psychiques, comme d'un idéal à atteindre. Mais qu'est-ce que l'autonomie ? Ne devrait-on pas parler d'indépendance ou d'interdépendance ?

Une personne « dépendant » des aides humaines et techniques peut tout à fait se sentir à l'aise dans la gestion de sa vie quotidienne (autonomie).

Un groupe d'usagers à d'ailleurs fait mention de cette distinction entre autonomie, indépendance et la notion de désir.

Vivre en logement autonome ne signifie pas pour autant que la personne est ou a besoin d'être autonome. Inversement, une structure sociale (Résidence Accueil..) ou médico-sociale peut être adaptée pour une personne autonome.

Aussi, pour vivre en logement autonome, tout le monde s'accorde à mettre l'évaluation comme clé de la réussite. Evaluer ses capacités à vivre seul, « sans se centrer sur les capacités pratiques mais en tenant compte des capacités personnelles à vivre seul ». Il s'agit là du rapport à la solitude. Cette gestion de la solitude est à apprécier avant d'entrer dans un logement « autonome ».

Pour ce faire, nous nous référons aux réponses à la question 3 des focus groups pour compléter ce propos.

Les professionnels ont donc fait mention d'évaluation et également d'une préparation à vivre en logement autonome. Préparation qui doit se faire par étape, respectant le rythme de l'évolution de la personne. Ces évaluations et préparations peuvent se faire grâce aux SAVS. D'où l'importance, largement soulignée, de développer davantage de SAVS sur les territoires. Ils permettent un meilleur accès et maintien dans le logement.

Mais le SAVS n'est pas le seul acteur pouvant aider en matière de logement. Les usagers rappellent que le curateur, les services à domicile sont également importants.

Ils précisent aussi qu'au-delà de l'évaluation et de la préparation, il y a également l'apprentissage à vivre en logement autonome qui peut passer par un logement « semi-autonome ».

Cette vie en logement autonome n'est pas à considérer que dans le quotidien. Il y a également l'arrivée (le déménagement) et l'installation dans le logement qui sont des difficultés supplémentaires ayant besoin d'être accompagnées. Comment s'approprier un nouveau logement ?

3.1.6.2 Gestion du quotidien

En bref... .

Gérer le quotidien dans et autour du logement.

La maladie peut entraîner des symptômes parfois incompréhensibles du grand public, des voisins, des bailleurs... qui empêchent la personne de vivre sereinement, proprement, confortablement, librement, (socialement) dans son logement. Aussi ces symptômes doivent être appréhendés par la personne et son accompagnant pour tenter de les atténuer et de vivre avec eux au mieux pour les personnes et leur entourage.

Pour gérer ce quotidien parfois très compliqué pour les personnes, tous soulignent l'importance d'un accompagnement spécialisé et des interventions à domicile.

La gestion du quotidien ne concerne pas que l'entretien du logement, les repas, l'hygiène personnelle mais aussi les démarches administratives (accès au logement, bail, factures, impôts...), les relations sociales, la gestion des week-ends, les crises, la continuité des soins...

Autant d'éléments qui font intervenir des acteurs différents. Comme un usager le fait remarquer, « *il est difficile de repérer les différentes aides qui existent, d'assimiler le fonctionnement des structures et de s'y adapter* ».

Nous arrivons alors sur le concept de droit commun.

3.2 Les ruptures/solutions

3.2.1 L'identification des ruptures et solutions

Point névralgique des parcours des personnes, les "ruptures" (éléments problématiques venant "casser" la dynamique d'un parcours dans et vers le logement) ont constitué le second axe de questionnement... avec nécessairement, en point de mire, un dernier axe relatif aux "solutions". Nous n'en sommes qu'au début de ce grand chantier permettant de rendre à terme toute sa visibilité à des solutions existantes et/ou à inventer dans une transversalité d'impact sur les ruptures qui est toujours complexe à saisir.

Q2 : De la place qui est la vôtre, quelles sont selon vous, les ruptures les plus fréquentes liées au logement (que ce soit vers ou dans le logement) dans le parcours de vie des personnes souffrant de troubles psychiques ?

Pour des raisons de temps et de recherche des priorités de chacun, une fois toutes les ruptures énoncées par le groupe de travail, celui-ci devait en choisir 4 qui seraient travaillées en question suivante.

Q3 : Pour éviter les ruptures énoncées, quelles réponses existent et sont-elles efficaces ou quelles réponses sont à créer et quelle est leur degré de faisabilité ?



3.2.2 Zoom sur les ruptures et solutions correspondantes

Chacune des ruptures présentées ci-dessous est construite au regard des éléments ressortis des focus-groups. Elles font donc l'objet d'une analyse multidimensionnelle grâce aux positionnements différents des acteurs (familles, usagers, bailleurs sociaux, mandataires, professionnels du médico-social, du soin, ...).

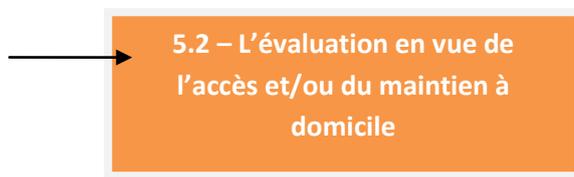
Chaque grande rupture fait l'objet d'une déclinaison sous deux angles :

- Les sources : sous une rupture peut se dégager plusieurs « sous-ruptures »
- Les solutions : classées par grande thématique de solution.

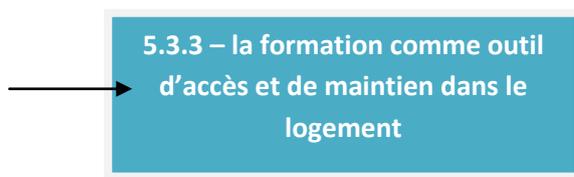
Les solutions sont accompagnées de vignettes assorties d'un code couleur. Ces vignettes renvoient vers des thèmes de solutions ou fiches solutions développées.

Exemple :

Les vignettes orange **renvoient**, en fonction de la piste de solution énoncée, à un **thème de solution** abordé au sein de ce guide. La numérotation donnée correspond à la partie du guide (numérotation à deux niveaux).



Les vignettes bleues **renvoient à des fiches solutions** concrètes, qui sont une déclinaison précise d'un dispositif, d'une pratique, d'une démarche regroupée sous un thème solution. La numérotation donnée correspond à la fiche (numérotation à trois niveaux).



3.2.2.1 La variabilité des troubles psychiques et leurs conséquences : l'arrêt de soin

Les sources de ruptures :

L'arrêt du traitement constitue une véritable rupture dans l'accès et le maintien dans le logement. C'est d'ailleurs la principale rupture retenue par l'ensemble des participants au focus group. Pour les professionnels du soin, l'arrêt de soins peut être à l'origine de presque toutes les ruptures et doit absolument être évité.

Pour vivre dans son logement, les troubles doivent être stabilisés. Alors quand l'arrêt du traitement rime avec rechute et contribue à augmenter ou conforter la présence des symptômes de la maladie, la vie dans un logement autonome semble remise en question.

Mais comment expliquer l'arrêt de traitement ?

- Un refus de soin ?
- Un manque de continuité du soin ?
- L'évolution de la maladie ?
- ...

Parler d'arrêt de traitement semble restrictif puisque la variabilité des troubles et les rechutes ne sont pas liées qu'aux traitements. L'arrêt de soins semble alors mieux englober la réalité de cette rupture.

➤ Le refus de soin

La non adhésion de la personne à son suivi médical et à son accompagnement rend difficile l'amélioration de son état de santé. Cela se traduit généralement par un refus de traitement. On peut relever plusieurs explications à ce refus : le déni de la maladie, le sentiment d'inutilité du traitement, un traitement perçu comme inadapté aux besoins de la personne.

L'arrêt du soin peut traduire une absence de connaissance ou d'acceptation de la maladie. Il est signe d'une volonté d'échapper à la maladie en mésestimant l'importance des traitements et du suivi. Le traitement, pourtant source de stabilisation, n'est alors pas respecté. L'état de santé peut alors s'aggraver et nuire aux capacités de vie dans un logement. Les empêchements liés à la maladie interfèrent dans le lien social, dans le rapport au temps, dans l'organisation de la vie quotidienne. La personne éprouve alors des difficultés à habiter chez elle, et peut s'en suivre des allers et retours entre le logement, l'hôpital et la rue.

➤ Evolution de la maladie

La pathologie en elle-même se caractérise par une grande variabilité et des périodes de crises quasi cycliques. Quand la personne va mieux, la volonté d'arrêter le traitement voire les soins émerge, mais c'est à ce moment critique que peut apparaître une rechute qui tend alors à réaffirmer l'arrêt de traitement par le malade. Pourtant le besoin de soin est bel et bien réel. La personne se retrouve alors dans un cercle vicieux duquel il est difficile de sortir.

Il est également important pour la personne d'intégrer le fait que l'hospitalisation ne doit pas être vécue comme un échec ou une rupture, mais comme une évolution. L'hospitalisation peut parfois être nécessaire, voire une solution.

Le suivi du traitement et des soins ne peut être envisagé par intermittence.

➤ Un manque de continuité du soin

A la sortie de l'hôpital, la continuité des soins peut être remise en question. Certains usagers disent ressentir un sentiment d'abandon voir un désintérêt de la part des soignants du suivi qui pourrait être établi. Ce ressenti interroge l'anticipation et la préparation de la sortie. Si l'arrêt de soins est envisagé, alors le lien soignants/patients se rompt.

Cette continuité n'existe souvent pas en raison d'un manque de ressources humaines ou de crédits. Pour autant, il semble essentiel de pouvoir militer pour cette continuité. En effet une fois l'arrêt de soins engagée, il est souvent difficile de faire marche arrière.

La ruralité et le manque de professionnels soignants et services de soins de proximité est une source de rupture à la continuité du soin.

➤ Une articulation des acteurs

Pour les professionnels du médico-social et les mandataires, l'articulation entre eux et les professionnels du soin peut aussi être à l'origine de cette rupture. Les médecins qui adaptent les solutions de soins n'ont pas cette vision globale de la personne dans son cadre de vie et la régularité des visites.

L'articulation entre ces différents acteurs ne semble pas suffisante et interroge l'adaptation du soin à la réalité du cadre de vie. C'est pourtant elle qui permet d'anticiper voire de réduire les épisodes de crise.

➤ Les addictions, source de rupture

Les addictions à l'alcool ou aux drogues sont sources de rupture à la continuité de soins. En effet, sous l'emprise d'alcool ou de drogues, la personne est amenée à faire des choix de refus de traitement. Les addictions n'ont pas fait l'objet d'une source de rupture prioritaire par les acteurs en présence, mais cet aspect est tout de même revenu à plusieurs reprises et de façon transversale. Cette problématique doit alors être prise en considération dans le cheminement des solutions.

Les solutions pour éviter les ruptures :

➤ Répondre aux épisodes de crise

Afin de répondre aux épisodes de crise (décompensation) qui peuvent être liés à un arrêt du traitement ou à l'évolution de la maladie, différentes solutions ont été évoquées par les acteurs en présence :

- L'hospitalisation : réfléchir à la place de l'hospitalisation sans consentement et aux moyens permettant de passer outre la démarche volontaire de la personne pour éviter l'aggravation de la situation
- Intégration d'une structure temporaire le temps de se poser et pouvoir reprendre son traitement avec un accompagnement
- Renforcer l'accompagnement en admettant que l'accompagnement en milieu ouvert soit mis entre parenthèse le temps d'une prise en charge au niveau du soin plus adaptée
- Définir un rôle d'alerte (exemple : créer un numéro de téléphone d'urgence psy)
- Disposer de lieux ressources d'urgence (type SPAO)

➤ Eviter l'exclusion du soin

Les pistes qui ont été identifiées par les acteurs permettant d'éviter l'exclusion du soin sont :

- Prendre appui sur les supports du soin :
 - Prendre appui sur les activités thérapeutiques
 - Développer l'éducation thérapeutique et de la psychoéducation
 - Interroger l'intérêt de l'injection retard
 - Utiliser des semainiers pour rythmer la prise du traitement et favoriser l'observance
- Réfléchir à des pistes solides de continuité de soins à la sortie de l'hôpital :
 - Rénover la psychiatrie avec un volet qui s'inscrit davantage dans la cité (ambulatoire, équipes mobiles)
 - Partenariats avec les CMP et autres partenaires du CHS
 - Intervenir à domicile (infirmiers, centre de soin, équipes de réhabilitation...)
 - Organiser des visites régulières à domicile pour observance des traitements
 - Développer un maillage plus fort du territoire permettant un accès au soin plus facile (permanences de soins).
- Améliorer la collaboration entre les acteurs :
 - Systématiser les échanges et la collaboration via une vigilance concertée où chacun (professionnels du soin, du médico-social, du social, les proches...) a les moyens d'alerter l'autre sur les signes avant-coureurs de l'arrêt de traitement ou de décompensation
 - Développer des relations de confiance entre partenaires
 - Assurer un accompagnement continu (de fond) par un service médico-social qui puisse jouer le rôle d'alerte (la rupture est autant une question sociale que médicale).
 - Intégrer dans le projet de vie de la personne le projet de soin afin de prendre en compte la personne dans sa globalité
 - Co-construire le parcours
 - Décloisonner les services pour améliorer la fluidité des parcours, avec par exemple des dispositifs de coordination comme les Ateliers santé ville
 - Trouver des pistes de financement pour développer et pérenniser les instances de coordination
- Impliquer l'utilisateur :
 - Expliquer la maladie, le traitement et son intérêt à la personne et à ses proches
 - Développer des groupes de parole entre patients pour pouvoir échanger sur la nécessité de soins et discuter des « techniques » pour éviter l'arrêt ou le refus de soin.
 - Réfléchir à des moyens de sensibilisation et d'information des usagers sur l'importance du traitement (colloques, réunions, brochures...)
- Développer des actions de prévention concernant la rechute (encourager le soin).

5.5 – Partenariat et coordination

5.3.3 – La formation comme outil d'accès et de maintien dans le logement

5.3.3 – Groupe d'entraide psychologique

➤ L'environnement

L'environnement social est important dans le suivi des soins. Se sentir soutenu par ses proches, vivre dans un cadre où les mauvaises fréquentations peuvent être éloignées, sont autant de facteurs qui peuvent amener à limiter l'arrêt de soins.

Le développement de GEM à proximité des lieux de vie est source de sociabilisation.

L'environnement géographique trouve aussi toute sa place. Pour les usagers vivant en zone rurale ou éloignés des services de soins de proximité, il faut pouvoir envisager et développer l'ambulatoire en s'appuyant notamment sur la loi HPST qui incite les hôpitaux en ce sens.

Le soin à domicile est une approche sur laquelle il est possible de prendre appui pour développer une alliance thérapeutique forte.

3.2.2.2 L'insuffisance quantitative et/ou qualitative de l'offre des dispositifs

Les sources de ruptures :

L'insuffisance de l'offre relative aux logements et des dispositifs d'hébergement médico-sociaux constitue une rupture à considérer en matière d'accès et de maintien des personnes en situation de handicap psychique au logement. Par insuffisance de l'offre, il a été à la fois relevé lors des focus groups des éléments d'ordre quantitatif et des éléments d'ordre qualitatif, déclinés ci-dessous.

➤ La disponibilité du logement social

Contexte général : les besoins en matière de logement social sont bien supérieurs aux offres des bailleurs. La loi n° 2000-1208 relative à la solidarité et au renouvellement urbains (SRU) impose aux villes de plus de 3 500 habitants (1 500 en Ile-de-France) un taux de logement social fixé à minimum 20%. Pour autant, le **déséquilibre de l'offre et de la demande** interroge soit la mise en application de cette loi aux détriments des potentiels bénéficiaires, soit le taux fixé au regard des besoins réels.

Ce constat global se répercute sur les personnes en situation de handicap psychique pour qui l'accès à ce type de logement est davantage adapté que du logement privatif où les loyers sont plus élevés. « ... *il manque des logements qui proposent des loyers abordables pour nous qui avons pour revenus l'AAH* ». Pour autant, réserver des logements sociaux pour ce public spécifique risquerait de contribuer à la stigmatisation du handicap psychique.

➤ Les démarches administratives relatives au logement social

Outre cet écart entre demande et offre, les usagers ont fait remonter la complexité des démarches et **la lenteur administrative** lors du dépôt d'une demande de logement social. Demande qui reste bien longtemps sans réponse favorable au vu du peu d'offres disponibles. Et quand bien même une offre se présente, celle-ci vient seule et ne permet pas la proposition d'un panel de logements.

Les usagers identifient un **manque d'information et d'accompagnement dans les démarches** de recherche, voire de demande de logement, et de manière plus générale un manque d'information sur les solutions existantes en matière de logement et d'hébergement. Ce manque ne relève pas selon eux d'un manque d'information mais d'une confusion intimement liée à la complexité du système et de la multiplicité des acteurs : « *il y a trop de lieux et trop de professionnels, de structures...qu'on ne sait plus à qui s'adresser* ». Il est également soulevé la question de **la rigidité des procédures d'attribution** de logement pour ce public pour qui la souplesse dans la durée et dans les possibilités doit pouvoir exister afin de permettre l'évaluation de l'adéquation de la proposition et des besoins de la personne.

➤ Sensibilisation des bailleurs

Les familles soulignent le manque de sensibilisation et de formation des bailleurs aux troubles psychiques. Leur formation n'aborde pas la spécificité de ces troubles. Ceci a un impact direct sur la gestion de situations spécifiques voir de situations de crise (manque de souplesse dans les dispositifs et du choix).

➤ Orientation vers le parc locatif privé

Pour les usagers dont l'autonomie permet d'accéder à un logement autonome (avec ou sans accompagnement), le parc locatif privé apparaît comme une solution de repli au regard de l'offre insuffisante ou inadaptée de logement social.

Mais la part du budget à attribuer au logement reste la même, et ouvre la porte à des logements avec un loyer peu cher et rares, et donc non adaptés (insalubrité, mauvaise position géographique).

La fin d'un bail constitue également un élément de rupture pour lequel l'anticipation et l'accompagnement sont indispensables mais pas toujours présents.

➤ L'accessibilité de l'offre médico-sociale

Les professionnels du médico-social abordent les freins relatifs à l'accessibilité des dispositifs d'hébergement ou d'accompagnement au logement à destination des personnes en situation de handicap psychique, public pour qui le besoin d'accompagnement est plus prégnant et le degré d'autonomie ne permet pas à l'étape du projet de la personne de vivre seule. Par accessibilité, ils entendent :

- L'accessibilité en termes de places disponibles : les listes d'attente sont importantes (moyenne de 1 an et demi à 2 ans) et laissent les usagers dans l'attente ;
- L'accessibilité géographique qui ne permet pas toujours une couverture de tous les territoires et tend à limiter l'accès aux dispositifs, voire d'influencer le choix du dispositif (tant du côté de l'utilisateur que de la notification d'attribution).

Les solutions pour éviter les ruptures :

Au regard des ruptures évoquées, les acteurs ont abordé trois grands axes de solutions :

➤ Améliorer l'information sur les solutions existantes

L'amélioration de l'information doit pouvoir se faire à différents niveaux : à destination des usagers et à destination des bailleurs sociaux.

- Les usagers sont particulièrement sensibles au développement de solutions leur permettant un meilleur accès à l'information relative à l'accès aux logements et proposent :
 - Le développement d'un volet accompagnement dans les démarches d'accès aux appartements de droit commun par les associations qui les accompagnent déjà (via les SAVS et leur réseau de partenaires).
 - L'identification d'un lieu ressource d'informations relatives aux solutions de logement et d'hébergement
 - Développement d'outils d'information : réunions d'information, brochures, site internet unique...
- Les bailleurs sociaux doivent pouvoir être sensibilisés, voire être formés aux spécificités des troubles psychiques.

5.3.3 – la formation comme outil d'accès et de maintien dans le logement

➤ Assouplir les procédures et orientations

Les usagers souhaiteraient pouvoir se voir proposer des courts séjours dans les différents types d'hébergements et de logements en vue de faciliter l'évaluation de l'adéquation de la proposition et de leur besoin, et pouvoir envisager le changement si besoin.

5.2 – L'évaluation en vue de l'accès et/ou du maintien à domicile

Les professionnels du médico-social proposent de pallier la longueur des listes d'attente des dispositifs adaptés pour lesquels les personnes sont orientées par une orientation qui permette un minimum d'accompagnement. Ceci est envisageable sous certaines conditions :

- Mieux connaître et développer les structures d'accompagnement, d'évaluation et d'orientation
- Apporter de la souplesse dans les procédures d'accueil des établissements
- Connaître et développer le réseau des acteurs de l'hébergement

Les listes d'attente concernent l'ensemble des dispositifs. Il s'agit donc d'en augmenter le nombre et la flexibilité.

Les professionnels suggèrent également de pouvoir investir davantage les structures innovantes telles que les appartements dans lesquels les locataires sont autonomes et peuvent bénéficier d'un soutien à domicile et d'un accompagnement facilitant l'insertion sociale (avec un appui des CREHPSY et des CLSM).

5.6.3 – Conseil Local de Santé Mentale : un cadre pour permettre la création

➤ Permettre une meilleure coordination entre les acteurs

Le développement de démarches de concertation entre les différents acteurs interagissant autour de l'utilisateur doit pouvoir trouver sa place en faveur d'une fluidité de l'accompagnement. En ce sens, plusieurs initiatives sont à développer :

- Les Conseils locaux de santé mentale et des démarches comme celle animée par la communauté urbaine de Lyon mêlant une diversité d'acteurs sur le thème « handicap psychique et logement » ou encore le projet SARIL à Grenoble

5.6.3 – Conseil Local de Santé Mentale : un cadre pour permettre la création

5.5.3 – L'émergence d'une démarche partenariale innovante : le Grand Lyon

Afin de développer ces solutions, il est important de pouvoir compter sur les Agences Régionales de Santé quant au soutien des CLSM.

Cette concertation doit également pouvoir s'étendre à la création de « cellules de concertation » autour de situations spécifiques. Les bailleurs peuvent en effet être confrontés à des situations difficiles à gérer et doivent pouvoir bénéficier d'un soutien par des acteurs spécialisés dans l'accompagnement des troubles psychiques et l'accompagnement social.

5.7.1 Protocole d'action à destination des acteurs du logement et de l'hébergement en cas de crise

3.2.2.3 L'accompagnement inapproprié à l'autonomie de la personne

Les sources de ruptures :

La rupture de l'accès et du maintien dans le logement liée à l'autonomie de la personne fut abordée sous différents angles par les acteurs. Les sources de ruptures et pistes de solutions semblent diverger en fonction des positions de chacun et du regard qu'ils portent sur les capacités de l'utilisateur à vivre de façon autonome.

Sous le terme « rupture liée à l'autonomie », les acteurs identifient des éléments qui leur semblent importants :

- La réalisation des démarches administratives
- L'organisation des tâches du quotidien
- Le fait de s'organiser seul
- La question de la motivation et de l'isolement social

Alors que les professionnels du sanitaire pointent « l'incapacité à accéder à une certaine autonomie » et posent « le non accompagnement dans le logement problématique », les équipes médico-sociales nuancent leur discours. L'autonomie dans le logement ne constitue pas en soi un obstacle majeur aux questions de lieux de vie dans la mesure où des dispositifs d'accompagnement existent et peuvent être mis en place dans des logements autonomes. Et quand bien même les capacités d'autonomie sont moindres, un accompagnement adapté aux besoins de la personne peut être mis en place. Les difficultés ne relèveraient donc pas des pistes de solutions existantes mais d'autres éléments :

- la méconnaissance des outils d'accompagnement (SAVS, SSIAD, ...) ;
- le manque de dispositifs existants en matière quantitative se traduisant par un manque de places au regard des besoins avec des listes d'attente de près de deux ans en moyenne, voire plus selon les dispositifs et territoires ;
- les financements (de la part des Conseils Généraux) pas toujours au rendez-vous ne permettant pas la création de nouveaux dispositifs ou l'extension de places.
- le manque de dispositifs d'accompagnement à domicile en milieu rural

Pour la famille, vivre autonome dans un logement pour une personne en situation de handicap psychique peut être synonyme d'incapacité à gérer le logement avec, au fil du temps, des dégradations physiques des locaux. Et quand bien même la présence familiale apparaît comme un appui essentiel, le vieillissement des parents est une réalité à prendre en considération tout comme l'épuisement familial et l'éloignement de la fratrie.

Outre la dégradation des lieux, les professionnels du soin identifient la problématique suivante : « les problèmes d'autonomie dans la gestion de soi et du logement peuvent entraîner des problèmes d'hygiène de la personne elle-même mais aussi de son logement qui peuvent devenir dangereux et nuire à sa santé ».

Les services d'aide à domicile sont encore peu enclins à accompagner des personnes handicapées psychiques, davantage habitués à la population vieillissante et au handicap physique. Les aides à domicile sont aujourd'hui peu, voire pas formés au handicap psychique et ses spécificités. Ce qui peut générer à la fois des pratiques et un positionnement professionnel non adaptés, voire une méfiance de la part des professionnels.

Faire appel à des services d'aide à domicile représente un coût qui pourrait être pris en charge dans le cadre de la Prestation de Compensation du Handicap, volet aide humaine, mais l'accès à cette prestation au regard du handicap psychique est inégal en fonction des territoires.

Les solutions pour éviter les ruptures :

La place de la famille est à prendre en considération à tous les niveaux. Elle constitue un pilier essentiel dans l'autonomie du logement dans la mesure où elle peut être une ressource pour l'aide administrative, l'organisation du logement. Mais lorsque la famille est absente ou souhaite souffler, il faut pouvoir envisager d'autres pistes.

➤ Apporter une aide administrative

- Permettre à l'usager de bénéficier de mesures de protection adaptées si besoin (curatelles, tutelles...)
- Apporter un soutien à la gestion administrative du logement (recherche de logement, bail, factures...) avec l'appui de dispositifs de type SAVS ou autres.

5.4.2 – Le SAVS, un outil essentiel au service du maintien à domicile

➤ Répondre aux difficultés de gestion du quotidien

5.3.3 – la formation comme outil d'accès et de maintien dans le logement

La gestion du logement et notamment des tâches ménagères peut être appuyée par un service d'aide à domicile, des aides ménagères. Il faut pour autant envisager la formation de ces professionnels qui interviennent à domicile aux spécificités du handicap psychique.

L'accès aux aides humaines et notamment à son financement doit être amélioré via une remise en question des outils d'évaluation utilisés par les MDPH qui ouvre l'accès à la Prestation de Compensation du Handicap (PCH volet aide humaine, mais aussi aux autres volets nécessaires).

5.3.3 – L'évaluation du handicap psychique par la MDPH

Les services médico-sociaux de type SAVS, SSIAD... apportent un accompagnement à la personne dans l'organisation de son logement et des tâches afin de tendre vers davantage d'autonomie. Ces services favorisent la construction de repères dans le logement et facilitent la prise de conscience de l'importance des règles d'hygiène de vie. Des modules d'apprentissage individuels ou collectifs y sont développés et constituent de bons outils pour favoriser les habilités et la capacité à tenir son logement.

5.4.2 – Le SAVS, un outil essentiel au service du maintien à domicile

L'utilisation d'outils de réadaptation peut également contribuer au travail d'autonomie de la personne.

Il faut ainsi pouvoir étudier aux mieux les besoins de l'usager pour lui permettre d'être entouré des professionnels adaptés en faveur de son maintien au domicile. Ces professionnels peuvent être des professionnels du soin (infirmiers, aides soignants, aides médico-psychologiques...), des professionnels de l'accompagnement (éducateurs, conseillers en économie sociale et familiale, auxiliaires de vie...) et des professionnels de type aides ménagers.

➤ Motiver et éviter l'isolement social

Vivre seul et de manière autonome dans un logement ne doit pas être synonyme d'isolement social. Des mesures doivent être pensées pour éviter le repli sur soi. Être entouré et permettre à la personne de recevoir ses proches entretient la motivation à la bonne tenue du logement.

De plus, se sentir entouré par des proches ou par les pairs au sein des Groupes d'Entraide Mutuelles permet d'apprécier le fait de se retrouver seul dans son logement, situation alors non vécue comme une frustration. Sous ce même angle, les groupes de paroles constituent une piste solide.

**5.3.2 – Groupe d'entraide
psychologique**

Des ateliers valorisant l'estime de soi peuvent également faire progresser la personne dans la considération de son logement.

3.2.2.4 Les comportements : troubles du voisinage, addictions, hygiène...

Les sources de ruptures :

L'environnement social de l'usager peut avoir des difficultés à comprendre la spécificité de la maladie, ce qui peut être générateur de conflits. Ces derniers peuvent être familiaux ou encore de voisinage relèvent les bailleurs sociaux. En effet, les rapports avec les voisins ne sont pas toujours évidents dans la mesure où ils ne sont pas sensibilisés aux spécificités de la personne et ses conséquences possibles (hygiène de vie, nuisances sonores possibles, rythme de vie décalé...)

Ainsi, les conflits peuvent s'intensifier et générer de vraies situations de crise remettant en cause le maintien au sein du domicile. Dans le parc locatif public, des médiateurs peuvent intervenir mais lorsque l'on parle du parc locatif privé, aucune solution n'existe. Lorsque l'intervention de médiateurs est envisageable, encore faut-il qu'ils soient informés de la situation, ce qui interroge le rôle d'alerte.

L'offre de logement accessible au regard du budget des personnes en situation de handicap psychique a tendance à se situer au sein de quartiers excentrés, voire sensibles. L'environnement constitue alors un risque pour des personnes qualifiées par leurs proches de vulnérables : mauvaises fréquentations, et addictions (alcool et drogue) peuvent survenir. Selon les professionnels du soin « *Les personnes en situation de handicap psychique ont parfois du mal à gérer leurs relations avec les autres. Ils peuvent se laisser déborder par une relation et ne plus arriver à poser de limites qu'ils tiennent à voir respecter* ».

Ces situations peuvent être dangereuses psychologiquement pour les personnes ou leurs proches qui interviennent, comme l'intrusion de populations marginales dans les parties communes et les logements. Se pose alors la question de l'identification de la personne en situation de handicap psychique aux populations marginalisées.

Les solutions pour éviter les ruptures :

➤ Eviter les troubles du voisinage

Les professionnels du médico-social tels que les intervenants d'un SAVS peuvent jouer un rôle d'interface lorsqu'il existe des difficultés de compréhension avec l'environnement social, ou encore les conciliateurs qui travaillent avec les bailleurs sociaux.

De façon transversale, les acteurs proposent de :

- repérer les personnes à risque
- engager une démarche de bienveillance, d'écoute et d'anticipation avec la personne
- baliser les démarches à suivre en cas de crise
- développer la médiation
- anticiper en informant l'ensemble des acteurs environnants (voisins, médiateur, professionnels du soin et du médico-social, bailleurs...) et répartir les rôles de chacun
- mener des actions de destigmatisation auprès du voisinage : préparer les habitants tout en respectant la vie privée de la personne (par le médiateur)
- développer le rôle d'alerte avec le voisinage

Les familles proposent aux bailleurs de laisser la possibilité aux personnes et aux professionnels de l'accompagnement d'évaluer le ou les lieux de vie proposés.

Les équipes médico-sociales proposent de :

- créer des intermédiations locatives
- penser à des formes de logements adaptés au mode de vie des usagers
- varier les types de logement
- réfléchir aux actions qui peuvent être menées pour agir contre l'isolement et le repli sur soi

Les équipes des CMP peuvent mettre en place des groupes de parole, des activités thérapeutiques sur les thématiques relatives aux comportements.

➤ Prévenir et limiter les addictions

- Si nécessaire, les professionnels des services d'addictions peuvent être des partenaires privilégiés des professionnels de l'accompagnement.
- Développer des groupes de psychothérapie
- Développer des structures pour les personnes souffrant de troubles psychiques et d'addictions

➤ Valoriser l'image de soi

Les familles considèrent qu'il est important de travailler avec la personne sur l'image de soi afin d'éviter toute identification aux populations à risques et marginales environnantes.

3.2.2.5 Les aléas de la vie

Les sources de ruptures :

Les aléas de la vie peuvent être déstabilisateurs et conduire à des situations de repli sur soi, voire de crise, véritable source de rupture à l'accès et au maintien dans le logement. Il convient dans le cadre de ces aléas de pouvoir assurer à l'usager un appui, ou un éloignement du quotidien grâce à une prise en charge hospitalière si nécessaire.

Par aléas de la vie, il faut entendre :

- une rupture ou des difficultés familiales : décès, éloignement, divorce, violences conjugales
- une rupture amicale, par incompréhension de la maladie ou de la situation
- une rupture professionnelle : arrêts maladies, perte d'emploi
- une précarisation liée à une situation financière instable ou difficile
- une rupture environnementale : déménagement, expulsion, isolement
- la déclaration d'une autre maladie

Les conséquences de ces aléas peuvent varier allant d'un repli sur soi, un isolement social partiel ou complet (enfermement dans le logement), l'arrêt de soin, un laisser-aller interrogeant l'hygiène de vie...ou encore des situations de crise et de décompensations. Dans les situations les plus difficiles, la personne peut se retrouver en situation de marginalisation ou d'errance.

L'accompagnement dans le cadre de ces sources de rupture n'est pas toujours assez présent, entraînant des difficultés d'évaluation et de mise en œuvre d'un projet adapté à la nouvelle situation. Et pour cause, car les professionnels ne sont pas toujours informés de la situation ou celle-ci est mal évaluée.

Les solutions pour éviter les ruptures :

➤ Permettre le dialogue et l'écoute

Parce qu'un dialogue peut permettre d'éviter une rupture liée à un aléa de la vie, les médiateurs ont un rôle essentiel dans ce cadre. La personne peut avoir besoin d'une écoute, et doit pouvoir se tourner vers ces professionnels ou téléphoner à un centre d'écoute et de veille spécialisé. Définir un rôle d'alerte est indispensable. L'accompagnement par des professionnels spécialisés type SAVS, SAMSAH, CATTP ... n'est pas à négliger.

Dans des moments difficiles, la personne doit pouvoir être entourée, que ce soit par des proches, des professionnels, ou par des structures hospitalières. Le suivi du traitement et le soutien des professionnels du soin peut être indispensable dans les situations les plus difficiles. Le maintien du cadre de vie peut être une source stabilisante quand elle est envisageable, avec l'appui d'un accompagnement à domicile.

La médiation et l'explicitation de la maladie auprès des proches de la personne malade peut permettre d'éviter certaines ruptures amicales et familiales. Dans certains départements, des services d'aide aux tuteurs familiaux dans les tribunaux sont mis en place permettant ainsi la guidance des familles.

Il faut aussi pouvoir laisser à l'utilisateur la possibilité d'accéder à des groupes de paroles permettant l'échange voir l'empathie. Lorsque la difficulté émane d'une situation amoureuse, il faut pouvoir lever les obstacles et tabous en accompagnant si besoin la relation amoureuse.

5.3.2 – Groupe d'entraide psychologique

➤ Réorganiser le quotidien

Les aides à domicile peuvent intervenir pour remettre de l'ordre dans le lieu de vie et offrant ainsi à la personne l'espoir d'une réorganisation personnelle.

5.4.1 – Vivre dans la cité en toute autonomie

➤ Contre la marginalisation

Les Centres d'Hébergement et de Réinsertion Sociale peuvent constituer un premier pallier dans l'accompagnement de la personne fragilisée et vivant dans la rue. Ces centres doivent pouvoir être développés car ils sont aujourd'hui saturés.

D'autres solutions temporaires et d'urgence peuvent être envisagées pour éviter l'errance et le contact avec des populations à risque. Les Centres Communaux d'Action Sociale peuvent par exemple financer des nuits d'hôtel. Il existe également les résidences hôtelières.

Dans l'ensemble des situations, la collaboration entre les professionnels est nécessaire pour pouvoir assurer une continuité du parcours et anticiper les situations de ruptures. La mobilisation des services sociaux de droit commun doit être envisagée s'ils permettent une meilleure articulation, ainsi que les services d'accès au logement. Pour une orientation adaptée, les outils d'évaluation doivent être adaptés au handicap et aux situations de rupture.

3.2.2.6 Les difficultés financières

Les sources de ruptures :

Toute personne souhaitant accéder ou se maintenir dans un logement a besoin de percevoir régulièrement un minimum de ressources financières. Aussi, lorsque la question : « *quelles sont les ruptures les plus fréquentes, en matière de logement, dans le parcours de vie des personnes souffrant de troubles psychiques ?* », a été posée, le manque de ressources financières est apparu dans les réponses de toutes les « familles d'acteurs » interrogées et plus particulièrement celle des usagers.

Les acteurs ont constaté des spécificités dans les situations de personnes souffrant de troubles psychiques comme la fréquence des difficultés financières, les relations avec les bailleurs et le circuit très compliqué pour obtenir des aides adaptées. A tout cela s'ajoute le coût de la vie qui augmente alors que les ressources restent les mêmes. Un groupe a longuement évoqué la « précarité financière », faisant écho à la précarité dans le logement, intimement liées.

Sous le vocable « ressources financières », différentes sources de ruptures ont été évoquées.

➤ Les aides financières.

Les familles ne pouvant assumer l'intégralité des dépenses de leur enfant, les ressources délivrées par les autorités publiques deviennent indispensables. Si la famille n'est pas présente, les aides sociales sont parfois le seul moyen de survie pour la personne. Les situations de précarité sont fréquentes en raison de la variabilité des troubles et de la difficulté à travailler ou se maintenir dans un emploi.

Bien que les compléments de ressources soient considérés de façon unanime par les acteurs comme étant insuffisants, le manque de revenus de certaines personnes est parfois dû à une méconnaissance des droits. Autrement dit, le manque d'information sur les aides complémentaires existantes devient une source de rupture en matière de logement.

L'AAH est parfois la seule source de revenu des personnes, ne permettant souvent pas d'assumer un loyer, des charges et la vie quotidienne surtout dans les grandes villes. Les personnes en situation de handicap psychique peuvent également bénéficier de la PCH, mais l'attribution est parfois très difficile et ne prend pas en compte toutes les spécificités de ce handicap.

Lorsque la personne refuse de se rendre à une convocation de la MDPH en vue de l'attribution de l'AAH, les acteurs sont alors démunis. Cela crée une rupture financière dont l'impact est important en matière de logement.

➤ L'emploi

L'emploi contribue à l'autonomie des personnes et notamment à l'autonomie financière. Mais les périodes d'emploi sont très variables alors que les coûts liés au logement et à la vie restent inchangés. Des schémas ont tendance à se reproduire, amenant à des ruptures graves pour les personnes. La perte d'emploi ne permet plus d'assumer un loyer alors trop cher. Il y a alors risque de surendettement et enfin d'expulsion. En cas de changement de situation professionnelle, des aides existent mais si peu de personnes sont au courant...

➤ La gestion du budget

Les ressources financières nécessitent d'être gérées et optimisées afin d'accéder et surtout de se maintenir dans un logement. Les difficultés de gestion, les coûts au quotidien, les factures, ... sont perçus comme une source de rupture en matière de logement.

➤ Logements et loyers adaptés

La difficulté d'accéder à un logement peut résulter à la fois de la faiblesse des ressources de la personne mais également de la nature de ses ressources. Les bailleurs sont davantage réticents à louer à une personne percevant l'AAH, signifiant qu'elle est en situation de handicap.

Le manque de logement mis à disposition pour les personnes handicapées et le manque de logements/hébergements adaptés aux personnes et à leurs ressources financières sont considérés comme une cause importante de rupture par les acteurs.

Les solutions pour éviter les ruptures :

Bien qu'il existe autant de situations différentes qu'il y a de personnes souffrant de troubles psychiques, trois points majeurs sont évoqués par les acteurs interviewés pour éviter que les ressources financières ne favorisent des ruptures en matière de logement.

➤ L'adaptation, l'accès à l'information et aux aides financières

La solution prioritairement énoncée par les acteurs concerne les aides financières à adapter, développer, pérenniser et faire connaître. Elles sont multiples : aides du CCAS, PCH, aides ménagères, AAH...etc. Des grilles d'évaluation des besoins spécifiques « handicap psychique » existent en Rhône-Alpes et sont également explorées en Ile-de-France pour éviter les ruptures en matière de logement. Les difficultés d'attribution de la PCH pourraient s'atténuer grâce à un assouplissement des procédures d'attribution et de révision des aides.

5.2.3 – L'évaluation du handicap psychique par la MDPH

Le manque d'information et la méconnaissance des droits seraient, selon certains acteurs, évités grâce au développement d'un réseau d'assistants sociaux et d'accompagnement social.

Les GEM ont été évoqués comme sources d'information et facilitateurs pour l'accès aux loisirs à moindre coût et donc à la réduction des dépenses.

Un groupe de professionnels a proposé qu'un guide soit inventé recensant les démarches gratuites existantes notamment grâce à la reconnaissance du handicap, les trucs et astuces (aides alimentaires, transports...etc.), n'oubliant pas qu'il est compliqué de vivre de bons de réduction.

➤ Les mesures de protection

La seconde solution évoquée majoritairement par les acteurs est la mesure de protection, précisant que le frein de cette réponse est la méconnaissance de la maladie psychique par les mandataires judiciaires qu'il serait nécessaire de former. Les mesures de protection permettent de créer une épargne et de sécuriser la personne. Il existe une multiplicité de types de mesure, de la plus contraignante et souvent ressentie comme un manque de liberté à la plus souple permettant souvent d'éviter la tutelle. Il s'agit de la MASP (Mesure d'Accompagnement Social Personnalisé) définie comme une solution pouvant prévenir une rupture due aux ressources financières.

➤ Les logements sociaux

Le logement social, grâce à son loyer à moindre coût, est une solution à enclencher au plus vite en raison du nombre important de demandes face aux logements existants. Les acteurs mettent en évidence ce point crucial selon eux qui pourrait être amélioré si les villes respectaient les quotas de logement sociaux que l'Etat leur demande. La loi DALO est également une avancée pour l'accès au logement, malheureusement contrecarrée par le manque de logements. Enfin, un travail pourrait être fait avec les bailleurs afin qu'une partie de leur parc locatif soit mis à disposition pour les personnes en situation de handicap.

➤ Les ressources du travail

Des usagers ont mis en avant leur souhait de travailler, notamment pour éviter que le manque de ressources financières ne soit source de rupture dans leur logement. Pour cela, l'élaboration d'un projet de travail mais également le développement de nouvelles structures de travail adaptées au handicap psychique sont apparus comme indispensables. La stabilité professionnelle est ensuite recherchée nécessitant une action de destigmatisation auprès des professionnels et des employeurs. Malgré tout, le caractère récurrent et inattendu de la maladie complique la pérennisation du travail. D'où l'importance de structures adaptées et diversifiées.

Concernant les ressources, il a été demandé qu'elles soient mieux réparties entre les ressources allocataires et les ressources du travail pour les personnes salariées et que l'on augmente les aides sociales pour les personnes qui ne travaillent pas.

Quelles que soient les solutions proposées, une vigilance partagée pourrait aider à anticiper le manque de ressources financières, grâce à un accompagnement par des professionnels formés et un partage de l'information entre partenaires. La multiplicité des aides et des dispositifs menant souvent à des impasses.

3.2.2.7 Le vieillissement des personnes

Les sources de ruptures :

Le processus de vieillissement est unique pour chaque personne mais les besoins d'accompagnement peuvent différer. C'est pourquoi il est important de pouvoir envisager des solutions différentes et adaptées aux évolutions de la personne. Mais lorsque le vieillissement s'ajoute à la maladie mentale, l'offre existante est interrogée par l'ensemble des acteurs en présence :

➤ Un vieillissement différent

Les troubles liés au vieillissement ont des répercussions plus importantes sur les personnes de par la présence de la maladie mentale. Les personnes ont tendance à vieillir plus rapidement notamment du fait de la pathologie et de l'impact lourd de la prise de traitements médicamenteux. Ce **vieillessement précoce** constitue un véritable frein pour accéder à certaines prestations ou solutions d'hébergement où les conditions d'accueil sont encadrées par des **limites d'âges**.

➤ Les EHPAD

Le coût des Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) constitue un obstacle selon les mandataires. De plus, d'un EHPAD à l'autre les tarifs varient et il n'est pas toujours évident de s'y retrouver. Il faut pourvoir envisager et comprendre le triple financement :

- le forfait soins assuré par l'assurance maladie directement,
- le tarif dépendance à la charge de la personne, variable en fonction de l'évaluation de la dépendance selon la grille AGGIR et qui ouvre droit à l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (grille d'évaluation non adaptée au handicap psychique)
- le tarif hébergement (à la charge du résident avec possibilité d'aides sociales).

Alors qu'il existe des EHPAD spécifiques pour personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer par exemple, l'offre d'EHPAD spécifique handicap psychique reste restreinte. Un EHPAD qui accueillent des personnes en situation de handicap psychique doit pourvoir justifier **d'équipements adaptés et de personnels spécialisés**, ce qui n'est pas toujours le cas dans les EHPAD « généralistes ».

➤ Le maintien à domicile

Les professionnels du maintien à domicile ne seraient peu, voire pas sensibilisés aux spécificités du handicap psychique. Ainsi, lorsqu'en plus du vieillissement se « cumulent » des troubles, il est important de pouvoir adapter les pratiques professionnelles à la fois pour préserver l'aidé mais aussi l'aidant.

Les mandataires témoignent de services d'aide à domicile qui ont tendance à travailler de façon autonome, sans réelle collaboration avec des services d'accompagnement spécialisé handicap psychique. Pourtant, lorsque le maintien à domicile devient difficile, la collaboration doit pouvoir exister avec les acteurs du réseau spécialisé afin d'envisager l'avenir et de réfléchir aux meilleures conditions pour assurer une continuité du maintien ou réorienter vers des structures d'hébergement adaptées.

➤ Les aides sociales

Le manque d'homogénéisation constaté concernant les aides sociales sur les territoires tend à la fois à limiter la lisibilité et à confirmer les inégalités sociales.

Les solutions pour éviter les ruptures :

➤ Diversifier l'offre

L'offre en matière d'hébergement/de logement pour personnes vieillissantes fragilisées par des troubles psychiques est à diversifier tout en envisageant la spécialisation des dispositifs et des pratique. En ce sens, bailleurs sociaux et mandataires ont recensé quelques pistes afin d'enrichir cette diversification :

- les maisons intergénérationnelles,
- la spécialisation d'EHPAD Psychique avec du personnel formé
- L'accueil familial pour personnes âgées handicapées psychiques.

Le décloisonnement des tranches d'âges pour les entrées en structure permettrait de faciliter l'accès à des dispositifs existants dont l'accueil n'est aujourd'hui pas envisageable au regard des conditions fixées. Cette rupture est largement identifiée par l'ensemble des acteurs.

Outre la nécessaire diversification de l'offre, les mandataires alertent sur l'importance de la clarification des solutions et financements des dispositifs pour personnes handicapées psychiques vieillissante.

➤ Clarifier et unifier les aides sociales

Chacune des parties prenantes a évoqué des pistes relatives aux aides sociales :

- Poser les bases d'un socle commun d'aides sociales minimales identique pour chaque département
- Harmoniser l'offre des Centres Locaux d'Information et de Coordination (CLIC)
- Reconsidérer la grille AGGIR afin que les personnes en situation de handicap puissent être évaluées de façon plus adaptée, leur permettant ainsi d'accéder aux aides sociales (APA).
- Sensibiliser les acteurs des Conseils Généraux à l'évolution du public handicapé psychique afin de mieux prévoir leur accompagnement.

➤ Améliorer les conditions du maintien à domicile

5.3.1 – Professionnaliser le secteur de l'aide à domicile

Le maintien à domicile doit pouvoir considérer la spécificité du vieillissement des personnes handicapées psychiques. Former les professionnels de l'aide à domicile aux spécificités du handicap psychique et notamment à la phase de vieillissement de ces personnes semble nécessaire.

Une refonte du système de prestations d'accompagnement à domicile, parfois trop cadré par des conditions d'âge, et fermé au logement temporaire, doit être étudiée afin d'envisager l'ouverture à de nouveaux bénéficiaires.

➤ Créer des interphases/des transitions

5.6.2 – Parcours d'accompagnement au logement pour les personnes vieillissantes souffrant de troubles psychiques

Le vieillissement différent, voire précoce, des personnes handicapées psychiques doit pouvoir être pris en compte dans les pratiques en intégrant une certaine flexibilité et rapidité d'action car les personnes vieillissent parfois rapidement mais demeurent dans leur logement sans avoir repensé l'accompagnement. Les solutions existantes sur le territoire ne permettent pas toujours une prise en charge immédiate de la situation de la personne en raison, par exemple, des listes d'attente des dispositifs. Les acteurs interrogés proposent que des solutions de transition soient créées, que les conditions d'accompagnement pour les situations d'urgence soient développées et que des dispositifs et solutions d'accompagnement transitoires soient inventés.

3.2.2.8 L'articulation entre les différents acteurs (partenariat,...)

Les sources de ruptures :

Face à un handicap dont la variabilité des comportements et des états de santé est la caractéristique principale, l'enjeu pour les professionnels est de raisonner en termes de parcours. La notion de parcours correspond à la nécessité de devoir s'adapter en permanence aux souhaits et possibilités, souvent évolutifs et parfois imprévisibles, des personnes handicapées psychiques. Ces parcours sont donc rarement linéaires. Ils doivent permettre de gérer les temps de progression et ceux de régression, les temps de rupture et de reprise, les allers retours... Leur réussite est liée à la rapidité des adaptations et à la qualité des accompagnements (soignants, familiaux et/ou professionnels). Ils imposent aussi, entre les diverses parties prenantes, un travail de coopération et une évaluation continue des états et projets de vie des personnes handicapées psychiques.

De manière transversale à l'ensemble des acteurs en présence, la nécessité de décloisonnement du travail entre professionnels (sanitaire, médico-social, social), familles et usagers apparaît comme évidente. Les familles constatent que le lien entre les différents intervenants dans le parcours d'accès au logement semble encore difficile à établir et à maintenir. Des réseaux existent mais ne sont pas encore efficaces. Le modèle hospitalo-centré constitue un frein à la construction de réseaux autour du projet de l'utilisateur.

Pour les bailleurs, le manque de partenariat se manifeste lors des situations de crise, où ils se sentent souvent seuls face aux plaintes du voisinage qui ne supporte plus la gêne occasionnée.

Les professionnels du médico-social tentent d'expliquer cette faiblesse dans les partenariats par un manque de visibilité des activités des uns et des autres. Pour envisager un partenariat efficace, la prise de recul au regard des activités et responsabilités de chacun est nécessaire pour pouvoir envisager un engagement mutuel tout en respectant la place de chacun. Les partenariats, lorsqu'ils existent, restent peu formalisés.

Outre les partenariats directs, le manque d'un référent de parcours constitue pour les bailleurs une rupture dans l'articulation des intervenants.

Quand bien même les réseaux existent, il convient d'interroger les moyens mis à disposition. La gestion des urgences peut contribuer à passer outre les intermédiaires afin de répondre rapidement à la situation.

Les solutions pour éviter les ruptures :

5.5 – Partenariat et coordination

- Identifier les partenaires potentiels

La construction du réseau ne se fait pas en un jour, c'est pourquoi il semble important pour les familles que les professionnels prennent le temps d'identifier l'ensemble des acteurs gravitant autour des usagers qu'ils accompagnent en dehors de l'hôpital. L'identification des compétences respectives ne doit pas être oubliée. L'information de l'existant constitue un élément nécessaire, susceptible d'instaurer des modules de formation sur la dynamique d'accompagnement du handicap psychique.

Les bailleurs souhaiteraient voir naître la création d'un annuaire des ressources territoriales et des interlocuteurs adéquats par type de situation (annuaire par secteur, voire par corps de métier).

Cet annuaire pourrait par ailleurs être utile aux autorités publiques pour qui les connaissances du secteur et structures existantes peuvent être parcellaires.

➤ Créer et pérenniser les dispositifs de concertation et de coordination

La rencontre des partenaires et la mutualisation de ressources professionnelles devraient pouvoir exister sous la forme de plates-formes spécifiques à la thématique logement. Des initiatives sont relevées sur le territoire en matière de commissions logement mais doivent pouvoir être développées. Ces commissions permettent notamment de rassembler autour de la table l'ensemble des parties prenantes afin d'envisager des réponses à des problématiques ou des situations d'urgence. Ce cadre ouvre la porte au décroisement et au dialogue. Un pilotage commun permet une articulation entre le sanitaire et le médico-social pour mettre en œuvre plus facilement la bonne orientation.

Ces lieux de concertation doivent permettre des bilans croisés des besoins de la personne et la coordination des actions communes, ce qui constitue pour l'utilisateur un repère sécurisant.

Les acteurs proposent de formaliser l'existence des partenariats par des conventions, et l'existence des commissions par la réalisation d'une charte et d'un règlement. La pérennisation de ces initiatives doit également pouvoir s'inscrire dans un cadre juridique. Cet ajout renforcera la mise en place sur le territoire national, en prenant appui notamment sur les Agences régionales de santé.

Pour une meilleure adéquation entre l'offre et la demande en matière de logement, la piste à saisir est celle du développement des Système Intégré d'Accueil et d'Orientation.

➤ Offrir les moyens à la mise en œuvre

Une fois les partenaires identifiés, il est important de pouvoir offrir aux acteurs les moyens de faire exister ce partenariat. En ce sens il convient de :

- identifier et clarifier les places de chacun, et les respecter
- réaliser des protocoles permettant de cadrer les conduites à tenir
- institutionnaliser des temps de travail réguliers pour le partenariat, par territoire dans le temps de travail des professionnels
- laisser une place importante à la formation continue des professionnels
- mettre en œuvre l'analyse des pratiques
- communiquer et partager les informations (définir quelles informations transmettre)
- formaliser, conventionner et surtout évaluer le partenariat.

5.5 – Partenariat et coordination

➤ Identifier un référent

Pour permettre une meilleure articulation, les bailleurs insistent sur le concept de référent privilégié. Ce dernier doit avoir la particularité de connaître l'ensemble des acteurs nécessaires à la fluidité du parcours des personnes notamment en matière d'accès et de maintien dans le logement. Ce référent doit être facilement joignable et assurer un rôle d'alerte et de mobilisation des professionnels concernés.

5.5.4 – La fonction de référent social

Il doit également pouvoir favoriser les interventions conjointes et mettre en relation les professionnels pour développer des modes d'actions lors des situations d'urgence (crise, troubles de voisinage avérés qui nécessitent le développement de visites à domicile conjointes).

Le référent doit être un acteur pilote dans la mobilisation des bons acteurs en amont des projets.

➤ Faire valoir l'action des associations auprès des instances publiques et des politiques

Afin de valoriser l'action des associations spécialisées dans l'accompagnement du handicap psychique sur la thématique logement, et de les faire reconnaître comme des partenaires privilégiés, il convient de :

- augmenter et rendre visible les études chiffrées sur la plus-value du logement accompagné (plutôt que l'hôpital au long cours ou un logement inadapté) ;
- associer la Direction Départementale de la Cohésion Sociale dans l'ensemble des projets qui concernent le logement ;
- former les élus et les informer sur les dispositifs existants en préférant à la formation théorique le partage d'expériences, la visite d'établissements... et les sensibiliser à la création de Conseil Local en Santé Mentale ;
- sensibiliser les politiques au handicap psychique afin que des réponses innovantes soient financées ;
- développer l'union des professionnels pour un lobbying fort en faveur de la spécificité des associations (notamment pour tenter de « contrer » les associations dites « généralistes » qui remportent les appels à projets sur « le marché du psychique »).

3.2.2.9 Les spécificités de la maladie

Les sources de ruptures :

Le handicap psychique est un handicap à grande variabilité. Il ne peut être schématisé par des parcours linéaires. Il a pour conséquence à la fois des problèmes de santé physique et mentale. L'état de santé se caractérise par une variabilité de la maladie dont la fluctuation est peu maîtrisable. Les baisses de régime sont souvent associées à des changements ou à des arrêts de traitement. C'est pourquoi il est préconisé un accompagnement global de la personne (sanitaire, social et médico-social), afin d'éviter ou d'anticiper au mieux les périodes de crise et de décompensation. Cette variabilité de l'état de santé interroge l'accès et le maintien dans un logement et constitue pour l'ensemble des acteurs une rupture.

C'est d'ailleurs dans ces situations que les bailleurs se sentent démunis et souhaitent trouver des solutions leur permettant de baliser la marche à suivre et d'envisager le développement de partenariats avec des professionnels spécialisés.

Lorsque la crise nécessite une prise en charge sanitaire, les mandataires sont souvent interpellés pour l'hospitalisation sans consentement.

Le médecin généraliste est souvent le premier professionnel soignant à qui l'on a affaire. Il doit être informé et formé à ce type de handicap pour jouer au mieux son rôle de « détecteur » et d'alerte. Sa place est encore plus importante dans les milieux de vie isolés où les professionnels spécialisés manquent.

Le vieillissement des personnes fragilisées par des troubles psychiques nécessite une vigilance plus particulière au regard de l'évolution de la maladie à laquelle s'ajoute l'avancée en âge. Le vieillissement étant considéré par les acteurs en présence comme une rupture en tant que telle, celle-ci fait l'objet d'une déclinaison dans la partie 4-2-2-7.

Les solutions pour éviter les ruptures :

Pour répondre au mieux à la spécificité de maladie et ne pas en faire une situation de rupture aux démarches d'accès à un logement et au maintien, les acteurs en présence ont recensé des pistes de solution.

➤ La place du soin

Le médecin généraliste a toute sa place dans le parcours de soin de la personne malade. C'est pourquoi il doit être considéré comme un partenaire important. Il doit être sensibilisé au handicap psychique, à la dynamique de prise en charge et d'accompagnement et jouer un rôle de relais et d'alerte. Il doit également assurer une part de suivi du parcours de soins, notamment en milieu rural où les solutions et professionnels de soins manquent.

La mise en place d'équipes mobiles de soin ainsi que l'éducation thérapeutique sont à privilégier, mais leur financement reste une interrogation.

Le soin a toute sa place dans le panel de solutions à exploiter afin d'assurer aux usagers un accès et un maintien à domicile malgré la maladie. Cependant, il ne faut pas perdre de vue que le soin doit intervenir dans une logique d'articulation avec les autres partenaires.

C'est pourquoi, les acteurs intervenant régulièrement auprès de l'utilisateur devraient également pouvoir échanger avec les prescripteurs pour d'éventuels ajustements ou effets secondaires constatés.

Les usagers souhaiteraient également se voir ouvrir le recours à la pharmacopée et aux médecines plus naturelles.

➤ La place du médico-social

Outre la prise en charge sanitaire, une fois sortie de l'hôpital, la personne a besoin d'un accompagnement en fonction de sa pathologie. Cet accompagnement doit permettre la stabilisation de son état de santé et l'amélioration de son autonomie. L'intervention d'un SAMSAH, d'un SAVS ou d'autres dispositifs apparentés représente une solution idéale.

5.4.2 – Le SAVS, un outil essentiel au service du maintien à domicile

5.4.5 – Dispositif AVDL

Afin de mettre en place une vigilance particulière, notamment pour les personnes vivant de façon autonome mais dans des lieux reculés, les équipes médico-sociales et les mandataires doivent pouvoir organiser des visites fréquentes, en vue d'assurer un rôle de suivi et d'alerte.

➤ Un référent comme repère

La personne en situation de handicap psychique doit pouvoir bénéficier d'un référent de parcours. Ce référent doit permettre un suivi plus régulier de la personne et entretenir une relation de confiance. Il doit favoriser la prévention et l'anticipation des moments de fragilité ou de décompensation. Ce référent, que l'on peut nommer référent de parcours, est à distinguer du référent social dont la position est également judiciaire.

5.5.4 – La fonction de référent social

➤ Accompagner les bailleurs

Outre le volet sensibilisation et formation des bailleurs au handicap psychique, évoqué à plusieurs reprises dans les différentes ruptures et pour lequel les bailleurs sont demandeurs, il faut pouvoir répondre à leur interrogation « *que faire lorsque la personne entre en crise ?* ». Un protocole d'action doit pouvoir exister.

5.7.1 – Protocole d'action à destination des acteurs du logement et de l'hébergement en cas de crise

Les bailleurs doivent pouvoir interpeller un référent et autant que possible bénéficier de l'appui d'un psychologue pour pallier la mauvaise articulation actuelle entre les professionnels du soin et eux-mêmes.

3.2.2.10 L'évaluation et/ou l'orientation inadéquate

Les sources de ruptures :

Une orientation et une évaluation en non adéquation avec la réalité que recouvrent les besoins de la personne et de son handicap peuvent constituer une vraie rupture dans le parcours d'accompagnement. Cette réalité constatée est une vraie piste sur laquelle il convient de réfléchir. Il faut en éclaircir les causes afin d'envisager des solutions adaptées.

Pour l'évaluation et l'orientation, les acteurs concernés sont nombreux :

- Les équipes pluridisciplinaires des MDPH et les membres de la CDAPH
- Les équipes techniques partenaires des MDPH (conventionnées ou non) pour la réalisation d'évaluations plus spécifiques
- Les professionnels exerçant leurs fonctions dans des dispositifs d'accompagnement et d'évaluation (exemple : les appartements d'essai...)
- Et enfin, plus largement, l'ensemble des acteurs gravitant autour de l'utilisateur qui peuvent apporter des conseils en matière d'orientation.

Afin qu'une personne puisse accéder et être maintenue dans son logement, l'évaluation de ses besoins, de ses capacités et de son projet de vie doit être réalisée le plus justement possible afin d'articuler l'ensemble des solutions (dispositifs et prestations) nécessaires.

➤ Une évaluation adaptée au handicap psychique ?

Les professionnels du médico-social constatent qu'il peut exister des difficultés pour les équipes en charge de l'évaluation des besoins et capacité des personnes au sein des MDPH. Les médecins, travailleurs sociaux et autres professionnels associés ne sont pas toujours formés à saisir les contours de ce handicap. Chaque personne étant unique, les conséquences de la maladie et des comportements qui en découlent ne peuvent faire l'objet d'une typologie au regard des troubles.

Les outils d'évaluation utilisés par les MDPH ne semblent pas adaptés à ce handicap spécifique et tendent à freiner l'accès à certains droits (la Prestation de Compensation du Handicap par exemple). Ils peuvent infléchir négativement l'orientation d'accompagnement.

Les Commissions des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH) n'intègrent pas toujours des professionnels spécialisés dans le handicap psychique, qui pourraient apporter une réelle expertise.

La variabilité de la maladie doit être prise en considération. En effet, la personne rencontrée lors d'une évaluation peut donner l'impression d'aller bien. Du fait d'un environnement changeant, d'une situation de stress, d'une crise d'angoisse, elle peut rechuter aussitôt...

L'ensemble des professionnels qui interviennent à un moment donné dans le processus d'évaluation et d'orientation de la personne (exemple : lors d'un changement de lieu de vie...) peut se trouver confronté aux mêmes difficultés.

➤ La mauvaise orientation

Le manque de connaissance de la palette des services existants et notamment de la spécialisation de certains peut conduire à une orientation, conseillée ou notifiée, non adaptée. Ce qui constitue une source de rupture, car une personne qui ne se sent pas bien là où elle est orientée va rencontrer une frustration mais aussi des situations qui la renverront à sa pathologie, et à une possible rechute.

La mauvaise orientation peut également être liée à des partenariats peu développés qui ne permettent pas de se saisir de l'ensemble des solutions existantes.

Les solutions pour éviter les ruptures :

Il ne faut pas attendre que le handicap devienne visible et bruyant pour bénéficier d'une évaluation juste et d'une orientation adaptée. Les acteurs des focus groups ont évoqué les solutions suivantes :

➤ Un outil d'évaluation adapté

L'ensemble des outils d'évaluation du handicap doivent être réellement adaptés pour être au plus juste de la réalité et ouvrir droit aux prestations et dispositifs dont l'accès était jusque là limité.

5.2.3 – L'évaluation du handicap psychique par la MDPH

➤ Faire appel à des professionnels spécialisés

L'intégration de spécialistes du handicap psychique sur le volet médico-social doit pouvoir être envisagée au sein des CDAPH pour apporter un autre regard sur les évaluations.

L'équipe pluridisciplinaire de la MDPH, tout comme les autres professionnels acteurs de l'évaluation, doit pouvoir être sensibilisée au handicap psychique via un module de formation et des visites d'établissements spécialisés. Il est également souhaitable d'associer les professionnels à des évaluations de la personne dans le milieu de vie.

La MDPH peut également faire appel à des plateaux d'experts pour l'évaluation de situations spécifiques. Ces plateaux sont composés de professionnels de l'accompagnement spécialisé dans le domaine recherché (ici l'évaluation du handicap psychique ou d'une demande d'orientation particulière). Cette forme d'évaluation est déjà développée au sein de certaines MDPH sur d'autres formes de handicap. Ces évaluations doivent faire l'objet de conventions entre la MDPH et l'établissement concerné.

➤ Diversifier l'offre

Le développement de solutions d'essai permettrait aux usagers d'expérimenter des dispositifs et aux professionnels d'en évaluer les bienfaits. En ce sens, il faudrait pouvoir intégrer lors de la création ou de l'extension de structures, des places spécifiquement dédiées à l'essai et à l'évaluation, en vue d'une orientation à l'issue de l'essai vers le dispositif adapté ou une autre solution d'essai.

5.2 – L'évaluation en vue de l'accès et/ou du maintien à domicile

3.2.2.11 L'isolement social

Les sources de ruptures :

L'isolement social constitue une rupture fréquente dans l'accès et le maintien dans le logement. En effet, les usagers éprouvent des difficultés à vivre dans la cité par manque de liens, de médiation, d'accompagnement social... Le manque d'interlocuteurs peut être source d'angoisse et conduire à de nouvelles ruptures, notamment un retour à l'hôpital.

L'isolement social est encore accentué en milieu rural où les services de proximité sont parfois éloignés, voire inexistant.

Les bailleurs identifient les signaux d'alerte d'un isolement devenu inquiétant : boîte aux lettres pleine, alerte du voisinage, loyers impayés, remarques du gardien... Une fois ces signaux relevés, ils ne savent pas toujours vers qui se tourner. Ils font généralement remonter l'information vers les CMP, mais leur intervention ne s'inscrit pas toujours dans la continuité de l'alerte. Le dernier recours est alors bien souvent de faire appel aux pompiers pour inciter à ouvrir la porte.

L'isolement et le repli sur soi sont la conséquence d'une multiplicité de ruptures en lien avec l'environnement de la personne (géographique, matériel, social, familial, ...) et ses troubles psychiques.

Les solutions pour éviter les ruptures :

➤ L'offre culturelle et associative

Permettre à la personne de sortir et d'accéder aux services culturels et à la vie associative pour entretenir ou développer du lien social est de toute première importance. Il convient de pouvoir informer de l'offre existante, et permettre ainsi à la personne d'expérimenter d'autres formes de lieux avec des dynamiques sociales riches.

Les Groupes d'entraide mutuelle sont d'excellents moyens pour cela, tout comme la dynamique que peuvent engager les SAVS (animation d'ateliers collectifs et individuels, accompagnement à l'autonomie et à la vie sociale). L'ensemble des activités sociales, culturelles, sportives doit pouvoir être pensé, en intégrant la possibilité de tarifs préférentiels. Un partenariat avec les Maisons de quartier est indispensable mais doit aussi considérer la sensibilisation de leurs professionnels au handicap psychique.

L'information de l'offre existante ne doit pas uniquement parvenir à l'utilisateur mais aussi aux différents acteurs de l'accompagnement et aux proches afin qu'ils puissent les orienter vers ces solutions.

L'offre existante en milieu rural pose question. Il s'agit d'inventer des dispositifs itinérants comme il en existe sur certains territoires.

➤ Etre vigilant et permettre l'écoute

Les acteurs en présence évoquent les services de médiation proposés par les bailleurs comme une piste intéressante à développer et à pérenniser.

Les médiateurs présents sur des temps de soirées ou de nuit peuvent prévenir, créer du lien social et s'assurer que les personnes vont bien. Leur objectif est de rompre l'isolement et d'intervenir dans une période particulière, la nuit.

Le dispositif Optima investit les visites de courtoisie et permet le dialogue. Il repère les soucis et signaux permettant d'éviter un trop grand repli sur soi, voire une période de crise. Il permet de faire le lien entre les bailleurs et les CMP.

5.4.4 – L'intervention du correspondant de nuit

Le service de médiation doit donc permettre le partage d'information et doit nécessairement envisager la répartition des tâches entre professionnels.

Le besoin de parler, d'être relayé peut aussi être assuré par une ligne téléphonique d'écoute. Le rôle de la famille n'est pas à négliger, tout en considérant la disponibilité et l'usure possible.

Les Hôpitaux de jour peuvent également intervenir cependant, la réalité à considérer aujourd'hui est leur saturation.

➤ Un lieu de vie adapté

Afin d'assurer un accès réussi et un maintien dans le logement, le type de logement investi doit être mûrement réfléchi et testé. Il doit pouvoir être adapté à la personne, à ses attentes, à ses besoins et à ses capacités, favoriser le lien social, la mixité et l'accompagnement. Les résidences intergénérationnelles, les résidences accueil, les appartements associatifs apportent un cadre collectif sécurisant et peuvent être envisagés sur du plus ou moins long terme ou en solution de transition.

4 FICHES PRATIQUES

4.1 Utilisation du guide

Le présent guide peut être lu et abordé de deux manières distinctes :

- Une entrée par les solutions : cette logique prend appui sur la construction du sommaire principal où les fiches solutions présentées sont regroupées en fonction des grandes thématiques. Les lecteurs cherchent donc une solution au regard d'un thème (exemple : le partenariat et la coordination).
- Une entrée par les ruptures : pour les acteurs qui recherchent une ou des solutions précises au regard d'une rupture, il convient non pas de rechercher la fiche solution via le sommaire, mais via le tableau ci-dessous. Ce tableau classe, en fonction des intitulés de grandes ruptures présentées ci-dessus, les solutions correspondantes et les fiches solutions.

Le tableau ci-dessous reprend donc l'ensemble des solutions pensées, mais dont la totalité n'est pas déclinée. Les fiches dont la cellule est grisée correspondent aux fiches déclinées dans le présent guide. Pour les retrouver, il convient de se référer à la numérotation indiquée.

Les fiches créées sont mises en évidence dans le tableau ci-dessous et s'intègrent davantage à un niveau opérationnel. Les fiches non créées s'inscrivent dans des pistes de réflexion pour amener les protagonistes à enrichir le guide. Les annexes citées sont à demander auprès de l'organisme responsable de la fiche ou auprès de la fédération Agapsy.

Nous attirons votre attention sur le fait que chaque partie est composée d'une numérotation de page indépendante afin de pouvoir assurer la mise à jour du classeur.

Intitulé des ruptures (3.2)	Thématiques de solution (4.2 à 4.7)	Références des fiches solutions (niveau à partir de 4.2.1)	
La variabilité des troubles psychiques et leurs conséquences (ruptures de soins et décompensation) (3.2.2.1)	Continuité des parcours	4.7.1 Protocole d'action à destination des acteurs du logement et de l'hébergement en cas de crise <i>Créer un numéro de téléphone d'urgence</i> <i>Définir la fonction d'alerte et la dynamique avec les acteurs proches de la personne (professionnels, voisinage, famille...)</i> <i>Délimiter la place du mandataire et de la famille dans le cadre de l'hospitalisation sans consentement</i> <i>Développer des solutions de soins qui puissent prendre le relais pendant les horaires de fermeture des CMP (permanences de soins, SPAO)</i> <i>Répondre aux problématiques de la ruralité par la mise en place d'équipes mobiles</i>	
	Mise en œuvre de l'accès et du maintien dans le logement	4.4.4 L'intervention du correspondant de nuit <i>Poser les bases des modalités d'organisation de l'Hospitalisation A Domicile (HAD) spécifique pour le handicap psychique</i>	
	Information, formation, prévention	4.3.2 Groupe d'entraide psychologique <i>Proposer aux soignants un module de formation sur la communication entre les professionnels, les familles et les usagers.</i> <i>Développer des Ateliers santé ville</i>	
	Evaluation	<i>Produire une gamme de protocoles en cas de non adhésion de l'utilisateur aux démarches nécessaires à l'obtention de ses droits (demandes MDPH).</i>	
	Partenariats, coordination	<i>Poser les bases de travail entre les professionnels de l'accompagnement et les unités d'urgence.</i>	
	L'insuffisance quantitative et/ou qualitative de l'offre des dispositifs (3.2.2.2)	Mise en œuvre de l'accès et du maintien dans le logement	4.4.1 Vivre dans la cité en toute autonomie 4.4.4 L'intervention du correspondant de nuit <i>Favoriser les commissions pluridisciplinaires avec les bailleurs sociaux en amont des attributions de logement pour une meilleure adéquation entre les demandes et les offres de logement.</i>
		Inventer et développer des établissements	4.6.1 L'accès au logement, les baux glissants. 4.6.2 Parcours d'accompagnement au logement pour les personnes vieillissantes souffrant de troubles psychiques 4.6.4 SAMSAH Logement 4.6.5 SAMSAM Logement ARHM <i>Développer des établissements intégrant logement et accompagnement social (triptyque SAVS-Résidence accueil-SAMSAH)</i>
		Information, formation, prévention	4.3.1 Professionnaliser le secteur de l'aide à domicile 4.3.2 Groupe d'entraide psychologique 4.3.3 La formation comme outil d'accès et de maintien dans le logement <i>Mettre en place des actions de destigmatisation auprès des bailleurs et du voisinage (SISM, projet Grande Cause Nationale).</i> <i>Mettre en œuvre une étude de besoin sur un territoire donné.</i>
		Partenariats, coordination	4.5.4 La fonction de référent social 4.5.5 Le partenariat, la coordination dans l'accompagnement

		4.6.3 Conseil Local de Santé Mentale. « Un cadre pour permettre la création » <i>Investir les outils pilotés par l'Etat du type Plans Départementaux d'Accueil et d'Hébergement et d'Insertion (PDAHI) et Service Intégré d'Accueil et d'Orientation (SIAO).</i>
	Continuité des parcours	4.7.2 Création d'un sas d'entrée et de sortie SAVS-SAMSAH <i>Assurer le maintien du lien thérapeutique en cas de déménagement</i> <i>Dans l'attente d'une place dans un dispositif adapté, permettre à la personne d'accéder à une solution temporaire non spécifique.</i>
L'accompagnement inapproprié à l'autonomie de la personne (3.2.2.3)	Inventer et développer des établissements	4.6.2 Parcours d'accompagnement au logement pour les personnes vieillissantes souffrants de troubles psychiques 4.6.4 SAMSAH Logement 4.6.5 SAMSAM Logement ARH
	Mise en œuvre de l'accès et du maintien dans le logement	<i>Intégrer le médico-social dans la préparation de la sortie de l'hôpital</i> 4.4.2 Le Service d'Accompagnement à la Vie Sociale, un outil essentiel au service du maintien à domicile
	Les comportements : troubles du voisinage, addictions, hygiène... (3.2.2.4)	Evaluation <i>Produire un outil d'évaluation de l'environnement global (humain et physique) dans lequel s'inscrit le logement afin de déterminer le succès du maintien au domicile.</i>
	Information, formation, prévention Partenariat, coordination	<i>Créer un guide à destination des gardiens d'immeuble.</i> <i>Développer la médiation dans le parc locatif</i> <i>Intégrer des spécialistes du handicap psychique dans les dispositifs de prévention et de soins des addictions</i>
Le vieillissement des personnes (3.2.2.7)	Inventer et développer des établissements	4.6.2 Parcours d'accompagnement au logement pour les personnes vieillissantes souffrant de troubles psychiques
		<i>Développer des structures pour personnes vieillissantes en situation de handicap psychique (EHPAD Psychique).</i>
		<i>Développer l'accueil familial.</i> <i>Développer des maisons intergénérationnelles.</i>
	Evaluation	<i>Faire évoluer la grille AGGIR au vu d'une prise en compte du vieillissement précoce lié au cumul des troubles psychiques et de l'avancée en âge.</i>
	Partenariat, coordination	<i>Penser le partenariat en rapport avec les dispositifs pour la population vieillissante (CLIC...)</i>
	Continuité des parcours	<i>Interroger les limites d'âge d'accès aux droits et dispositifs pour personnes vieillissantes au regard du vieillissement précoce des personnes en situation de handicap psychique</i> <i>Développer des solutions permettant l'anticipation du vieillissement de l'aidant naturel</i>

L'articulation entre les différents acteurs (partenariats, ...) (3.2.2.8)	Continuité des parcours	4.7.1 Protocole d'action à destination des acteurs du logement et de l'hébergement en cas de crise
		4.7.2 Création d'un sas d'entrée et de sortie SAVS-SAMSAH
		<i>Reconnaître et formaliser la place de la famille dans l'accompagnement</i>
	Partenariat, coordination	4.5.1 Réseau de Promotion pour la Santé Mentale
		4.5.2 Charte de partenariat santé mentale et logement
		4.5.3 L'émergence d'une démarche partenariale innovante (Le Grand Lyon)
		4.6.3 Conseil Local de Santé Mentale. « Un cadre pour permettre la création »
		4.5.4 La fonction de référent social
		4.5.5 Le partenariat, la coordination dans l'accompagnement
		4.5.6 Rôle et fonction du chargé de mission santé mentale
		<i>Mettre en place des groupes d'analyse des pratiques et de supervision avec les partenaires</i>
		<i>Eclaircir la notion de fonction de référent de parcours</i>
		<i>Associer le bailleur à la préparation de l'accès au logement autonome</i>
		<i>Développer des Ateliers santé ville</i>
		<i>Créer des cellules de concertation avec les bailleurs pouvant palier des situations d'urgence ou de crise spécifique</i>
		<i>Modéliser les critères de réussite d'un partenariat pour en permettre l'évaluation</i>
	<i>Associer le médecin généraliste</i>	
	Evaluation	4.2.1 Les appartements d'essai
		4.2.2 Expérimentation d'un appartement collectif de transition
		4.7.3 Les appartements de coordination thérapeutique
	Inventer et développer des établissements	4.6.1 L'accès au logement, les baux glissants.
	Information, formation, prévention	<i>Protocole de création de centre ressources (CREHPSY)</i>
		<i>Rendre visible les associations et dispositifs existants au plan national, régional et départemental (site internet, annuaire, cartographie...)</i>
Mise en œuvre de l'accès et du maintien dans le logement	4.4.3 Service d'accompagnement renforcé et d'insertion par le logement	
	4.4.5 Dispositif AVDL	
	<i>évelopper les visites à domicile conjointes</i>	
	4.4.5 Accompagnement (autour et) au retour dans un logement après hospitalisation	

Les spécificités de la maladie (3.2.2.9)	Continuité des parcours	4.7.1 Protocole d'action à destination des acteurs du logement et de l'hébergement en cas de crise
	Information, formation, prévention	4.3.1 Professionnaliser le secteur de l'aide à domicile
		4.3.2 Groupe d'entraide psychologique
Mise en œuvre de l'accès et du maintien dans le logement		4.3.3 La formation comme outil d'accès et de maintien dans le logement
		4.4.4 L'intervention du correspondant de nuit <i>Développer les équipes mobiles pluridisciplinaires</i>
L'évaluation et/ou l'orientation inadéquate (3.2.2.10)	Evaluation	4.2.1 Les appartements d'essai
		4.2.2 Expérimentation d'un appartement collectif de transition
		4.2.3 L'évaluation du handicap psychique par la MDPH
		4.2.3 Les appartements de coordination thérapeutique <i>Réfléchir à la place de l'hospitalisation sans consentement utilisée comme outil dans l'espace temps nécessaire aux prises de décision des équipes médico-sociales en charge de l'évaluation.</i> <i>Modéliser des propositions d'appartements d'essai à joindre aux projets de création ou d'extension de dispositifs logement portés par les associations.</i>
	Mise en œuvre de l'accès et du maintien dans le logement	4.4.3 Service d'accompagnement renforcé et d'insertion par le logement <i>Intégrer le médico-social dans la préparation de la sortie de l'hôpital</i>
		4.4.5 Dispositif AVDL
Continuité des parcours	4.7.2 Création d'un sas d'entrée et de sortie SAVS-SAMSAH	
Les aléas de la vie (3.2.2.5)	Continuité des parcours	<i>Envisager les Centres d'Hébergement et de Réinsertion Sociale (CHRS) comme un partenaire relais.</i>
		<i>Créer un numéro de téléphone d'urgence</i>
		<i>Définir la fonction d'alerte et la dynamique avec les acteurs proches de la personne (professionnels, voisinage, famille)</i>
L'isolement social (3.2.2.11)	Evaluation	<i>Produire un outil d'évaluation de l'environnement global (humain et physique) dans lequel s'inscrit le logement afin de déterminer le succès du maintien au domicile.</i>
	Information, formation, prévention	<i>Développer un outil communiquant à destination des usagers pour informer de l'existence des Groupes d'Entraide Mutuelle</i>
		4.3.2 Groupe d'entraide psychologique
Mise en œuvre de l'accès et du maintien dans le logement	<i>Rendre visible et partager les outils d'apprentissage innovants à la gestion du quotidien utilisés par les professionnels</i>	

Les difficultés financières (3.2.2.6)	Evaluation	4.2.3 L'évaluation du handicap psychique par la MDPH
		<i>A partir d'une évaluation de la structuration de l'AAH, ajuster la répartition entre ressources allocataires et ressources du travail dans une perspective d'incitation au travail.</i>
		<i>Travailler la notion de partenariat entre associations spécialisées dans le handicap psychique et la MDPH</i>
	Information, formation, prévention	<i>Sensibilisation des médecins généralistes au handicap psychique en vue de la réalisation des certificats médicaux nécessaires aux demandes MDPH (AAH...)</i>
		<i>Créer un outil pratique par territoire recensant les dispositifs permettant l'accès aux droits des personnes en situation de handicap psychique (aides financiers, services...)</i>
		<i>Sensibilisation des mandataires aux spécificités du handicap psychique.</i>
		<i>Développer des modules de formation à destination des entreprises leur permettant d'intégrer une dynamique d'accès et maintien dans l'emploi des personnes en situation de handicap psychique.</i>

Les appartements d'essai



ORLOGES
Office Rhodanien de Logement Social



Agapsy Rhône-Alpes

Intitulé de la réponse

Les appartements d'essai.

Synthèse en quelques lignes

ORLOGES a créé depuis janvier 2008 un dispositif intitulé « Appartements d'essai ». L'objectif est de permettre à des personnes en souffrance psychique, adultes, suivies par des équipes de soin en psychiatrie, accueillies en institutions, ou vivant dans leur famille d'expérimenter ou de ré-expérimenter la vie en logement ordinaire sur une durée limitée dans le temps (3 mois). Un accompagnement social est assuré par les travailleurs sociaux d'ORLOGES sous forme de visites à domicile et d'entretiens. Une réunion a lieu aussi à ORLOGES, chaque lundi matin, permettant aux personnes de se rencontrer et de pouvoir partager leur expérience dans ce dispositif. L'accompagnement soignant se poursuit avec l'équipe de soin d'origine. Il s'agit d'une mise en situation réelle de vie dans un logement loué par ORLOGES, en ville. 6 logements ont été loués auprès de bailleurs sociaux. Ils sont disséminés dans Lyon et totalement banalisés. ORLOGES les a entièrement meublés et équipés. Les personnes apportent leurs affaires personnelles. Les personnes peuvent ainsi évaluer leurs capacités concernant la gestion du quotidien, la vie sociale, les relations, la poursuite des soins,... Un contrat d'hébergement est signé de façon tripartite (la personne concernée, l'équipe de soin référente, ORLOGES). Un bilan intermédiaire a lieu à mi-parcours en présence de l'équipe de soin ainsi qu'un bilan à l'issue des 3 mois.

Contexte dans le cadre du projet

ORLOGES, depuis 30 ans, permet à des personnes en souffrance psychique d'accéder à un logement de droit commun. Notre expérience nous a montré que pour certaines personnes, l'accès, d'emblée, à un logement ordinaire représentait un investissement trop massif (financier et psychologique) pouvant mettre en péril le projet. C'est pourquoi nous avons réfléchi à la création d'un dispositif préalable plus léger d'autant que ce type d'offre n'existait pas sur le territoire.

Cahier des charges de la réponse proposée

- **Contexte local qui a amené la mise en place d'une telle réponse sur le territoire (local, départemental, régional...)**

Le projet s'inscrit dans le cadre de l'accueil temporaire, soit 90 jours maximum. Il est né suite aux constats décrits ci-dessus. Aucun dispositif de ce type n'existait sur le territoire.

Dès l'origine, en 2005, un groupe de travail s'est constitué rassemblant des représentants des 3 CHS (Vinatier, St Jean de Dieu, St Cyr au Mont d'Or), la Clinique psychiatrique de Vaugneray, de représentants des familles (l'UNAFAM), de partenaires sociaux et médico-sociaux du territoire (Santé Mentale et Communautés) afin de construire un projet en adéquation aux besoins et attentes.

Ce projet a fait l'objet d'un passage en CROSMS (Comité Régional de l'Organisation Sociale et Médico-Sociale) le 19 octobre 2007. Il est financé par le Conseil Général du Rhône.

Une étude de besoins a été menée aussi auprès d'un échantillon de services soignants et de travailleurs sociaux afin de mieux apprécier les besoins quantitatifs et les trajectoires des personnes susceptibles de bénéficier de ce dispositif. Cette étude a permis de dégager cinq types d'indications qui parfois se recoupent ou s'ajoutent :

- tester l'autonomie, l'expérience de la solitude. Vérifier si les capacités à vivre de manière autonome sont toujours d'actualité ou pas pour permettre de travailler sur un projet adapté. Cette indication si elle est commune à toutes les personnes prend une importance particulière pour ceux qui ont déjà vécu quelques expériences de vie seule qui se sont soldées par des échecs et/ou des hospitalisations en HDT (hospitalisation sur la demande d'un tiers) ou en HO (hospitalisation d'office) en particulier pour ceux qui ont eu tendance à se laisser envahir ou au contraire à s'enfermer.
- prise de distance, essai de vie autonome « en douceur » sans officialiser d'emblée une rupture, un départ du domicile familial. Il s'agit principalement de personnes qui n'ont jamais quitté leur famille, particulièrement lorsqu'il existe de part et d'autre une grande difficulté à se séparer, ou dans le cas de parents vieillissants et inquiets pour l'avenir.
- personnes qui se sentent mal dans un lien collectif, qui leur fait vivre un sentiment d'intrusion, d'agression. Ils souhaitent très fort avoir un lieu à eux, sans savoir s'ils en ont la capacité.
- « désétaillage » progressif d'une institution : concerne des personnes qui semblent stabilisées et qui ont toujours ou longtemps vécu en collectif, en foyer d'hébergement ou à l'hôpital, qui voudraient essayer autre chose mais ont aussi très peur de quitter ce cadre contenant, avec un étaillage quotidien.
- Modification de la représentation que peut avoir un bailleur. Parmi les questionnaires, deux personnes qui semblent prêtes à vivre en appartement individuel n'arrivent pas à obtenir de logement, les bailleurs refusant d'emblée une candidature qui leur paraît « à risques ».

L'étude de besoins a été complétée par l'illustration de situations au travers de vignettes cliniques.

➤ Missions et objectifs spécifiques de la proposition

Pour les personnes concernées, ce qui est à essayer, c'est la crainte de se séparer du lieu de vie actuel, de se confronter à la solitude, de tester ses propres capacités à accepter un changement et à se confronter au réel. La notion d'essai évite la question de l'engagement qui peut être générateur d'angoisse. L'intérêt de cet essai, en plus de tenter une expérience nouvelle, permet à celui qui l'a vécu d'y repenser, d'en faire une analyse un peu plus fine, de laisser mûrir, etc.... Certains ont besoin:

- de ne pas se décider, s'engager d'emblée,
- de confronter leurs illusions avec la réalité (désir de normalité et d'absence de contraintes que leur paraît être la vie « normale »),
- de « s'essayer », de tester leurs capacités : à se séparer de la famille, de l'hôpital ou d'un lieu de vie collectif, à vivre seul, à affronter les actes de la vie quotidienne, à gérer la réalité, à tester leurs limites ; une séparation « élastique » qui n'est alors pas vécue comme un abandon,
- de tenter une expérience qui lorsqu'elle prendra fin, quelle qu'en soit l'issue, devra être l'occasion d'une orientation et ne devra donc pas être interprétée comme un échec.

L'essai c'est avant tout une expérience qu'on peut retravailler après avec l'intéressé(e). Il s'agit alors de valoriser ce qui a été possible, sans pression, juste « s'essayer à », en faisant le point sur ses capacités et ses difficultés, pour construire un projet personnel vivable dans le long terme.

L'essai avec un début et une fin connus permet d'expérimenter une première fois le changement, la séparation, marque le temps.

Les personnes sont souvent dans l'idéalisation ou l'angoisse complète par rapport à l'appartement individuel, l'idée de la solitude ; l'essai permet de se tester. Pour ceux et celles qui ont du mal à se projeter, cela permet d'imaginer un ailleurs, d'expérimenter ce que peut être dans la réalité la vie dans un appartement. Cela ferait sans doute moins peur ; idée de s'essayer ensemble avec l'entourage, le soin, l'accompagnement social.

L'expérience en appartements d'essai temporaires peut permettre de mieux appréhender les contraintes et les difficultés, mais également les atouts pour choisir un mode de vie en toute connaissance de cause.

➤ **Bénéficiaires, protagonistes et partenariats**

Le dispositif s'adresse à des personnes seules, hommes et femmes, handicapées psychiques, âgés de plus de 20 ans, bénéficiant d'une orientation CDAPH. La maladie doit être relativement stabilisée pour envisager cette expérience.

La typologie est la suivante :

- « grands jeunes » de 20 à 35 ans ayant toujours vécu chez leurs parents. L'accompagnement de la famille, elle-même en souffrance, est indissociable (travail avec les soignants). Il s'agit de travailler un projet sur lequel chacun puisse se mettre d'accord,
- personnes qui sont retournées vivre en famille « faute de mieux » après une hospitalisation et /ou une rupture affective ou professionnelle et font de fréquents allers-retours entre l'hôpital et le domicile, pour qui le collectif et la vie en famille sont difficiles...
- décohabitation progressive avec des parents vieillissants et inquiets pour l'avenir.
- personnes qui vivent depuis longtemps en collectif, à l'hôpital ou dans une institution soignante ou médico-sociale et qui n'arrivent pas à se projeter vraiment ailleurs, ayant peu de représentations de la réalité de la vie dans un logement autonome, mais qui ont un fort désir d'essayer.

A l'issue de l'essai, la personne retrouve sa place dans le lieu d'origine (famille ou institution).

Partenariat institutionnel :

Un comité de suivi se réunit une fois par an : il rassemble les partenaires du soin, du médico-social, du social, représentants de familles et financeur (Conseil Général). Il fait le bilan de l'année écoulée et apporte des éléments de réflexion permettant d'évaluer le projet et de le réajuster si besoin. Il est élargi aux partenaires qui ont orienté des personnes au cours de l'année écoulée : ainsi, il est l'occasion de faire le point sur ces mêmes personnes et recueillir de vive voix les remarques des partenaires.

Partenariat autour de l'accompagnement des personnes reçues :

Le projet doit être porté par l'équipe de soins référente de la personne. Lors de l'admission, elle doit être présente à l'un des 2 rendez-vous. Elle doit être aussi présente lors de la signature du contrat d'hébergement qu'elle signe aussi s'engageant dans la poursuite du soin et à sa présence au bilan intermédiaire qui a lieu à mi-parcours et au bilan final.

➤ **Modalités de fonctionnement**

1- Procédure d'admission

Il est prévu :

- un entretien de pré-admission en présence de l'équipe soignante,
- si le candidat maintient sa demande, un deuxième rendez-vous aura lieu avec l'équipe d'Orloges sans les soignants,
- un rendez-vous en présence de la famille peut être également envisagé si besoin.

Un livret d'accueil et le règlement de fonctionnement sont remis au premier rendez-vous pour permettre à la personne de le lire tranquillement et de poser des questions si elle le souhaite lors du second rendez-vous.

L'importance de l'engagement et des rencontres entre les équipes de soins et Orloges est soulignée d'autant plus qu'après l'essai il y a retour dans la structure d'origine. Lorsque la personne hébergée vient de sa famille, il ne sera pas exclu que des contacts s'effectuent entre Orloges et les parents qui le souhaitent, après concertation avec l'équipe soignante garante de l'accompagnement des familles.

L'acceptation ou le refus de la candidature discutés en équipe avec la direction est transmis par courrier avec copie adressée aux soignants et au curateur ou tuteur éventuels.

2- La préparation à l'entrée

Une visite du logement est prévue en amont de l'entrée.

Un dossier CDAPH est constitué ainsi qu'une demande d'admission à l'aide sociale. Ces 2 dossiers sont faits par ORLOGES.

La personne doit fournir une attestation d'assurance responsabilité civile.

3- L'accompagnement

Au moment de l'entrée, un état des lieux est fait avec la personne. Une caution de 100€ est demandée.

Un contrat est signé engageant la personne hébergée, les soignants et Orloges, ainsi que le curateur ou le tuteur si besoin. Il précise les objectifs et les modalités du séjour, y compris le retour dans la structure d'origine. Un planning est établi ensemble concernant la présence dans l'appartement et les interventions de l'équipe (visites à domicile, entretiens), ainsi que la date des prochains bilans.

Dans un premier temps, c'est la personne qui teste ses capacités, à son rythme, selon ses possibilités.

Ensuite, l'accompagnement tend à faire le point ensemble sur les compétences et les difficultés de la personne hébergée. Il sera très individualisé et se fera autour de la réalité de la vie quotidienne dans l'appartement et à l'extérieur. Il doit permettre de préciser peu à peu sur le long terme le degré d'autonomie de la personne accueillie et ses capacités à :

- être seul(e) sans angoisse excessive,
- se repérer dans le temps et dans l'espace : organiser son temps, respecter l'alternance jour/nuit, les rendez-vous, les plannings, se déplacer seul, faire les courses,
- assurer ses besoins fondamentaux au quotidien : hygiène, habillement, préparation des repas, budget, entretien de l'appartement, démarches administratives,
- créer des liens et fonctionner dans des relations sociales : voisinage, ouvertures vers l'extérieur, rencontres,...
- faire appel en cas de difficultés.

Dans le même temps, il s'agit assez rapidement de réfléchir ensemble à partir des difficultés constatées et de mettre en place une aide concrète qui pourrait permettre de les dépasser, par exemple : pour le ménage, pour cuisiner ou s'acheter des plats tout prêts,

Un bilan intermédiaire a lieu en présence de l'équipe soignante. A cette occasion un point est fait sur le projet en cours, les acquis et les attentes. Les temps de présence dans l'appartement, le rythme et le contenu des rendez-vous avec les référents sont discutés, interrogés et réajustés si nécessaire. Cette évaluation permet en outre de décider ensemble la poursuite du projet ou son arrêt.

Un groupe spécifique de parole et d'échanges des expériences entre les personnes hébergées a lieu tous les lundis matins autour d'un petit-déjeuner (café, thé, croissants). Conformément au décret du 25 mars 2004, cette réunion représente également une instance alternative au Conseil de la vie sociale permettant de faire des propositions sur toutes les questions intéressant le fonctionnement, l'organisation et les services de la structure.

Une permanence téléphonique sera assurée de 9 H à 17 H tous les jours de la semaine, et le week-end de 9h à 20h, les bénéficiaires faisant appel aux dispositifs de droit commun en dehors des heures d'ouverture.

4- Participation financière

L'association ORLOGES en tant que locataire des appartements est seule signataire du bail. Tous les contrats sont établis à son nom, elle règle l'ensemble des factures (EDF – GDF – eau – assurance). La personne hébergée reverse, à terme d'avance, une participation financière sur le loyer, les charges et l'accompagnement de 140 € par mois qu'elle règle auprès du secrétariat avant le 11 de chaque mois.

5- Les appartements

Il s'agit de 6 appartements banalisés, de type T1, T1 bis situés dans Lyon, entièrement meublés et équipés par ORLOGES. Le choix des appartements a été fait selon plusieurs critères : localisation dans des quartiers très différents (cœur de la ville ou plus en périphérie, plus commerçants ou plus résidentiels,..), proximité des transports en communs, coûts, ...

6- La sortie

Un état des lieux est effectué dans le logement et la caution remboursée s'il n'y a pas de dette ou de dégâts.

7- Bilan à l'issue des trois mois :

A cette occasion, les orientations d'hébergement pour la suite font l'objet d'une réflexion, d'une information et d'une élaboration en commun avec la personne hébergée, ses soignants.

Les solutions à explorer sont celles de l'habitat autonome avec ou sans accompagnement particulier (S.A.V.S, aide-ménagère, mesure de protection des biens, GEM,...) et/ou collectif (Foyers, Résidences sociales, maisons relais,...). Les personnes peuvent aussi faire une demande pour intégrer ensuite un appartement d'ORLOGES, si cela s'avère le mieux indiqué, mais cela ne correspond certes pas à tout le monde, l'autonomie au long cours, la dimension du collectif et la capacité à faire appel étant très importantes.

➤ Modalités de financement (investissement et/ou fonctionnement)

Le fonctionnement de ce dispositif de 6 places est financé par le Conseil Général sous forme de dotation globale. Le taux d'occupation est de 80 %.

➤ Evaluation (critères et indicateurs de réussite)

Les critères et indicateurs sont :

- Taux d'occupation réalisé à hauteur des objectifs fixés par le financeur
- Nombre de personnes orientées
- Nombre et variété des partenaires qui orientent
- L'évolution des parcours après l'expérience en appartement d'essai (nous réalisons auprès des personnes et des équipes de soin, une enquête un an après la sortie du dispositif pour connaître le devenir des personnes)
- L'appréciation que les personnes portent sur le dispositif (nous réalisons une enquête de « satisfaction » un an après la sortie du dispositif)

L'arrêt d'un séjour avant son terme ou une ré-hospitalisation (même de longue durée) ne sont pas considérés comme des indicateurs d'échecs du dispositif puisque l'objectif est de permettre aux personnes d'essayer. L'arrêt précoce ou l'incapacité à aller au terme des 3 mois sera un indicateur quant aux capacités de la personne. Cet élément permettra à l'équipe de soins d'orienter les projets à venir.

Analyse critique (à partir de votre expérience d'implémentation sur votre territoire)

➤ **Analyse "Forces - Faiblesses - Opportunités - Menaces" en termes de déploiement sur votre territoire**

Ce projet a, en 4 ans, pris place dans le paysage local. D'année en année, le nombre d'équipes de soins qui orientent sur ce dispositif ne cesse d'augmenter que ce soit les CMP ou les services en intra. De plus, les équipes qui l'ont testé le réutilisent régulièrement.

Il est important que cet outil puisse être utilisé au moment où la personne en fait la demande. C'est pourquoi notre délai d'attente est de 5 mois maximum. La difficulté est que, dans le cas d'une forte demande, nos délais d'attente risquent de s'allonger et dans ce cas, le projet perd son sens. L'autre difficulté est « l'après dispositif ». Pour un certain nombre de personnes, un projet d'accès à un logement, avec un accompagnement se révèle tout à fait pertinent. Le retour en institution ou en famille à l'issue des 3 mois peut être un écueil si des propositions à court terme ne sont pas possibles. Or, la plupart des institutions susceptibles de répondre à cette demande (y compris ORLOGES) ont des délais d'attente longs du fait d'un manque de places (pour ORLOGES, ils sont de 18 mois en moyenne).

➤ **Avis qualitatif libre**

Ce dispositif est un véritable outil d'évaluation pour les personnes et pour les équipes de soin. Il s'agit d'une mise en situation réelle permettant ainsi d'apporter des éléments tangibles en termes de capacités à habiter et d'éclairer les uns et les autres sur la mise en œuvre des étapes à venir. Il offre donc une véritable plus-value car il permet « d'accélérer » la sortie de dispositifs plus lourds, le cas échéant. C'est un véritable outil d'aide à la décision. Il permet une « mise en mouvement » de la personne sans risque de perdre sa place dans son lieu d'origine.

Modalités de reproduction

➤ **Processus de création de la réponse sur un territoire (dans l'idéal)**

- un engagement des équipes de soins dans la poursuite de l'accompagnement thérapeutique pendant la prise en charge
- un engagement des équipes de soin à la réintégration de la personne dans leurs services à l'issue de la prise en charge
- un engagement des équipes de soin à la ré hospitalisation des personnes pendant le dispositif si cela s'avère nécessaire

➤ **Personnes ou organismes ressources à contacter**

ORLOGES, 19 Rue Auguste Comte, 69002 Lyon - Tél : 04 78 38 06 54 - Lucette MOREAU
direction.orloges@orange.fr

Expérimentation d'un appartement collectif de transition



Intitulé de la réponse

Une expérimentation au sein d'un appartement collectif de transition.

Synthèse en quelques lignes

Le Centre Hospitalier Spécialisé de Saint-Cyr au Mont d'Or et l'association FIRMAMENT ont construit un partenariat pour soutenir le projet d'accès à un logement de patients hospitalisés. Il s'est concrétisé par un accompagnement coordonné du soin et à la vie sociale de 3 patients qui ont co-loué un appartement auprès d'un propriétaire privé. Cette expérience leur a permis de renforcer leur autonomie au sein de la Cité et de pouvoir, après cette période de transition, accéder à un logement individuel.

Contexte dans le cadre du projet

Des patients hospitalisés de longue date échouent dans des projets de sortie en raison de ruptures multiples (ruptures avec le soin, ruptures sociales, isolement...). Accompagner ces projets nécessite un étayage articulant particulièrement le soin et l'accompagnement à la vie sociale.

Cahier des charges de la réponse proposée

- **Contexte local qui a amené la mise en place d'une telle réponse sur le territoire (local, départemental, régional...)**

Le Centre Hospitalier Spécialisé de Saint-Cyr au Mont d'OR et l'association FIRMAMENT ont développé des relations partenariales en raison de la complémentarité de leurs missions et de leur proximité géographique. L'un des sites de l'association se situe en effet sur l'un des secteurs du CHS. Ainsi, le CHS est représenté au CA de l'association et a soutenu en 2009 le projet de SAMSAH de FIRMAMENT et son articulation avec les projets de La Roche et GRIM. Ces services n'ont malheureusement pas pu être mis en place. A défaut de disposer de ce service, le CHS et l'association ont noué un partenariat pour accompagner les projets de sortie de patients hospitalisés de longue date.

- **Missions et objectifs spécifiques de la proposition**

La finalité du SAVS est « d'accompagner de manière singulière l'adulte en souffrance psychique pour favoriser son autonomie à travers les actes de la vie quotidienne ».

Le projet de l'appartement collectif de transition participe à cette finalité en visant spécifiquement l'accompagnement de manière collective et individuelle de trois patients fragilisés par la maladie psychique pour développer puis consolider leur autonomie à travers le partage d'un espace de vie collectif.

➤ **Bénéficiaires, protagonistes et partenariats**

La colocation a démarré de manière effective au mois d'août 2007. Deux messieurs ont intégré l'appartement simultanément. Le troisième locataire est arrivé en janvier 2009.

➤ **Modalités de fonctionnement**

Le partenariat construit par le CHS et FIRMAMENT a permis de proposer un étayage coordonné du soin et du SAVS. Le SAVS de FIRMAMENT a travaillé en étroite collaboration avec le médecin et trois infirmières du service des « Marronniers » du CHS de St Cyr, référentes du projet. Les passages infirmiers en alternance avec des visites à domicile (VAD) par le SAVS ont favorisé le bon démarrage de la colocation. Ceux-ci ont été un étayage certain, au quotidien, pour les trois bénéficiaires. Un point mensuel au sein du CHS était fait entre les professionnelles du SAVS et les infirmières du service.

Dans ce cadre, après avoir rédigé le Contrat d'Accompagnement Social de chaque locataire et après avoir convenu d'une ébauche de règlement de fonctionnement pour le partage des parties communes dans l'appartement, le SAVS a alterné des visites individuelles (au bureau du SAVS, à l'appartement et à l'extérieur), et des visites à domicile communes faites par les accompagnatrices à tour de rôle (toutes les semaines puis à partir de 2010 tous les quinze jours).

➤ **Modalités de financement (investissement et/ou fonctionnement)**

Ce projet n'a pas fait l'objet d'un financement spécifique additionnel à la subvention que verse le Conseil général au SAVS. L'accompagnement individualisé des colocataires a ainsi été pris en charge dans le cadre de cette subvention. Ni leur accompagnement collectif ni le travail partenarial avec le CHS n'ont été valorisés financièrement.

➤ **Evaluation (critères et indicateurs de réussite)**

Le premier critère de réussite est le renforcement de l'autonomie des locataires qui leur permet aujourd'hui de finaliser des projets de vie dans des logements distincts.

Analyse critique (à partir de votre expérience d'implémentation sur votre territoire)

➤ **Analyse "Forces - Faiblesses - Opportunités - Menaces" en termes de déploiement sur votre territoire**

Forces :

- Pertinence du projet pour les 3 personnes qui en ont bénéficié.
- Volonté du CHS et de l'association de conduire conjointement cette expérimentation.
- Complémentarité de leurs compétences respectives.

Faiblesses :

- Absence de moyens financiers additionnels spécifiques pour mobiliser dans la durée les ressources humaines nécessaires.
- La relation directe avec des propriétaires privés n'a pas toujours été aisée. Un partenariat avec un bailleur social aurait été probablement préférable.
- Déficit de conventionnement entre les acteurs (soin et SAVS ; soin/ SAVS/ propriétaire)

Opportunités :

- Antériorité du partenariat entre le Centre hospitalier spécialisé et l'Association.
- Reconnaissance de nos compétences respectives.

Menaces :

- L'impossibilité tant du CHS que de l'Association de louer eux-mêmes un appartement ou de garantir un loyer les a amenés à solliciter un propriétaire privé qui a signé un contrat de location avec chacun des bénéficiaires. Cette situation a créé un jeu d'acteurs complexe, chacun ayant des enjeux spécifiques et ces enjeux étant parfois difficilement compatibles.
- La capacité des bénéficiaires à cohabiter ensemble, à accueillir une nouvelle personne quand cela s'est produit.
- Difficulté d'anticiper et d'organiser la fin de l'expérimentation par la sortie de l'appartement des 3 colocataires. En l'occurrence, le fait que chacun des 3 bénéficiaires a pu réaliser son projet de logement en dehors de l'appartement sur une même période a été un facteur favorable pour clore cette expérimentation d'appartement de transition.

➤ **Avis qualitatif libre**

Cet appartement a été un très bon médiateur pour entrer en contact avec des personnes hospitalisées depuis de nombreuses années.

A la création de ce partenariat nous n'avions pas envisagé une évaluation formelle. Cependant en relisant les objectifs spécifiques nous pouvons mesurer un aboutissement positif pour les locataires et un réel engouement pour renouveler une telle expérience dans le futur. Une grande majorité des objectifs sont atteints ou sont en cours de cheminement actuellement.

D'un commun accord ce partenariat se termine avec le départ consécutif des trois colocataires au 1^{er} trimestre 2012.

Modalités de reproduction

➤ **Processus de création de la réponse sur un territoire (dans l'idéal)**

Les 3 préconisations que nous retenons de cette expériences sont notamment : le partenariat avec un bailleur social plutôt qu'avec un propriétaire privé, l'importance de garantir une présence du soin dans la durée, la nécessité d'une prise en charge financière de l'accompagnement collectif et du travail partenarial avec le CHS.

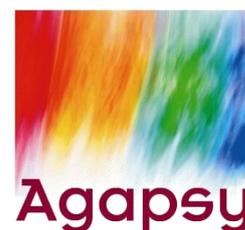
➤ **Personnes ou organismes ressources à contacter**

Association FIRMAMENT

Géraldine Sanchez, Chef de service : chefdeservice@firmament-rhone.org / 04.72.73.34.06

L'évaluation du handicap psychique par la MDPH des Yvelines

Réalisée dans le
cadre du focus group
Grand Nord



Intitulé de la réponse

L'évaluation du handicap psychique, les outils spécifiques utilisés par la Maison Départementale des Personnes Handicapées des Yvelines.

Synthèse en quelques lignes

La MDPH-Yvelines a réalisé trois documents destinés à recueillir les informations nécessaires au traitement des dossiers de demande des personnes handicapées psychiques à la MDPH, et à l'évaluation de leurs besoins, en vue de réaliser un plan personnalisé de compensation :

Ces documents ont été élaborés en référence aux outils d'évaluation règlementaires : le guide-barème, le GEVA, le référentiel d'accès à la PCH.

Ils se présentent sous la forme suivante :

- Un questionnaire à destination de l'équipe soignante,
- Un questionnaire à destination de l'entourage,
- Une trame de projet de vie (mes besoins, mes attentes) pour le demandeur.

Contexte dans le cadre du projet

Dans le cadre de l'accès et du maintien dans le logement, une personne en situation de handicap psychique doit pouvoir solliciter la prestation de compensation du handicap. Les volets susceptibles d'être sollicités sont alors les aides humaines, les frais liés au transport, les charges spécifiques, le forfait pour un séjour de vacances adaptées.

Pour être déclaré éligible à la PCH, il faut répondre à un des critères suivants:

- être dans l'impossibilité totale de réaliser un acte essentiel de l'existence : entretien personnel, déplacements, relations avec autrui, participation à la vie sociale,
- avoir une difficulté grave pour la réalisation de deux de ces activités ;
- ces difficultés définitives ou d'une durée prévisible d'au moins un an sont évaluées selon les capacités attendues d'une personne du même âge sans problème de santé,
- Un autre critère pour accéder à l'élément aides humaines est le besoin d'une aide apportée par un aidant familial pour des actes essentiels liés à l'entretien personnel et aux déplacements ou au titre d'un besoin de surveillance régulière d'au moins 45 minutes par jour. Cette surveillance consiste à « veiller sur la personne afin d'éviter qu'elle s'expose à un danger menaçant son intégrité ou sa sécurité »

Une personne en situation de handicap psychique peut nécessiter une aide humaine pour accéder et rester dans son logement. La prestation de compensation du handicap (PCH) permet le financement de cette aide humaine. Le handicap psychique doit alors être évalué au plus juste pour ouvrir le droit à cette prestation.

Cahier des charges de la réponse proposée

➤ **Contexte local qui a amené la mise en place d'une telle réponse sur le territoire (local, départemental, régional...)**

Ces questionnaires réalisés par la MDPH des Yvelines ont été mis à disposition de toutes les MDPH sur le site extranet de la CNSA. Leur réalisation partait du constat que les dossiers « handicap psychique » étaient souvent mal renseignés, que les informations nécessaires au travail de l'équipe pluridisciplinaire de la MDPH manquaient.

Ces questionnaires doivent permettre le recueil des informations, s'appuyant sur le triptyque de l'évaluation (personne, entourage, sanitaire), et partant de mieux évaluer les besoins et d'y apporter des réponses adaptées. Ils permettent ainsi de recueillir des données pour considérer les aides déjà apportées par l'entourage et pour préciser les besoins et attentes. Ces informations sont nécessaires pour s'assurer de l'éligibilité du demandeur à l'allocation adulte handicapé, au complément de ressource, à la Prestation de compensation du handicap (PCH).

Le volet aides humaines de la PCH permet de dédommager les aidants familiaux et de rémunérer un(e) auxiliaire de vie en emploi direct ou par l'intermédiaire d'un service mandataire ou prestataire, qui intervient au domicile de la personne et lui permet de gagner en autonomie, de sortir de l'isolement.

➤ **Missions et objectifs spécifiques de la proposition**

Ces trois documents, reprenant les items du guide-barème pour les déficiences, du GEVA et du référentiel d'accès à la prestation de compensation du handicap pour les limitations d'activités et restrictions de participation à la vie en société ont pour objectif de mener l'évaluation des besoins de la personne en fonction de la définition du handicap donnée dans la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées:

«Constitue un handicap, au sens de la présente loi, toute limitation d'activité ou restriction de participation de la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive, d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant».

➤ **Bénéficiaires, protagonistes et partenariats**

Les bénéficiaires sont les personnes présentant une déficience psychique qui font une demande à la MDPH.

Les parties prenantes dans ce dispositif sont la personne elle-même, son entourage, l'équipe soignante qui assure son suivi.

Ces éléments sont tout à la fois une aide à l'évaluation par les membres de l'équipe pluridisciplinaire, et une aide à la décision pour les membres de la CDAPH.

➤ **Modalités de fonctionnement**

Les trois questionnaires sont mis à la disposition des partenaires de soin (en particulier des professionnels des secteurs de psychiatrie) et diffusés par l'UNAFAM qui accompagne les familles, afin qu'ils puissent être joints à toute demande à la MDPH. De plus lorsque l'équipe de la MDPH reçoit un dossier insuffisamment renseigné, elle envoie conjointement ou séparément les questionnaires à l'équipe soignante, à l'entourage, à la personne elle-même. A noter que ces questionnaires ne sont pas obligatoires à l'inverse du formulaire de demande et du certificat médical (CERFA).

➤ Evaluation (critères et indicateurs de réussite)

Ces questionnaires ont été réalisés par un groupe de travail incluant différents professionnels de la MDPH, les deux réseaux de santé mentale des Yvelines et l'UNAFAM, en 2011. Une expérimentation a été menée pendant 6 mois sur le département, puis a été finalisée et présentée à la CNSA. Depuis tous ces questionnaires sont largement utilisés sur le département et leur diffusion a dépassé les frontières des Yvelines.

Analyse critique (à partir de votre expérience d'implémentation sur votre territoire)

➤ Analyse "Forces - Faiblesses - Opportunités - Menaces" en termes de déploiement sur votre territoire

Forces : un outil qui permet une évaluation juste du handicap psychique

Faiblesses : pas de faiblesse particulière dans la mesure où cet outil a été adapté à l'organisation de la MDPH des Yvelines

Opportunités : appropriation et utilisation de l'outil par l'ensemble des MDPH de France

Menaces : aucune constatée.

Modalités de reproduction

➤ Processus de création de la réponse sur un territoire (dans l'idéal)

Toute MDPH peut prendre connaissance de ces documents sur le site extranet de la CNSA, et en faire usage à sa convenance.

Il s'agit de permettre un recueil d'informations pertinentes nécessaires au travail des équipes pluridisciplinaires des MDPH, et donc de faciliter l'accès à leurs droits des personnes handicapées psychiques.

➤ Personnes ou organismes ressources à contacter

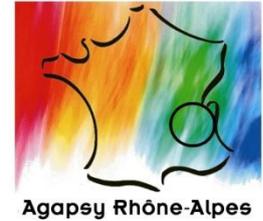
La CNSA, la MDPH-Yvelines, l'UNAFAM-Yvelines

Annexes :

- Annexe 1 : Questionnaire à destination de l'entourage
- Annexe 2 : Questionnaire à destination de l'équipe soignante
- Annexe 3 : Mon projet de vie, mes besoins, mes attentes...

Professionaliser le secteur de l'aide à domicile.

HandiRhône
Services,
partenaire
Agapsy



Intitulé de la réponse

Professionaliser le secteur de l'aide à domicile : proposer une labellisation qualité.

Synthèse en quelques lignes

Dans le cadre de la PCH et de l'allocation tierce personne, certaines personnes handicapées peuvent continuer à vivre à leur domicile mais d'autres n'arrivent pas, malgré leurs besoins, à faire aboutir leur demande, faute d'un système évaluatif adapté au handicap psychique. Par ailleurs, de nombreux services d'aide à la personne interviennent sans qualification ni formation aux différents types de handicap et répondent partiellement aux besoins des personnes. Cinq associations du Rhône ont donc fondé une association d'associations, HandiRhône Services, afin de proposer une labellisation qualité des Services d'aide à la personne ainsi qu'un observatoire des besoins et de l'offre en Rhône-Alpes.

Contexte dans le cadre du projet

L'aide humaine est la réponse primordiale à la compensation du handicap psychique. Or, les professionnels des services d'accompagnement (SAVS, Services de protection judiciaire, bailleurs...) comme les parents de personnes handicapées constatent que les intervenants sont mal formés et ne comprennent pas les réactions des personnes chez qui elles interviennent. Il s'agit dès lors d'envisager la formation continue des professionnels :

- Formation spécifique sur la prise en charge et l'accompagnement aux auxiliaires de vie
- Formation spécifique pour les services d'aides et de soin à domicile
- Formation spécifique de l'accompagnement des personnes âgées aux Services d'aide à domicile
- Développement de visites et des aides à domicile (auxiliaire de vie, SAVS...) et des équipes mobiles
- Développement des visites à domicile conjointes
- Bilan des besoins de la personne et coordination des actions communes notamment en lien avec le logement.
- Développement des aides à domicile qualifiées
- Développement d'une culture commune entre professionnels : développer une reconnaissance entre professionnels de la parole de chacun (la respecter) / développer un langage commun ou apprendre le langage de chacun / définir et apprendre le rôle de chacun
- Développement des réseaux de partenaires pour le maintien à domicile des personnes âgées (partenaires différents que pour les jeunes et adultes – A chaque grande tranche d'âge son « type de réseau ») : aides à domicile, CMP, médecin gériatre, réseau gérontologique ...

Cahier des charges de la réponse proposée

- **Contexte local qui a amené la mise en place d'une telle réponse sur le territoire (local, départemental, régional...)**

Les associations qui se sont rassemblées (Adapei, APF, Arimc, Grim, Alged) ont toutes constaté un manque de formation des aides à domicile, une difficulté à trouver des services qualifiés, une illisibilité des compétences d'intervention des organismes.

- **Missions et objectifs spécifiques de la proposition**

HandiRhône Services s'est fixé quatre missions :

- Mettre en place sur le département du Rhône un observatoire des besoins en services d'aide à la personne en situation de handicap, avec, en parallèle une analyse de l'offre de services sur le département afin de proposer des solutions adaptées et d'identifier les besoins non pris en charge et de compléter les dispositifs existants.
- Constituer un centre de Ressources – Evaluation & Conseil & Formation -, et apporter son expertise en matière d'aide à la personne sur les spécificités du handicap afin d'accompagner les acteurs dans un processus de qualification de leurs employés
- Organiser la formation des intervenants et permettre ainsi d'améliorer leur employabilité
- Instruire la demande de labellisation « HANDEO », enseigne nationale proposant un référentiel Qualité adapté aux spécificités des besoins des personnes handicapées afin de garantir aux personnes la qualité et la technicité de l'intervenant.

- **Bénéficiaires, protagonistes et partenariats**

Bénéficiaires : les services d'aide à domicile comme les personnes en situation de handicap

Partenariat : Apicil, Handéo, France Active

- **Modalités de fonctionnement**

Un chargé de mission.

- **Modalités de financement (investissement et/ou fonctionnement)**

Cotisation des associations fondatrices, subventions et, à l'avenir, produits de formation.

- **Evaluation (critères et indicateurs de réussite)**

L'association est trop récente pour fournir aujourd'hui des critères d'évaluation, mais le nombre de sessions de formation organisées et le nombre de participants seront les indicateurs de pérennité de la structure.

Analyse critique (à partir de votre expérience d'implémentation sur votre territoire)

- **Analyse "Forces - Faiblesses - Opportunités - Menaces" en termes de déploiement sur votre territoire**

Forces : connaissances du secteur médico-social par les protagonistes, partenariat associatif faisant mettre en mouvement des professionnels de tout type de handicap, appui de l'enseigne nationale Handéo.

Faiblesses : peu de moyens financiers.

Modalités de reproduction

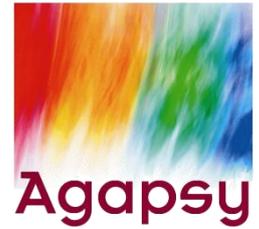
- **Processus de création de la réponse sur un territoire (dans l'idéal)**

Une plateforme sur chaque département permettrait d'assurer un égal accès à un accompagnement de qualité sur l'ensemble du territoire.

- **Personnes ou organismes ressources à contacter**

contact@handirhoneservices.org

Groupe d'entraide psychologique



Intitulé de la réponse

Projet d'un groupe d'entraide psychologique, approche Gestion de la maladie et du rétablissement. Action transversale à l'accès et au maintien dans le logement autonome et au processus d'insertion professionnelle.

Synthèse en quelques lignes

« Vos symptômes vont probablement aller et venir au cours des ans. C'est la manière dont la plupart des maladies mentales fonctionnent. Mais plus vous apprendrez à gérer vos symptômes, plus cela deviendra facile, et vous pourrez éviter des rechutes et des hospitalisations. Contentez-vous d'essayer de faire face à votre quotidien. Les mauvais moments passeront. »

David Kime, artiste, en rétablissement pour trouble bipolaire

Pour aider la personne à aller mieux au quotidien nous savons que les soins sont indispensables ainsi qu'un soutien permettant à la personne d'atteindre ses objectifs de vie (vie sociale, formation, vie professionnelle, logement, loisirs...). Ceci n'est cependant pas suffisant. La personne doit pouvoir apprendre à gérer les aléas des variabilités du handicap résultant de la maladie psychiatrique, en comprendre les fonctionnements et les symptômes, bâtir des stratégies, s'entraider en prenant en compte le vécu des autres participants dans un groupe animé par un professionnel (Psychologue) et co-animé par un usager volontaire.

Cohérence Réseau souhaite intégrer ce dispositif dans sa démarche de Réhabilitation d'accès et de maintien dans le logement autonome dans une approche qui laisse place chez l'usager à l'appropriation de sa maladie autant que possible.

Pour la mise en place de ce groupe nous nous appuyerons sur la Gestion de la Maladie et du Rétablissement dont une formation est prévue en septembre 2012 en partenariat avec Socrate Réhabilitation (Belgique).

Contexte dans le cadre du projet

Les personnes accompagnées par Cohérence Réseau ont toutes un parcours de soins plus ou moins stable, avec les suivis thérapeutiques variant suivant les dispositifs (CMP, Hôpital de jour, consultation privée...). Dans nos accompagnements une grande part est consacrée au soutien psychologique correspondant à une forte demande des usagers qui ne trouvent pas dans leur environnement une réponse à leur besoin d'être écouté, informé sur la maladie ainsi que les conseils qui pourraient les aider à gérer la variabilité des troubles au quotidien.

La recherche a démontré que « les bénéficiaires qui recevaient ce type de soutien avait un savoir sur leur maladie. Ils réduisaient leurs rechutes et leurs ré-hospitalisations. Ils réduisaient la détresse liée aux symptômes ».

Cahier des charges de la réponse proposée

➤ Contexte local qui a amené la mise en place d'une telle réponse sur le territoire (local, départemental, régional...)

Les bénéficiaires par leur demande de soutien ont suscité une réflexion au sein de l'équipe pour la mise en place de ce groupe d'entraide psychologique. C'est aussi dans une démarche participative des bénéficiaires qu'elle s'inscrit afin de faire évoluer le regard sur le handicap psychique et de permettre un changement de mentalité orienté vers le Rétablissement.

Dans le cadre de l'Atelier Santé Ville ainsi que dans le Contrat Local de Santé des axes de travail Santé Mentale ont été définis. Les professionnels ont manifesté un besoin de voir évoluer la politique de santé mentale avec l'interpellation des élus. Nous pensons que cette évolution passe par la prise en compte des capacités des personnes à se rétablir et à participer activement à cette démarche.

➤ Missions et objectifs spécifiques de la proposition

Permettre un mieux vivre de la personne, sa responsabilisation et en même temps le soutien nécessaire ;
Mettre à disposition un savoir sur sa maladie ;
Lutter contre l'auto stigmatisation (et par conséquent, la stigmatisation).

➤ Bénéficiaires, protagonistes et partenariats

Les usagers sont à la fois les bénéficiaires et les acteurs du projet. Les professionnels du soin sont dans le cadre de l'ASV et du CLS les partenaires privilégiés (conventions de partenariats avec le CHS et le CMP, le Groupement de Coopération Sociale).

➤ Modalités de fonctionnement

Le protocole que nous souhaitons mettre en place en septembre 2012 :

Le groupe se réunit de façon hebdomadaire pour une période de 6 à 12 mois. La séance dure 3 heures, pause comprise. Elle est animée par une psychologue et par un usager ayant traversé les phases du rétablissement et souhaitant transmettre son expérience dans le but de donner espoir et sens aux personnes qui vivent au quotidien avec une maladie psychique. Les séances comprennent :

- des informations sur les maladies, de la psycho-éducation,
- des échanges d'expériences,
- des stratégies pour faire face aux symptômes, pour éviter les rechutes, les ruptures et favoriser l'alliance thérapeutique avec les équipes de soins.

Les dix sujets abordés avec les bénéficiaires dans le programme sont les suivants, d'après le module Gestion de la Maladie et du Rétablissement (GMR) :

1. Les stratégies du Rétablissement
2. Faits pratiques à propos de la schizophrénie, du trouble bipolaire, de la dépression
3. Le modèle de vulnérabilité-stress et les stratégies de traitement
4. Construire son soutien social
5. Utiliser la médication de façon efficace
6. Usage des drogues et de l'alcool
7. Diminuer les rechutes
8. Faire face aux stress

- 9. Gérer les problèmes et les symptômes
- 10. Trouver des réponses à ses besoins dans le système de santé mentale

Le bénéficiaire recevra un manuel « Notes de cours pour les participants » au langage clair avec les notions théoriques et pratiques, des exemples concrets, des tests et des exercices.

Le conseiller utilise un manuel appelé « Guide pratique pour le conseiller » (380 pages), qui contient les mêmes notes de cours accompagnées d'un descriptif étape par étape de chacune des sessions d'apprentissage avec les stratégies motivationnelles, éducationnelles et cognitivo-comportementales à utiliser dans l'enseignement.

➤ **Modalités de financement (investissement et/ou fonctionnement)**

Les ressources pour la mise en place de ce projet sont en cours de réalisation dans le cadre de l'Atelier Santé Ville et du Contrat Local de Santé.

La CPAM dispose de lignes budgétaires sur l'accès au soin dans le cadre d'un appel à projet pour l'accès aux soins. Un dossier est en préparation actuellement pour bénéficier d'un financement. Nous recherchons d'autres possibilités de financement.

➤ **Evaluation (critères et indicateurs de réussite)**

Satisfaction des bénéficiaires et amélioration de leur qualité de vie par rapport à la maladie, incidence sur les rechutes et hospitalisation. → Les questionnaires de satisfaction seront proposés à 6 mois et à 12 mois de pratique de groupe.

Analyse critique (à partir de votre expérience d'implémentation sur votre territoire)

➤ **Analyse "Forces - Faiblesses - Opportunités - Menaces" en termes de déploiement sur votre territoire**

Forces :

- Contenus structurés et validés par des équipes professionnelles au Canada et aux États-Unis depuis 10 ans.
- Le contenu du programme est traduit en français et adaptable aux pays francophones
- Le pair aidant volontaire peut parler de son point de vue et de son expérience, il devient un exemple et permet au groupe de reprendre espoir. Le professionnel est là pour garantir le bon déroulement et la dynamique favorable dans le groupe.
- La personne a une connaissance sur sa maladie et a donc plus de possibilité pour agir sur elle.
- Les chances de stabilisation de l'état psychique augmentent, favorisant la régression significative des rechutes.
- Réponses positives et stratégies reproductibles face aux angoisses liées à la maladie
- La personne intègre une compliance de son traitement de façon plus stable, se responsabilise dans le sens où elle peut influencer dans le déroulement de son traitement. Elle est plus à même de développer avec l'équipe de soin des conditions favorables pour une alliance thérapeutique.

Faiblesses :

- Un investissement professionnel et bénévole qui demande un temps important de préparation et d'intervention et qui nécessite des moyens pour financer ce dispositif.
- La sollicitation de subvention dans le cadre de l'accès au soin de la CPAM n'est pas acquise pour l'instant.

Modalités de reproduction

➤ Personnes ou organismes ressources à contacter

Cohérence Réseau

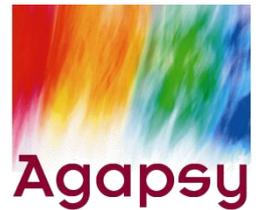
Sylvie Lubelski, Assistante de Direction

Tél. : 04.68.66.82.12

Courriel : s.lubelski@coherencereseau.fr

Annexe 1 : Description de la formation IAE.

La formation comme outil d'accès et de maintien dans le logement



Intitulé de la réponse

La formation comme outil d'accès et de maintien dans le logement des personnes en situation de handicap psychique.

Synthèse en quelques lignes

L'accès et le maintien dans le logement des personnes en situation de handicap psychique induit l'intervention de différents acteurs autour de la personne elle-même. La formation, par le développement des habilités sociales de l'accédant au logement et par la connaissance de la maladie qu'elle peut fournir aux intervenants dans le champ social, est une réponse pertinente à cette problématique.

Contexte dans le cadre du projet

Dans les différents échanges lors de la journée régionale qui s'est tenue à Brignoles, la formation est apparue comme un outil essentiel à mobiliser à différents niveaux pour l'accès et le maintien dans le logement des personnes en situation de handicap psychique.

S'agissant du point de vue des familles, la formation des professionnels intervenant dans le champ du handicap psychique est primordiale : bailleurs sociaux, enseignants, professionnels des associations généralistes entre autres.

Le besoin de professionnalisation des acteurs et des différents professionnels intervenant directement dans l'accompagnement de la personne, est une priorité énoncée par les professionnels du médico-social.

Cette approche d'un besoin formatif est partagée de façon générale (bailleurs sociaux, mandataires de justice, famille, personnes en situation de handicap psychique elles – mêmes...) et surtout, elle est centrée sur l'impérieuse nécessité de la connaissance de la maladie psychique.

Cahier des charges de la réponse proposée

- **Contexte local qui a amené la mise en place d'une telle réponse sur le territoire (local, départemental, régional...)**

Contexte relatif aux personnes en situation de handicap psychique :

La difficulté principale de la personne en situation de handicap psychique réside dans le tissage et dans le maintien du lien social.

Les troubles du voisinage, inhérents à des comportements caractéristiques de la maladie, conduisent à une forme de stigmatisation microcosmique rendant le maintien dans le logement très aléatoire.

Cela peut provenir d'une mauvaise interprétation de certains comportements du malade par son environnement, de décalages dans les rythmes de vie ou tout simplement d'une crainte développée à l'égard de la maladie psychique. A cette difficulté se rajoute celle de la capacité à vivre en autonomie pour le malade : gérer la solitude, gérer sa vulnérabilité, entretenir les lieux, respecter les règles d'hygiène, gérer les crises et organiser son quotidien en sont les principales composantes.

Contexte relatif aux familles et aux proches :

Les membres de la famille sont des acteurs essentiels dans le processus d'accès au logement de la personne en situation de handicap psychique. D'abord ils ont eu à faire face à la maladie, et ceci souvent en composant avec un déficit de soutien et d'accompagnement. Ensuite, 46% des personnes concernées vivent dans leur famille. Enfin, quitter l'institution sanitaire ou médico-sociale pour le logement autonome suppose d'entrer dans une phase de changement difficile, génératrice de stress, d'inquiétude, de crainte de la rupture et d'angoisses quant à l'avenir.

Contexte relatif aux bailleurs sociaux :

La connaissance de la maladie psychique est une compétence qui doit exister chez les bailleurs sociaux, à divers égards qui se répartissent dans deux espaces temps.

Avant l'attribution d'un logement, une sensibilisation sur les risques liés aux effets de la maladie est indispensable pour déterminer les caractéristiques du logement accessible : pas d'appartements en étages pour éviter les risques de défenestration, pas d'accès au gaz, configuration de l'environnement... Dès l'instant où la personne en situation de handicap psychique entre en jouissance de son appartement, il est essentiel que le bailleur social puisse mobiliser des ressources humaines développant des compétences de médiation, en gestion et appréhension des conflits de voisinage, mais également dans la connaissance de l'environnement du locataire en situation de handicap psychique, pour l'interpeller dans le cadre d'un travail en réseau : SAVS, GEM, SAMSAH.

Contexte relatif aux professionnels de l'intervention :

Les professionnels de l'intervention sont avant tout des professionnels de proximité dans la mesure où leur action s'accomplit directement au niveau de la personne. Il s'agit des spécialistes des services d'aide à la personne, des services de soins de proximité, des services socio-éducatifs et des services de mandat de justice. Il est indispensable qu'ils puissent disposer d'une compétence commune quant à la connaissance de la pathologie : étiologie, évolution de la maladie, manifestations de la maladie, troubles associés, gestion de crise...etc.

➤ **Missions et objectifs spécifiques de la proposition**

A destination des personnes en situation de handicap psychique :

Un sensibilisation/formation dont l'objet est de viser le développement de leurs habiletés et de leurs compétences sociales. Un préalable réside toutefois dans la connaissance et la capacité de gestion de leur maladie. Les enjeux sont certains et divers : éviter l'échec, la rechute, mais aussi déstigmatiser en valorisant les réussites, ce qui contribuerait à rassurer l'environnement immédiat des personnes en situation de handicap psychique engagées dans un processus d'accès au logement.

A destination des familles et proches :

Les programmes psycho-éducatifs, à l'instar de Pro famille, sont un outil précieux dont le développement permettrait d'optimiser l'accompagnement au logement autonome de la personne en situation de handicap psychique par sa famille.

Ces programmes permettent aux familles de mieux comprendre comment composer avec un malade, dont certains symptômes ou comportements sont difficiles à gérer : la non reconnaissance de la maladie, l'agressivité, le manque d'organisation, l'opposition, le manque d'initiative. Ils facilitent aussi le repérage par la famille du contexte environnemental du malade et de ses composantes, notamment du point de vue des intervenants professionnels. Enfin, ils permettent aussi à la famille de réduire les conséquences du stress généré par la situation sur elles-mêmes et sur leur propre santé.

A destination des bailleurs sociaux :

Le soutien ainsi amené par le canal de la formation peut se traduire sous la forme d'accompagnement, par les professionnels, des bailleurs sociaux dans le cadre d'actions d'ingénierie visant à définir des procédures et des critères d'attribution.

La formation proprement dite concernerait les intervenants de terrain du bailleur social en prise directe avec les locataires.

Dans cette configuration, les bailleurs sociaux seraient directement à l'origine d'une limitation des risques de rechute, avec toutes les conséquences qu'elles provoquent. Ils deviendraient également acteurs d'une politique de déstigmatisation illustrée par des actions précises à visées intégratives. Enfin, sur un plan purement pécuniaire, une diminution des risques de dégradations, de travaux souvent lourds de réfection à accomplir au départ du locataire ou durant sa location, ainsi que des risques d'endettement sont autant d'objectifs qui deviennent réalistes.

A destination des professionnels de l'intervention :

Le volet spécifique de leur formation réside dans la déclinaison des contenus et des objectifs en lien et en cohérence avec le contexte de l'intervention : institution ou domicile, nature et contenu de l'intervention.

Le concept de transdisciplinarité, dans l'espace d'interventions coordonnées, est essentiel dans la construction de la démarche formative au service de l'accompagnement de la personne en situation de handicap psychique vers son autonomie dans le logement.

Bien entendu, si ces actions doivent être mises en œuvre en amont de l'intervention du professionnel auprès de la personne, elles doivent subsister aussi longtemps que dure l'intervention, car il en va également de la sécurité et des conditions de travail des intervenants, ce qui plaide en faveur d'une priorisation de ces actions dans les plans de formation des employeurs.

➤ **Bénéficiaires, protagonistes et partenariats**

Dans notre recherche de réponses à cet égard, nous avons identifié quatre cibles principales : les personnes en situation de handicap psychique elles-mêmes, les familles et les proches, les bailleurs sociaux et les professionnels de l'intervention.

➤ **Modalités de fonctionnement**

Pour les formations à destination des personnes en situation de handicap psychique : dans un souci d'optimiser leur efficacité, il convient de les mettre en place :

- en amont de l'entrée dans le logement
- au moment de l'entrée dans le logement dans leur forme pratique.

Elles se dérouleraient idéalement dans l'institution « pré-sortie » mais également sur le lieu de vie. Les réaliser sur le lieu de vie permettrait aussi d'accompagner la personne dans l'aménagement de celui-ci. Enfin, la création d'un appartement pédagogique au sein des maisons relais constituerait une opportunité intéressante à expérimenter.

Pour les bailleurs sociaux : ces actions pourraient être opportunément développées dans leurs plans de formation, de même que celles concernant l'indispensable évaluation de leurs impacts et des actions correctives qui émergeraient de cette évaluation.

➤ **Modalités de financement (investissement et/ou fonctionnement)**

Compte tenu de la portée sociale – en termes d'intégration – de ce volet formatif, le financement peut être multiple :

- L'Etat est concerné par la diminution des durées d'hospitalisation que la formation induirait.
- Les Conseils Régionaux pour ce qui relève de leurs compétences en matière de formation professionnelle.
- Les Conseils Généraux le sont également de par leur champ de compétence en matière de logement.
- Enfin, les communes sont aussi à associer au titre de leurs obligations en matière de lutte de proximité contre l'exclusion et de mise à disposition de logements sociaux

➤ **Evaluation (critères et indicateurs de réussite)**

- Nombre de baux dénoncés
- Nombre d'attributions de logements aux personnes en situation de handicap psychique
- Nombre de litiges de voisinage
- Grilles d'évaluation des actions de formation

Analyse critique (à partir de votre expérience d'implémentation sur votre territoire)

➤ **Analyse "Forces - Faiblesses - Opportunités - Menaces" en termes de déploiement sur votre territoire**

Faiblesse : Prise en charge financière des actions de formation lorsque l'on n'est plus dans le périmètre professionnel (usagers, familles)

Modalités de reproduction

➤ **Personnes ou organismes ressources à contacter**

Association **Cap Espérance**, André Nunold : andre.nunold@wanadoo.fr

Vivre dans la cité en toute autonomie



Intitulé de la réponse

Projet de spécialisation d'une équipe d'aide à domicile en matière d'accompagnement de personnes souffrant de troubles psychiques, dans le cadre d'un projet plus large de logement accompagné.

Synthèse en quelques lignes

Présence 2000, association de service à domicile, constate qu'elle intervient auprès de plus en plus de personnes souffrant de troubles psychiques. Déjà en 2006, ce constat amène les dirigeants de l'association à réfléchir sur la réponse au besoin pour les personnes et pour les professionnels afin que le service à domicile soit adapté.

Dans un premier temps, Présence 2000 a constitué un groupe de travail avec l'UNAFAM sur cette question et plus largement sur la problématique de l'installation des malades stabilisés dans un logement autonome, notamment grâce à l'aide à domicile spécialisée.

Au-delà des interventions au domicile de Présence 2000, a été imaginé un fonctionnement en « îlot de vie ».

Contexte dans le cadre du projet

Présence 2000 prévoit de concrétiser un CPOM avec les services du Conseil Général : à titre expérimental, les services du Conseil Général (MDPH) et Présence 2000 se rencontrent régulièrement pour mener une réflexion commune sur l'accompagnement des personnes ayant des troubles psychiques, et ce, dans une prise en charge globale.

L'objectif de ces négociations est de :

- Structurer l'aide humaine autour de la personne et notamment d'aide à domicile
- Former les équipes d'intervention et d'encadrement du service d'aide à domicile aux diverses spécificités
- Favoriser le travail en coordination et en partenariat,
- Mettre en corrélation les divers financements
- Déterminer les indicateurs d'évaluation.

Cahier des charges de la réponse proposée

➤ Contexte local qui a amené la mise en place d'une telle réponse sur le territoire (local, départemental, régional...)

Un grand nombre de personnes handicapées peuvent vivre chez elles avec un maximum d'autonomie, du fait d'une pathologie bien contenue et en accord avec les soignants sans systématiquement recourir aux SAVS ou SAMSAH, notamment lorsque ces services spécialisés n'existent pas sur le territoire. Toutefois, un passage quotidien d'un personnel d'aide à domicile formé à la spécificité de ces personnes en situation de handicap psychique est nécessaire et même indispensable pour maintenir cette autonomie.

Des parents de malades les hébergent ou interviennent régulièrement au sein de leur domicile et souhaitent des temps de répit, de relais pour entre autres recouvrer une relation de parents. Conscients qu'en vieillissant ils assureront de moins en moins cet accompagnement, qu'il peut y avoir une interruption brutale à durée variable de leurs interventions ils souhaitent également confier l'accompagnement à des professionnels connaissant la problématique des troubles psychiques.

Les familles seront particulièrement sensibles à la qualité des services à domicile et leurs adaptations à la situation de la personne handicapée. La maladie psychique est fluctuante.

Présence 2000 propose donc qu'une partie de ses équipes soit sensibilisée et formée au handicap psychique et à l'accompagnement de ces personnes.

➤ Missions et objectifs spécifiques de la proposition

Présence 2000 s'est engagé dès 2006, sans se substituer aux SAVS, SAMASAH, à se professionnaliser et s'adapter aux besoins, dans une démarche qualité (label ADESSA, Certification Afnor, recommandations ANESM et critères du label « handéo »). La contribution de Présence 2000 permet ainsi à des personnes handicapées souffrant d'une maladie psychique de :

- Résider dans leur propre appartement
- Devenir de plus en plus autonome sur les actes essentiels du quotidien,
- Participer à la vie de la cité.

Présence 2000 s'est organisé pour :

- Soulager les familles dans la prise en charge matérielle et l'accompagnement à domicile.
- Etablir une dynamique entre les parents, les tuteurs, les usagers et les équipes de maintien à domicile.
- Intervenir d'une manière ponctuelle en l'absence des parents,
- Proposer des réponses pour favoriser l'insertion par le logement. Avec L'UNAFAM, l'association a imaginé un dispositif « innovant, diversifiant et assouplissant les modes de prise en charge » qui permette à ces personnes de vivre dans un logement et d'être accompagnées dans leur vie sociale.

➤ Bénéficiaires, protagonistes et partenariats

L'Unafam 95 se situe comme **interface** entre les divers acteurs : familles, hôpital, services sociaux, SAVS, SAMSAH, la MDPH, ... soit tous ceux qui interviennent auprès des usagers.

➤ **Modalités de fonctionnement**

L'ensemble du dispositif nécessite des postes à temps partiel ou à temps complet en fonction du nombre de prises en charge individuelles, du nombre d'îlots de vie et des actions menées par les SAVS.

Les auxiliaires de vie assurent une prise en charge globale au sein du domicile et contribuent à stimuler la vie sociale. Elles s'adaptent à des besoins qui évoluent tout au long de la vie.

Pré-requis avant la mise en place du dispositif :

- Les familles continuent à effectuer une prise en charge administrative des personnes en attendant le financement plus complet et une prise en charge effective.
- Le dispositif est efficace si chaque hébergé a une problématique de vie différente.
- En cas de besoin il peut y avoir plusieurs unités de vie dans le même bassin d'emploi.

Il semble important que Présence 2000 adapte les prises en charge à domicile des personnes souffrant de troubles psychiques selon leur degré d'autonomie. Des coordinations autour de la personne, au sein de l'association et avec les autres acteurs, doivent être mises en place pour favoriser l'évolution du projet de vie individuel de la personne aidée.

Mise en place du dispositif :

L'aide à domicile et le partenariat autour des personnes seraient à structurer par territoires que l'on nomme « îlots de vie ». Un îlot de vie comprend 3 à 6 personnes en logement individuel ou collectif, situées dans le même quartier, selon les besoins locaux sachant que les soins seront toujours effectués par les services de l'hôpital ou par les soignants habituels.

Personnel :

- Des auxiliaires de vie sociale
- Des Aides Médico-Psychologiques
- Une Maîtresse de maison pour 3 unités de vie
- Un Chef de service
- Un Directeur

Pour les îlots de vie une équipe complémentaire est à envisager au prorata des prises en charge et personnes à accompagner :

- Un coordinateur
- Un animateur E.S ou DEFA
- Un agent d'entretien pour travaux de bricolage ou de gros nettoyage
- Un psychologue pour les groupes de parole à l'attention du personnel
- Un psychologue pour les groupes de parole à l'attention des familles

Fonctionnement de l'encadrement des îlots :

Le principe de la mutualisation ne permet pas à l'heure actuelle d'imaginer un fonctionnement préétabli pour les îlots de vie qui assureraient un service:

- d'aide à domicile, tournant dans chaque îlot de vie, entre 7 h et 21 heures
- de permanence et d'intervention de 21 h à 7 heures entre les unités de vie sur un groupe d'îlots d'une même agglomération.

Sachant que depuis 5 ans, une astreinte 24h/24h est déjà mise en place.

➤ **Modalités de financement (investissement et/ou fonctionnement)**

Financement :

- Prestation de Compensation du Handicap individuelle.
- Mise en réseau et mutualisation des prises en charges du handicap en fonction des plans d'aide individuels.
- Envisager également un plan d'aide spécifique commun à chaque îlot, avec les frais de fonctionnement et d'encadrement du projet.

Les loyers et charges, ainsi que les dépenses nécessaires à la vie courante seront réglés par les hébergés ou leur famille.

Des frais de location d'un bureau pour ce projet et d'une salle d'activité pour les usagers sont à prévoir.

Le financement des formations spécifiques se fait par des financements CNSA, par des fonds mutualisés d'Uniformation, par des fondations. Le solde des frais de formation devra faire l'objet d'un financement particulier inclus au budget.

➤ **Evaluation (critères et indicateurs de réussite)**

L'hôpital pourrait se charger de l'évaluation du degré d'autonomie des personnes et de la formation du personnel ; seul habilité à donner des indicateurs qualitatifs.

- Le nombre de ruptures d'interventions
- La durée d'habitation en autonomie, le nombre de refus d'intervention par la personne aidée, la stabilité des équipes d'intervenants, le nombre d'appels téléphoniques des personnels d'interventions, les réunions de coordination seront des indicateurs ou critères de réussite.

Analyse critique (à partir de votre expérience d'implémentation sur votre territoire)

➤ **Analyse "Forces - Faiblesses - Opportunités - Menaces" en termes de déploiement sur votre territoire**

L'expérience d'accompagnement à domicile, d'appartements relais auprès de malades V.I.H. et le partenariat avec l'association Aurore au sein de leurs appartements thérapeutiques de Pontoise, les interventions à domicile auprès de personnes atteintes de trouble psychique déjà mises en place au sein de l'association et l'expérience de travail en complémentarité avec des soignants dans le cadre de l'atelier pour l'autonomie avec l'association « OSE » ont permis à Présence 2000 d'élaborer le projet.

Ce projet ne peut se mettre en place qu'avec la collaboration des familles, l'association U.N.A.F.A.M. 95, les collectivités et toutes les équipes soignantes prenant en charge les futurs usagers intégrant ce dispositif.

➤ **Avis qualitatif libre**

La coordination régulière entre acteurs et la désignation d'un référent de la personne dans cet accompagnement s'impose. Mais qui est le mieux placé pour être le référent et être au cœur de l'articulation des différents acteurs ?

La désignation du référent pourrait se faire en concertation avec la personne, sa famille et l'ensemble des professionnels intervenants, en début d'accompagnement, en fonction de l'orientation du projet de la personne afin de cibler le meilleur profil pour assurer cette articulation.

Qui pourrait prendre en charge le financement ?

Pour passer de l'avant-projet à la réalisation le partenariat devra être effectif entre tous les acteurs et trouver le financement nécessaire.

L'accompagnement des usagers afin de rassurer les bailleurs sera une garantie indispensable pour la réussite du projet. La désignation d'un référent neutre pour chaque personne lui permettra de pouvoir s'exprimer et sera la garantie que son projet individuel soit respecté.

L'accompagnement des locataires est une garantie indispensable pour les bailleurs. Pour la réussite du projet il est important que la tranquillité des autres habitants soit assurée.

Modalités de reproduction

➤ **Processus de création de la réponse sur un territoire (dans l'idéal)**

En tout premier lieu poursuivre le partenariat avec l'UNAFAM afin de :

- vérifier les données du territoire, les actions en projets et/ou en cours
- partager le projet,

Si l'ensemble des acteurs pour l'accompagnement des personnes en situation de handicap psychique (milieu hospitalier, SAMSAH, MDPH...) se connaissent et ont l'habitude de se rencontrer, il sera plus facile d'aller se présenter auprès d'eux pour délimiter les champs d'actions comme par exemple l'accompagnement à la vie sociale avec les SVAS ;

Dans le cas contraire l'idéal est que l'UNAFAM initie une rencontre avec eux.

➤ **Personnes ou organismes ressources à contacter**

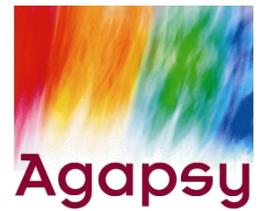
PRESENCE 2000

3, Place de la Fraternité – 95300 Pontoise – Tél : 01 30 17 12 23

Association autorisée et tarifée par le Conseil Général du Val d'Oise

Courriel : info@presence2000.fr

Le Service d'Accompagnement à la Vie Sociale, un outil essentiel au service du maintien à domicile



Intitulé de la réponse

Le Service d'Accompagnement à la Vie Sociale, un outil essentiel au service du maintien à domicile

Synthèse en quelques lignes

Le Service d'Accompagnement à la Vie Sociale informe, évalue, accompagne et coordonne le parcours de l'usager. Ces différentes missions s'inscrivent dans une stratégie globale d'intervention qui tient compte de l'ensemble des éléments de la situation, évaluée avec la personne accompagnée, dans son environnement. Outre les partenaires du soin, cette stratégie globale d'intervention peut mobiliser plusieurs disciplines professionnelles concomitamment ou consécutivement par exemple en préconisant une intervention complémentaire, des services d'aide et d'accompagnement à domicile (constat partagé de concert par tous les professionnels). Les questions de la vie sociale, de l'hygiène personnelle, de l'entretien du logement et de l'alimentation sont ainsi abordées sous différents angles dans la durée ce qui permet ainsi à la personne de se réapproprier les gestes de la vie quotidienne, de s'inscrire dans la réalité et ainsi de concourir à un maintien à domicile de qualité.

Contexte dans le cadre du projet

Naître et expérimenter

En 2000, le Conseil Général officialise l'autorisation d'ouverture de notre SAVS Espoir 54. Il ouvre ses portes en 2001 avec quatre salariés. Après un voyage d'étude à Lausanne auprès de structures déjà existantes, le SAVS démarre petit à petit en s'attachant d'ores et déjà aux notions de compétences et d'apprentissage et mettant en place des moments d'échanges collectifs appelés « modules ». Ces activités sont alors expérientielles, s'enracinant dans des échanges formels et informels avec les premiers usagers accompagnés et leurs familles.

L'alternance du collectif et de l'individuel, l'importance de la participation à la vie sociale en utilisant les dispositifs de droit commun, la place de citoyen fondent d'emblée le socle de l'accompagnement proposé par le service.

Grandir et consolider

En 2005, le SAVS voit son nombre de places doubler pour se porter à 70. Au vu de cet accroissement en matière d'accueil, Espoir 54 ouvre un deuxième site rue Molitor, regroupant les Dispositif d'Insertion en Milieu Ordinaire de travail (DIMO 54) et le SAVS. Une extension du SAVS voit le jour en 2008 sur Longwy portant le nombre de places à 95. Dès 2011, nous pouvons offrir nos services aux usagers du territoire de Briey. Ces ouvertures nous ont conduits à formaliser nos savoir-faire et mettre des mots sur nos savoir-être. Aussi, nous avons veillé à dupliquer l'ossature principale du SAVS tout en tenant compte des spécificités des territoires : nos extensions restent de petites unités souples et novatrices, « à taille humaine », autonomes, et au cœur d'un réseau de proximité. Elles peuvent toutes accueillir du public dans des espaces collectifs.

Cahier des charges de la réponse proposée

➤ Missions et objectifs spécifiques de la proposition

Le décret n° 2005-223 du 11 mars 2005 relatif aux conditions d'organisation et de fonctionnement des services d'accompagnement à la vie sociale et des services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés donne une base juridique à l'existence des services : « *Les Services d'Accompagnement à la Vie Sociale ont pour vocation de contribuer à la réalisation du projet de vie de personnes adultes handicapées par un accompagnement adapté favorisant le maintien ou la restauration de leurs liens familiaux, sociaux, scolaires, universitaires ou professionnels et facilitant leur accès à l'ensemble des services offerts par la collectivité* ».

Par l'intermédiaire de personnels qualifiés et de locaux identifiés, les services d'accompagnement à la vie sociale interviennent dans les domaines suivants :

- L'évaluation des besoins et des capacités d'autonomie.
- Le suivi et la coordination des actions des différents intervenants (transport, santé, loisirs, logement, aidants...).
- Une assistance, un accompagnement ou une aide dans la réalisation des actes quotidiens de la vie et dans l'accomplissement des activités de la vie domestique et sociale.
- Un suivi éducatif et psychologique.

Les prestations n'ont pas seulement pour objectif l'accès immédiat à certaines activités mais se positionnent dans un processus d'autonomisation progressive de la personne, de redynamisation. Cette forme d'accompagnement est considérée comme la plus pertinente par les services et s'adapte au degré d'autonomie de la personne.

Aussi, le législateur a choisi volontairement de définir des cadres d'exercice de leur activité de façon suffisamment souple pour laisser ces services continuer à expérimenter de nouvelles pratiques et à s'adapter à de nouveaux besoins. Ce texte législatif n'a pas pour fonction d'harmoniser les pratiques professionnelles ou de normer les modes d'organisation, mais au contraire, de reconnaître officiellement l'éventail des interventions sociales et médico-sociales que ces services sont susceptibles d'offrir ainsi que la diversité (et aussi la richesse) des professionnels pouvant composer leur équipe pluridisciplinaire. En offrant un tel cadre réglementaire, l'objectif est à la fois d'inciter les décideurs et promoteurs à développer ce type de structures ainsi qu'à légitimer la place des nombreux services existants, souvent innovants et expérimentaux dans leur capacité à s'insérer dans le maillage des ressources territoriales (en répondant notamment aux besoins non satisfaits, souvent « à la marge » ou « dans l'interstice », et à s'appuyer sur les acteurs locaux).

Notre accompagnement porte essentiellement sur huit domaines de la vie quotidienne et est poursuivi tant individuellement, lors des entretiens et des visites à domicile, qu'en groupe lors des modules d'apprentissage et de séjours-vacances. Par souci d'efficacité et pour éviter les dispersions ou le découragement, il est demandé aux usagers de ne travailler que deux objectifs en même temps.

- DOMAINE 1 : RELATION AVEC LES ADMINISTRATIONS ET LES SERVICES
- DOMAINE 2 : LOGEMENT ET ESPACE DE VIE
- DOMAINE 3 : SANTÉ PHYSIQUE ET PSYCHIQUE
- DOMAINE 4 : ALIMENTATION ET HYGIÈNE ALIMENTAIRE

- DOMAINE 5 : ORGANISATION ET PLANIFICATION DU TEMPS ET DE L'ESPACE
- DOMAINE 6 : VIE SOCIALE ET RELATION A L'AUTRE
- DOMAINE 7 : PRESENTATION ET HYGIENE
- DOMAINE 8 : EMPLOI

Les grilles d'évaluation partagée

Afin d'élaborer les projets individualisés de prise en charge et d'accompagnement des personnes en situation de handicap psychique, l'équipe du SAVS participe activement à l'évaluation continue des besoins et des attentes de ces personnes grâce à des grilles d'évaluation, la négociation du contrat-projet, la remise de notre Livret d'Accueil et les réunions du Conseil de la Vie Sociale. Pour chaque usager, les objectifs sont définis individuellement au début de l'accompagnement à partir d'une **grille d'évaluation partagée**.

Ces grilles nous permettent d'avoir un excellent niveau de connaissance des aptitudes et des potentiels de la personne, de déterminer également les domaines où elle est à même d'apporter des changements dans sa vie et d'y développer des compétences pour être plus autonome. Elles sont également support pour la cotation du volet 6 du Guide d'Évaluation multidimensionnelle (GEVA).

Une fois le diagnostic handicap réalisé et à la lumière du projet de vie, cet outil nous permet donc d'élaborer et de proposer à l'usager le plan de réhabilitation psychosociale et le plan personnalisé de compensation en une seule évaluation. Il offre une vue d'ensemble de la situation et impose une lecture du GEVA adaptée au handicap psychique, repositionnant cette forme de handicap dans l'esprit de la loi du 11 février 2005.

Les modules

Les **modules d'apprentissage** sont des espaces médiateurs qui permettent de développer des compétences psychosociales par les échanges qu'ils génèrent. Un module par axe a été développé. Nous pouvons citer les modules communication/affirmation de soi, présentation/hygiène, administratif/budget, recherche de logement, alimentation, ménage, santé mentale, gestion du temps, etc. qui regroupent à chaque séance entre 3 et 6 usagers.

Les séjours-vacances

La participation de l'usager à des **séjours vacances** permet une mise en pratique, dans un cadre dépaysant, des compétences psychosociales acquises durant l'année dans les modules. Il s'agit de gérer ensemble et de partager les conditions de la vie ordinaire, les repas, les courses, les tâches culinaires, ménagères, une discussion, des loisirs, des sorties, etc., tout cela se faisant en amont avec les usagers lors de la préparation. L'usager peut alors utiliser cette expérience grandeur nature en groupe comme une occasion d'évaluer à nouveau ses capacités d'autonomie et de poursuivre ses objectifs de resocialisation. Trois séjours sont réalisés dans l'année.

Le logement d'évaluation

Il a pour objectif de permettre aux usagers volontaires de tester leurs capacités à vivre en autonomie dans un logement indépendant, et de développer leurs capacités afin de se préparer à vivre dans un logement personnel.

Force est de constater à quel point cette question est centrale et combien il est nécessaire qu'elle évolue. La spécificité de ce handicap justifie une mobilisation importante et innovante. Le rapport du député Charzat en 2002 a clairement mis en évidence les caractéristiques propres à ces troubles et les besoins qu'ils induisent. Leurs conséquences graves conduisent à un risque accru de mal-logement.

Les éventuelles difficultés rencontrées par les personnes handicapées psychiques vivant dans un logement ordinaire sont de plusieurs ordres :

- les maladies psychiatriques amènent souvent à un grand isolement qui aboutit à une dégradation des conditions de vie à l'intérieur du logement (problèmes d'hygiène notamment), une raréfaction des sorties (absentéisme au travail et/ou rupture des liens familiaux ou amicaux, etc.).

- les troubles psychiques peuvent également engendrer des difficultés avec le voisinage (conflits, menaces, etc.).
- ce type de handicap s'accompagne également souvent d'une plus grande sensibilité à certaines nuisances environnementales, notamment au bruit et au manque de lumière.
- ces personnes, plus vulnérables, peuvent être la cible de personnes mal intentionnées qui les entraînent dans des situations risquées pour leur santé (conduites addictives) ou pour leur situation sociale (hébergement d'un tiers, rackets, etc.).
- sans stimulation, il est parfois difficile pour ces personnes d'assurer la continuité des soins. Les ruptures sont alors fréquentes, précipitant les hospitalisations.

Notre expérience nous a permis de constater qu'il ne suffit pas de proposer un logement indépendant pour être autonome. La diversité des situations de handicap psychique et de leur manifestation appelle à une souplesse dans les réponses et la mise en place d'une palette de solutions. Si certaines personnes relèvent en effet exclusivement d'institutions spécialisées, pour d'autres, ces structures constituent un cadre trop lourd qui ne leur permet pas d'évoluer favorablement. Nombreux sont ceux qui souhaitent habiter en logement autonome et sont aptes à le faire, bien qu'ayant des parcours de vie chaotiques, pour peu qu'on prenne en compte l'impact et la spécificité de leurs troubles sur leur vie quotidienne. Les personnes vivant ces difficultés ne trouvent pas forcément dans les propositions de logement existantes, des lieux d'essai pour mettre en pratique les compétences acquises lors de leur accompagnement et vérifier si elles sont prêtes ou non à vivre en autonomie.

Pouvoir s'exercer sans risque, tout en étant placé en situation réelle, permet de s'assurer de la stabilité des acquisitions et de la capacité d'autonomie du sujet. Le cadre des appartements d'évaluation favorise une évolution progressive vers l'indépendance sans la crainte d'échec souvent anxiogène lors d'une installation ordinaire en appartement. Le séjour en appartement est expérimental et d'une durée limitée. La sortie peut se faire à n'importe quel moment. Elle ne se fait pas en fonction de l'attribution d'un logement mais se base plutôt sur les résultats de l'évaluation et sur le constat des compétences acquises pour investir et entretenir un logement.

L'accueil libre

Une particularité du SAVS Espoir 54 est la gestion d'un **accueil libre** destiné aux usagers en cours d'accompagnement ou en phase de maintien du lien. L'association est ouverte de 9 à 18h du lundi au vendredi. Cette question a été longuement analysée et valorisée dans le rapport du CEDIAS-ANCREAI, d'octobre 2010 (p.76). Nous vous en présentons ci-dessous les principales caractéristiques soulignées par celui-ci. D'une façon générale, l'accueil libre apparaît comme une modalité d'intervention des services d'accompagnement essentielle dans la mesure où :

- elle est la seule réponse possible aux besoins de socialisation de certaines personnes très en difficulté dans la relation aux autres, qui ne peuvent au mieux que « s'isoler parmi les autres », en venant boire un café ou lire leur journal dans ce lieu collectif, sans pour autant échanger ou partager une activité.
- elle peut constituer un tremplin pour des activités de groupe (voire pour un premier accès à un accompagnement individuel). Elle permet à la personne de sortir de chez elle, de prendre les transports en commun et de côtoyer d'autres personnes, sans contrainte de fréquentation ou de partage d'activité, et susciter à terme le désir ou lever les éventuelles appréhensions qui constituent un frein à l'accès à un atelier.
- elle peut déboucher sur le développement de relations interpersonnelles indépendantes du service.
- elle est un lieu d'observation important pour l'équipe qui peut identifier des difficultés, ou au contraire des ressources insoupçonnées de la personne dans les relations aux autres, contribuant ainsi aux informations utiles pour faire évoluer le projet personnalisé.

Il constitue ainsi un outil essentiel d'observation des personnes au SAVS Espoir 54, « où la situation d'entretien n'est pas nommée en tant que telle, mais existe et a des effets extraordinaires. Finalement, il n'est pas dit tout à fait la même chose (à l'accueil libre) et l'utilisateur n'entend pas de la même façon. »

- elle constitue un espace où la place de l'utilisateur n'est pas la même que dans les autres temps de l'accompagnement, où il est davantage dans une position citoyenne que d'utilisateur.

➤ **Bénéficiaires, protagonistes et partenariats**

Les personnes en situation de handicap psychique ayant une notification de la Maison Départementale des Personnes Handicapées.

➤ **Modalités de fonctionnement**

Le suivi de la personne accompagnée se décompose en plusieurs phases :



Le sas d'entrée :

Le sas d'entrée correspond à la période qui va de la demande initiale à la décision d'orientation. Chaque nouvelle demande est reçue, en première intention, par un psychologue, dans le cadre du « sas ». Lors du premier entretien, le psychologue identifie la demande de l'utilisateur, détermine les orientations à suivre, en accord avec l'utilisateur et s'assure que celui-ci bénéficie d'une orientation vers notre service. L'objectif de ce premier entretien est de s'assurer que la personne :

- fait bien partie de notre public,
- est stabilisée, accessible à la parole et pouvant vivre dans un groupe sans se mettre en danger, ni mettre le groupe en danger,
- bénéficie d'une prise en charge médicale, de préférence effectuée par un psychiatre,
- bénéficie d'une orientation validée par la M.D.P.H. vers notre service ou accepte de faire cette démarche.

La phase de découverte :

Installer une relation de confiance entre l'utilisateur et le référent, faire prendre conscience des ressources et des besoins de l'utilisateur sont un travail de longue haleine.

Tous les membres de l'équipe pédagogique sont accompagnateurs et référents. Ils sont donc tous habilités à conduire la phase de découverte et s'appuient sur des grilles d'évaluation partagée pour construire avec l'utilisateur son contrat-projet. Cette phase obligatoire permet de :

- faire une première évaluation des compétences sociales et/ou professionnelles de la personne,
- définir des objectifs mesurables et évaluables dans le temps,
- définir les états et les moyens nécessaires pour atteindre les objectifs de l'utilisateur,
- rédiger le contrat-projet où le professionnel référent/le service et l'adhérent-utilisateur s'engagent l'un envers l'autre sur l'atteinte des objectifs définis et désignent les axes de travail.

Durant cette phase, ces personnes sont orientées sur le module « découverte » leur permettant non seulement de connaître plus rapidement les outils et le fonctionnement d'Espoir 54 mais surtout de commencer leur bilan individualisé de compétences psychosociales.

La phase d'accompagnement et de consolidation :

L'accompagnement de l'utilisateur est guidé par le contrat-projet qui stipule :

- la participation aux modules associés à l'axe de travail déterminé ensemble,
- le rythme des entretiens individuels ou des visites à domicile,
- l'inscription à des activités, espaces de médiation et d'expérimentation en milieu ordinaire.

Ces outils individuels et collectifs sont basés sur la notion de compétences et d'apprentissage. Cette phase a plusieurs objectifs :

- accompagner pas à pas l'utilisateur dans ses réflexions et ses actions,
- coordonner les actions mises en œuvre,
- développer un travail de réseau avec l'ensemble des partenaires autour du projet de l'usage et rester le garant de la cohérence du parcours,
- évaluer le travail réalisé.

La phase de maintien du lien :

En fin d'accompagnement, la transformation de la relation de proximité construite au fil du temps entre l'utilisateur et son référent évolue en douceur vers un autre type de relation dite maintien du lien. Elle est marquée par deux temps :

- Un bilan effectué en fin d'accompagnement permettant d'évaluer les progrès de l'utilisateur en termes d'autonomie et de qualité de vie, et l'atteinte partielle ou totale des objectifs énoncés dans le contrat-projet.
- Le maintien du lien proprement dit à la sortie du dispositif envisagé dans un but préventif, des rencontres espacées ou à la demande avec l'utilisateur, pour l'aider à gérer plus rapidement une situation de mal-être dès ses premiers symptômes.

Cette phase n'est pas figée dans le temps eu égard au fait qu'elle doit répondre au besoin de soutien de la personne qui a atteint son objectif. Elle correspond à la fin d'un cadre donné, défini lors de la rédaction du contrat-projet. Il ne s'agit pas de la fin de la relation d'aide. Notre philosophie nous conduit à maintenir le lien avec la personne

➤ **Modalités de financement (investissement et/ou fonctionnement)**

Le financement de ces services est assuré par les Conseils Généraux dans le cadre d'un prix de journée (art R 314 du code de l'action sociale et des familles).

➤ **Evaluation (critères et indicateurs de réussite)**

Un **questionnaire de satisfaction** a été réalisé en 2011 par les équipes des professionnels du SAVS (Nancy et Longwy). Du 15 novembre 2011 au 31 décembre 2011, 78 personnes bénéficiant d'un accompagnement au SAVS ont été interviewées.

96% des usagers sont globalement satisfaits du SAVS. Des résultats plutôt encourageants qui confirment les efforts entrepris par Espoir 54 et les professionnels en vue de bâtir un service répondant au plus près aux besoins des personnes touchées par la maladie psychique

Analyse critique (à partir de votre expérience d'implémentation sur votre territoire)

➤ Analyse "Forces - Faiblesses - Opportunités - Menaces" en termes de déploiement sur votre territoire

Nous sommes soumis à une **longue liste d'attente**. La durée du temps d'attente est en constante augmentation et, actuellement, les délais pour bénéficier des prestations du SAVS Espoir 54 sont compris entre 18 mois et 24 mois (contre 12 à 18 mois en 2010).

Nous recevons toutes les personnes demandeuses d'un accompagnement dans un délai maximum d'un mois lors d'un entretien de première intention appelé « sas d'entrée ». Lors de cet entretien, le psychologue identifie la demande de l'usager et détermine les orientations à suivre, en accord avec l'usager. Le psychologue veille également à balayer l'ensemble de l'offre de service d'Espoir 54 (GEM et DIMO), et plus largement les autres services proposés par la cité, afin de s'assurer qu'un réseau susceptible de se mobiliser est présent.

Nous sommes également attentifs à ne pas interrompre trop précipitamment un accompagnement tant que nous ne sommes pas assurés que le travail engagé sur le versant relationnel ne soit suffisamment solide, et/ou que d'autres partenaires du droit commun ou du secteur spécialisé, si besoin, n'aient pris le relais. Les sorties ne sont jamais de l'initiative univoque du service. Elles concernent des personnes avec lesquelles les axes de travail définis et les modalités mises en œuvre ont permis au projet d'aboutir. Pour d'autres, la fin de l'accompagnement a été motivée par une nécessité de prioriser à nouveau les soins, de façon momentanée ou plus durable. Après la sortie préparée et négociée avec la personne, le service laisse ses portes ouvertes pour une rencontre ou un soutien ponctuel, voire la reprise d'un accompagnement.

Aussi, après le bilan de fin d'accompagnement, le SAVS Espoir 54 propose à la personne des rencontres espacées (au moins une fois par semestre) pour « faire le point ». Nous restons également **un lieu ressource** pour l'aider à gérer plus rapidement une situation de mal-être dès ses premiers symptômes, ou encore **coordonner les actions** mises en œuvre autour de son projet de vie et/ou projet professionnel. Nous avons pu constater que souvent les personnes reprennent contact avec nous quelques années après une fin d'accompagnement. Lorsqu'elles ont pu créer un lien de confiance avec le service, elles n'hésitent pas à réactiver l'accompagnement soit directement, soit par le biais de leur famille ou des services mandataires judiciaires. Il s'agit ici d'une véritable fonction de **veille sociale**, de **prévention** assurée par les services d'accompagnement.

Modalités de reproduction

➤ Processus de création de la réponse sur un territoire (dans l'idéal)

Dépôt d'un dossier de création de Service d'accompagnement à la vie sociale spécifique à des personnes en situation de handicap psychique au sein du Conseil général de son département

Travail en amont avec les futurs partenaires de la psychiatrie, des élus et de tous les futurs partenaires du territoire dont dépendra le futur SAVS.

➤ Personnes ou organismes ressources à contacter

ESPOIR 54, 6 rue du Général Chevert, 54000 NANCY.

Personne à contacter : Caroline LOUVIOT, Chef de service : carolinelouviot.espoir54@orange.fr

Service d'accompagnement renforcé et d'insertion par le logement



Intitulé de la réponse

Service d'accompagnement renforcé et d'insertion par le logement.

Synthèse en quelques lignes

Le Service d'Accompagnement Renforcé et d'Insertion par le Logement répond à la volonté de plusieurs acteurs (usagers, association GRIM, Conseil général et secteur psychiatrique) d'apporter une réponse au problème complexe du logement et de l'insertion sociale des personnes handicapées psychiques.

Par son action, il facilite la transition entre l'hôpital psychiatrique, les structures d'hébergement (foyer de vie, résidences sociales, etc.) ou encore la famille, et le logement de droit commun en milieu ordinaire de vie.

Ainsi, le service n'a pas vocation à recevoir la personne tout au long de sa vie et propose une aide qui ne peut être que transitoire. Il constitue une ressource pour l'utilisateur qui s'y inscrit dans une logique de parcours qui le conduira à plus d'autonomie et à accéder à un logement personnel en milieu ordinaire de vie.

Contexte dans le cadre du projet

Le service permet de co-construire le parcours de vie de la personne entourée des différents acteurs (soin, logement, social...).

Il va permettre à la personne d'expérimenter son projet pendant un temps, avec un accompagnement sur mesure, puis d'évoluer vers plus d'autonomie avec un logement personnel ou bien d'envisager une réorientation vers une structure d'hébergement plus adaptée.

Il répond au besoin de logements d'essai ou de transition.

Cahier des charges de la réponse proposée

- **Contexte local qui a amené la mise en place d'une telle réponse sur le territoire (local, départemental, régional...)**

Le projet de ce service a été élaboré à la fin des années 1990, à la suite d'un constat réalisé par le Conseil d'Administration de GRIM. En effet, les aides apportées par ses services (et notamment le SAVS) n'offraient pas toujours une réponse suffisamment adaptée aux besoins de certaines personnes handicapées psychiques ; en particulier concernant la question de l'accès à un logement de droit commun. D'autre part, l'association a aussi pris en considération le manque de structures alternatives à l'hôpital psychiatrique, aux foyers d'hébergement ou à la famille.

➤ Missions et objectifs spécifiques de la proposition

La mission du service est temporaire, elle vise à assurer le passage entre l'hôpital psychiatrique, les CHRS, la famille, etc. ... et le milieu ordinaire de vie. Il s'agira donc par cette phase de transition, de faciliter l'accès à un logement personnel et l'insertion en milieu ordinaire, lors de la sortie de notre établissement. Les interventions sont réalisées par une équipe pluri professionnelle et visent à soutenir :

- L'installation dans le logement, la vie quotidienne et domestique, la gestion administrative et budgétaire,
- Le suivi des soins psychiatriques, le maintien d'une bonne santé et l'accès aux soins,
- Le partenariat avec les services médico-sociaux,
- Un projet professionnel,
- Les relations avec les partenaires et la famille,
- Les relations avec le voisinage et l'intégration dans le quartier,
- La recherche de loisirs et de vacances,
- La mise en place d'étayages divers : aide à domicile, infirmier, etc.
- La recherche et l'installation dans un logement personnel à la sortie du service,
- Modalités de financement (investissement et/ou fonctionnement)

➤ Bénéficiaires, protagonistes et partenariats

Le service accueille 39 adultes en situation de handicap psychique. Le personnel est pluri professionnel, composé d'animateur, assistant social, éducateur, CESF afin d'accompagner les personnes dans leurs difficultés et apprentissages quotidiens (relationnel, loisir, hygiène, cuisine...). Le service a établi une convention de partenariat avec le secteur sanitaire afin d'englober la démarche de soin dans l'ensemble de l'accompagnement. Chaque résident signe un contrat d'accompagnement et de soin.

➤ Modalités de fonctionnement

Le dispositif est articulé autour d'un lieu d'accueil et l'aide apportée aux bénéficiaires est assurée par :

- Des logements de transition (individuels ou collectifs) sont mis à disposition des bénéficiaires
 - Module 1 : 13 places en logement collectif (3 T4 et 1 T5),
 - Module 2 : 20 places en logement individuel (studio, T1, T2),
 - Module 3 : 6 places pour assurer le suivi de personnes disposant d'un logement individuel ou y accédant après le parcours de transition au service logement.
- Un accompagnement social est réalisé par quatre travailleurs sociaux qui sont chargés d'élaborer et de mettre en œuvre, avec le bénéficiaire, un projet personnalisé d'accompagnement social.
 - D'autre part, des actions de soutien dans la gestion de la vie domestique sont apportées par une AMP afin de retrouver des compétences dans ce domaine.
 - Enfin, lors de l'accès au logement personnel un accompagnement spécifique est assuré par le service pour consolider cette nouvelle situation puis préparer la sortie du service.
- Un espace d'animation qui vient soutenir le projet d'insertion sociale. Il est encadré par deux travailleurs sociaux qui proposent un programme d'activités avec des objectifs pédagogiques, de socialisation, d'accès à la citoyenneté et de loisir. Un atelier cuisine qui fonctionne trois fois par semaine à midi vient compléter le dispositif d'animation.
- Une coopération avec les partenaires médico-sociaux et plus particulièrement avec les services de soins psychiatriques : une convention entre les trois hôpitaux de psychiatrie de Lyon et l'association GRIM définit le cadre général de ce partenariat. Cette collaboration est également formalisée pour chacun des usagers par un Contrat d'Accompagnement et de Soins.

➤ **Modalités de financement (investissement et/ou fonctionnement)**

Prix de journée (d'environ 60 euros) payé par le Conseil général du Rhône.

Subvention d'investissement accordé par la Fondation de France dans le cadre de son programme « Maladies Psychiques ».

➤ **Evaluation (critères et indicateurs de réussite)**

L'évaluation est particulièrement développée lors de l'admission des personnes. Ainsi, une période de trois mois minimum a pour objectif de procéder à une évaluation globale de la situation du candidat afin de prendre la mesure de ses capacités à gérer une vie autonome dans le cadre du dispositif de soutien proposé par le service logement et le cas échéant, d'accéder de manière sécurisée à un logement de transition. Le service doit s'assurer de la viabilité du projet de la personne, de la stabilité de son équilibre psychique, et vérifier si elle est bien en accord avec la méthodologie proposée par le service.

Le service dispose d'indicateurs issus de la démarche qualité et quantifie ses actions mais n'identifie pas le nombre d'accès à un logement personnel comme un indicateur de réussite puisque la finalité du service est double : permettre aux personnes de tester leur capacité à l'autonomie et accompagner vers l'autonomie.

Analyse critique (à partir de votre expérience d'implémentation sur votre territoire)

➤ **Analyse "Forces - Faiblesses - Opportunités - Menaces" en termes de déploiement sur votre territoire**

Forces : implantation urbaine du dispositif, proximité des logements avec le lieu d'accueil, un prix de 51 euros par personnes sur 365 jours d'ouverture.

Menaces : manque de moyens financiers pour adapter le dispositif à la réalité des besoins (un appartement collectif en accompagnement renforcé a été refusé au financement) et augmenter les places existantes pour faire face à la demande.

Un prix de journée qui peut être dissuasif dans un contexte de restriction des dépenses des départements.

Modalités de reproduction

➤ **Processus de création de la réponse sur un territoire (dans l'idéal)**

Une convention avec le secteur hospitalier est essentielle pour un partenariat de proximité.

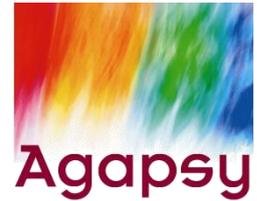
Une équipe pluri professionnelle pouvant agir sur l'ensemble des difficultés des personnes.

Une ouverture 365 jours par an et une présence le week-end.

➤ **Personnes ou organismes ressources à contacter**

Association Grim : www.grim69.com

L'intervention du correspondant de nuit



Intitulé de la réponse

L'intervention du correspondant de nuit.

Synthèse en quelques lignes

Les personnes en situation de handicap psychique rencontrent souvent des difficultés à entretenir leur logement de manière autonome. Certaines parviennent à être autonomes, d'autres ont besoin d'être accompagnées.

Les Résidences d'accueil semi-collectives sont un tremplin vers l'habitat autonome. Ces structures permettent de garantir au Résident une certaine autonomie puisqu'il vit seul mais il bénéficie tout de même d'un cadre collectif grâce à la présence de professionnels dans la semaine (du lundi au vendredi) entre 9h00 et 19h00.

La spécificité de ce type de structure réside en l'absence de professionnels la nuit et le week-end. Certains résidents ont besoin de pouvoir joindre un écoutant en dehors des heures ouvrables. Une solution est donc à envisager afin de garantir une écoute.

Contexte dans le cadre du projet

Pour répondre à cette attente des personnes en situation de handicap psychique, il est possible de faire appel à des Correspondants de Nuit sur une plage horaire 19h00 - 02h00.

Cahier des charges de la réponse proposée

- **Contexte local qui a amené la mise en place d'une telle réponse sur le territoire (local, départemental, régional...)**

Pour l'Association ESPOIR 35 qui assure la gestion de la Résidence d'accueil « Simone de Beauvoir », ce service est devenu essentiel. Le partenariat avec l'Association OPTIMA 35 est porteur de sécurité tant pour les résidents que pour l'équipe professionnelle. Un système d'échange d'informations par courriel permet à chaque professionnel de travailler le plus efficacement possible et le faible coût de ce partenariat (60 euros par mois) pérennise cette action. En ce sens, notre satisfaction est complète et ESPOIR 35 souhaite poursuivre ce partenariat.

- **Missions et objectifs spécifiques de la proposition**

L'objectif est de collaborer avec une association de services, à l'image de l'Association OPTIMA 35, qui offre d'assurer une écoute attentive aux résidents hors des horaires d'intervention des professionnels de la Résidence d'accueil.

En cas de difficultés, ils interviennent auprès des résidents et sont en mesure de joindre l'équipe de Direction (astreinte) de la structure d'hébergement si la situation le nécessite.

D'un point de vue plus général, ce système peut être utile à l'ensemble des résidences d'accueil puisqu'il permet aux résidents de se sentir en sécurité et de pouvoir joindre un professionnel en cas de difficulté.

➤ **Bénéficiaires, protagonistes et partenariats**

Pour organiser au mieux ce partenariat, un contrat doit lier l'Association des Correspondants de Nuit à celle de la Résidence d'accueil. Dans ce document, sont organisées les modalités de partenariat.

➤ **Modalités de fonctionnement**

Pour que les correspondants de nuit et les professionnels de la Résidence d'accueil puissent collaborer dans de bonnes conditions, des protocoles de communication doivent être instaurés. Chaque soir, les professionnels de la Résidence envoient un courriel de transmissions à l'équipe des Correspondants de Nuit afin de leur présenter la situation des résidents. Cela permet aux Correspondants de Nuit d'anticiper et de prioriser les prises en charge. A chaque fin d'intervention, les Correspondants de Nuit envoient à leur tour, par courriel, à l'équipe professionnelle de la Résidence un compte-rendu des interventions.

➤ **Modalités de financement (investissement et/ou fonctionnement)**

Notons que le maintien de ce type de partenariat ne peut être pérenne qu'à raison de son faible coût à la charge de l'opérateur médicosocial. Les bailleurs sociaux partenaires de l'Association OPTIMA 35 apportent un financement à ce service via les charges locatives supportées par les locataires.

➤ **Evaluation (critères et indicateurs de réussite)**

L'équipe des correspondants de nuit transmet quotidiennement à la fin de son service un rapport détaillé de ses interventions auprès des personnes hébergées.

Une réunion annuelle de bilan est organisée entre l'Association ESPOIR 35 et l'Association des correspondants de nuit OPTIMA 35. Des réunions entre l'équipe éducative ESPOIR 35 et l'équipe des correspondants de nuit peuvent également être mises en place.

Analyse critique (à partir de votre expérience d'implémentation sur votre territoire)

➤ **Analyse "Forces - Faiblesses - Opportunités - Menaces" en termes de déploiement sur votre territoire**

La force du dispositif des correspondants de nuit réside :

- la réactivité et le professionnalisme des équipes de correspondants de nuit
- dans l'excellente transmission d'informations entre l'équipe éducative ESPOIR 35 et l'équipe OPTIMA 35

Les menaces en termes de poursuite de l'expérience sur le territoire se caractérisent par :

- la volonté des bailleurs sociaux de pérenniser le partenariat avec les correspondants de nuit,
- l'engagement de la communauté d'agglomération dans le dispositif

Modalités de reproduction

➤ **Processus de création de la réponse sur un territoire (dans l'idéal)**

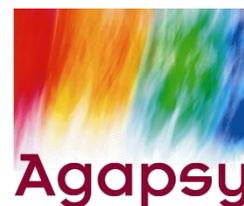
Par ailleurs, il serait intéressant de développer l'intervention des Correspondants de Nuit aux personnes en situation de handicap psychique vivant dans le parc de logements sociaux de la ville et suivis par le Service d'Accompagnement à la Vie Sociale de l'Association ESPOIR 35.

➤ **Personnes ou organismes ressources à contacter**

Denise David , ddavid.sava@orange.fr

Cédric Lavenu, cedric.lavenu@espoir35.fr

Dispositif AVDL « Accompagnement Vers et Dans le Logement »



Intitulé de la réponse

Le service Espace Pléiade « Accompagnement, Logement, Santé », créé en janvier 2012, a pour objectif la mise en œuvre du dispositif d'AVDL (Accompagnement Vers et Dans le Logement). En instituant une équipe mixte (sanitaire et médico-sociale), il permet l'accompagnement lié au logement des personnes souffrant de troubles psychiques reconnus ou non. Il s'agit d'un plateau technique coopératif qui permet de dépasser les légitimités institutionnelles en créant une culture partagée qui puisse garantir un accompagnement global.

Synthèse en quelques lignes

L'AVDL est un dispositif national créé en 2010 émanant du Ministère du Logement et du Développement Durable. Chaque personne doit disposer d'un logement décent de droit commun. Cela est issu d'un mouvement américain intitulé « the housing first ».

La prescription de la mesure est faite par un travailleur social (Conseil Général, hôpital, service social spécialisé et adressée au POHI (Pôle Orientation Hébergement Insertion), administrée par la Direction Départementale de la Cohésion Sociale et le Conseil Général.

Les demandes d'accompagnement AVDL sont attribuées par la DDCS. Il existe plusieurs opérateurs AVDL dans le département. Espace Pléiade est fléché pour les personnes souffrant de troubles psychiques. Ce service a pour missions :

- Accompagner des personnes en situation de précarité et de troubles psychiques afférentes ou non aux soins dans un mode de prise en charge globale (sanitaire et médico-sociale) ;
- Favoriser l'accès ou le maintien dans un logement ;
- Favoriser l'articulation entre le projet de la personne et les différents dispositifs de soins et de lutte contre l'exclusion ;
- Favoriser l'accès au droit commun en terme de santé mentale et de lutte contre la précarité ;
- Eviter les multiples ruptures liées à la fin des prises en charge (hospitalisations, expulsions locatives, retours à la rue).

Contexte dans le cadre du projet

Le service Santé Logement a pour vocation de contribuer à la réalisation du projet de vie des personnes souffrant de troubles psychiques invalidants ou de maladies psychiatriques stabilisées ou non par le soin. Ce service propose un accompagnement médico-social et sanitaire, favorisant le maintien ou la restauration des liens périphériques aux soins et à la lutte contre la précarité et l'exclusion. L'accès ou le maintien dans un logement de ces mêmes personnes nous paraît en être une composante prépondérante et essentielle.

La clé de voute de ce projet s'est construite sur un constat partagé entre le Centre Hospitalier Alpes-Isère et l'association Accueil et Lieux de Transition d'Hébergement et d'Accompagnement, prenant en compte la nécessité de créer un service d'accompagnement renforcé lié au logement. Nos institutions, fortes de leur implication dans le cadre de la Charte Départementale Santé Mentale Logement, du Comité Local de Santé Mentale de la ville de Grenoble et d'un partenariat rapproché avec le Conseil Général, ont fait le constat qu'elles ne pouvaient seules soutenir de façon efficiente le public dont il est question en raison de leurs grandes difficultés, mais qu'elles pouvaient mettre en synergie leurs ressources pour proposer des réponses adaptées.

Force est de constater que cette population nécessite des soins et un accompagnement sanitaire et médico-social spécifique, dans la continuité, pour pouvoir accéder ou se maintenir dans un logement. En effet, du côté sanitaire, la filière d'aval n'est pas formalisée et se trouve être multiple, dépendante de l'offre médico-sociale ou sociale existante. Toutefois, l'offre représentée ne couvre pas les besoins pour la population que nous avons identifiée conjointement.

Du côté médico-social, l'accès vers le sanitaire est standardisé comme pour l'ensemble de la population. Il n'y a donc pas non plus de spécificité d'accompagnement clairement identifiée.

Au demeurant, les personnes souffrant de troubles psychiques peuvent difficilement accéder à un logement, ou à un logement adapté ou s'y maintenir, du fait de l'absence de continuité d'un dispositif à l'autre et/ou d'une difficulté d'articulation entre les dispositifs existants.

Cahier des charges de la réponse proposée

➤ Contexte local qui a amené la mise en place d'une telle réponse sur le territoire (local, départemental, régional...)

Nous constatons, suite à notre diagnostic territorialisé, que les personnes souffrant de troubles psychiques ou de maladies psychiatriques se retrouvent :

- soit maintenues durablement dans des structures d'hébergement dont la mission serait de proposer un accueil et un accompagnement « temporaires » ;
- soit en situation de grand isolement lorsqu'elles se trouvent seules occupant un logement de droit commun ;
- soit menacées de se retrouver à la rue, ou d'y être, faute de prise en compte de leurs difficultés liées à l'occupation de leur logement (entretien, voisinage, gestion) ;
- soit hospitalisées de manière inadéquate faute de prise en charge spécifique et adaptée dans la cité.

Ainsi, nous sommes en mesure d'affirmer que le besoin d'aide et d'accompagnement se pose d'une manière aiguë pour les personnes cumulant des difficultés psychiques ou psychiatriques et des difficultés d'insertion sociale récurrentes. Que ce soit lorsqu'elles sont dans leur logement, lors de leur sortie de structure d'hébergement, ou lors de leur sortie d'hospitalisation, la carence de continuité dans les modalités de prise en charge les expose à des difficultés qu'elles ne sont pas en mesure de surmonter seules.

Nous croyons que Le "logement d'abord", tel qu'il a été expérimenté aux Etats-Unis, peut avoir une réelle plus value sur l'insertion durable des personnes en situation d'exclusion et de troubles psychiques diagnostiqués ou non. Pour autant, la nécessité d'un accompagnement ciblé, conjuguant compétences sanitaires et médico-sociales est incontournable. La mutualisation des compétences, des moyens financiers est un préalable à l'exercice de la mission.

➤ Missions et objectifs spécifiques de la proposition

Finalités :

- Décloisonner et articuler les pratiques sanitaires et médico-sociales et les dispositifs existants, en fluidifiant le parcours de la personne souffrant de troubles psychiques. (axe 3 du plan Psychiatrie et Santé Mentale 2011-2015) ;
- Contribuer à l'évolution des représentations réciproques en créant des alternatives d'accompagnement mutualisé, visant à l'accès ou le maintien dans différents types de logement ou d'hébergement adaptés. (axe 4 du plan Psychiatrie et Santé Mentale 2011-2015).

Missions :

- Accompagner des personnes en situation de précarité et de troubles psychiques ou psychiatriques avérés ou supposés, dans un mode de prise en charge globale, en complémentarité avec l'Équipe Mobile de Liaison Psychiatrie Précarité (E.M.L.P.P.), sur le vecteur logement ;
- Favoriser l'accès ou le maintien dans un logement ;
- Favoriser l'articulation entre le projet de la personne et les différents dispositifs de soins et de lutte contre l'exclusion ;
- Favoriser l'accès aux droits communs en terme de santé mentale et de lutte contre la précarité ;
- Eviter les ruptures multiples liées à la fin des prises en charge (hospitalisations, expulsions locatives, retours à la rue).

➤ Bénéficiaires, protagonistes et partenariats

Public visé : Des personnes :

- souffrant de troubles psychiques afférentes ou non au soin ;
- sortant d'établissement de santé ;
- passant de la rue au logement ;
- en situation de relogement.

Entre 40 et 60 personnes, provenant :

- De l'intra et extra hospitalier ;
- Des Centres d'Hébergement et de Réinsertion Sociale ou autres structures d'hébergement ;
- Des maraudes, lors de l'accueil de jour au tout venant ;
- Des partenaires du droit commun (secteur, bailleurs sociaux, 115, CCAS) ;
- Des personnes sortantes de prison.

➤ Modalités de fonctionnement

Articulation et décloisonnement :

Nous insistons sur le rôle et le périmètre de l'accompagnement social. L'efficacité du « logement d'abord » pour les publics auxquels nous souhaitons nous adresser est indissociable d'un accompagnement social qui soit :

- intensif ;
- nécessitant une continuité de service ;
- pluridisciplinaire et professionnel, ce qui implique notamment la mobilisation des services sociaux de secteur, des travailleurs sociaux des associations, de médecins, psychiatres et bailleurs sociaux ;
- sur la durée, avec possibilité de reprise après une interruption ;
- flexible pour pouvoir s'adapter aux personnes (dans son contenu, sa fréquence).

Le personnel est composé d'une équipe pluridisciplinaire : encadrement, secrétariat, assistants de service social, conseillers en économie sociale et familiale, éducateurs spécialisés, médecin psychiatre, infirmier, auxiliaires de vie.

Dans une démarche « d'aller vers », les professionnels s'inscrivent également dans une activité « ambulatoire ». L'équipe est donc mobile et est amenée à se rendre sur les lieux d'accueil de jour, à s'inscrire sur les permanences de maraude, le 115, l'association E.T.C., Point d'Eau pour aller à la rencontre des personnes en déni de leurs troubles, favoriser les rencontres « aléatoires ».

➤ **Modalités de financement (investissement et/ou fonctionnement)**

Ce projet est donc construit sur la base d'un financement tripartite dans sa phase de pérennisation, en associant l'Agence Régionale de Santé, le Conseil Général et la DDCS.

Tableau des effectifs en ETP						
		CHAI	Financement ARS	ALTHEA	Financement DDCS	Financement CG
Encadrement	1	0,30	ARS	0,70	DDCS	
Secrétariat	0,50	/	/	0,50	DDCS	
Assistants Sociaux	2	2	ARS	/	/	/
CESF, Educateurs	2	/	/	2	DDCS (1)	CG (1)
Médecin psychiatre	0,50	0,50	ARS	/	/	/
Infirmier	0,75	0,75	ARS	/	/	/
Auxiliaire de vie	1,5	/	/	1,5	/	1,5
TOTAL	8,25	3,55	3,55	4,70	2,20	2,50

➤ **Evaluation (critères et indicateurs de réussite)**

Démarrage avec 1 ETP assistant social au 01.01.12, les premières mesures ont été confiées en Avril 2012. A ce titre, au 15 septembre 2012, sept mesures ont été attribuées à Espace Pléiade ; en voici les caractéristiques :

- Sexe : - 5 hommes/2 femmes
- Composition familiale : Les 7 personnes sont isolées, sans enfant
- Age moyen des personnes suivies : 43 ans
- - Bénéficiaires de minimas sociaux : 7 : 4 RSA/3 AAH
- Origine de la demande (services instructeurs) :
 - o 2 du service social de polyvalence de secteur ;
 - o 5 de services spécialisés : service de tutelles, associations, service social de santé mentale.
- Origine géographique : Les sept personnes habitent sur Grenoble et l'agglomération

La demande de ce type d'accompagnement est en constante augmentation. Une évaluation est prévue en fin d'année.

Analyse critique (à partir de votre expérience d'implémentation sur votre territoire)

➤ **Analyse "Forces - Faiblesses - Opportunités - Menaces" en termes de déploiement sur votre territoire**

Nécessité de délimiter l'intervention pour qu'il n'y ait pas de doublon ou d'appropriation par les opérateurs. Car le risque est qu'un opérateur rattaché à une structure, se situe plutôt en service de suite de sa propre structure ou de son institution.

Multiplicité des opérateurs AVDL : nécessité que ces derniers soient identifiés et clarifiés au niveau de leur accompagnement auprès des services instructeurs ;

La synergie d'une équipe biculturelle est à défendre dans une logique de décloisonnement des pratiques et de fluidité des parcours des patients.

➤ **Avis qualitatif libre**

Ce service répond à plusieurs écueils repérés dans la multiplicité des dispositifs existants. Il permet d'éviter des situations de crise, d'hospitalisation, de rupture brutale.

Il impose un mode travail coopératif entre les différents acteurs.

Cela impulse aussi une nouvelle dynamique de travail. Plutôt que raisonner en termes d'orientation vers les structures nous sommes invités à réfléchir en termes de parcours, avec de multiples trajectoires possibles.

Modalités de reproduction

➤ **Processus de création de la réponse sur un territoire (dans l'idéal)**

- Nécessité de créer un partenariat formalisé entre l'A.R.S., le C.G., la D.D.C.S. et le C.H.A.I ;
- Création d'une entité propre : service qui a son autonomie de fonctionnement ;
- Les prescripteurs, ordonnateurs et opérateurs doivent être distincts afin d'éviter les dérives et les auto-prescriptions (services de suite).

➤ **Personnes ou organismes ressources à contacter**

Mme Claire THEBAULT-JEAN, Directrice-Adjointe du Pôle Coopérations Sociales et Médico-sociales CHAI (04 76 56 42 30) ;

M. Franck BELIN, Assistant de Service Social à Espace Pléiade (04 76 00 95 61) ;

Mme Sylvie RENOUD-GRAPPIN, Directrice Générale d'ALTHEA (04 76 54 13 50).

Réseau de Promotion pour la Santé Mentale



Partenaire de la Fédération Agapsy dans le cadre du projet.

Intitulé de la réponse

Le Réseau de Promotion pour la Santé Mentale des Yvelines : le dispositif hébergement-insertion.

Synthèse en quelques lignes

Le RPSM 78 est un réseau de santé territorial, constitué dans le but d'organiser, d'animer et de coordonner les moyens mis en commun en vue d'améliorer la prévention, le soin et l'insertion des personnes relevant du champ de la santé mentale. Créé en 1999, le RPSM est porté par un Groupement de Coopération Sanitaire public depuis octobre 2006. Il développe ses actions comme un espace de qualité dans 3 axes principaux :

- La coopération ville / hôpital
- La coopération inter établissements de santé publics et privés
- La coopération psychiatrie / secteur social et médico-social.

Le dernier axe se traduit par un dispositif interface psychiatrie / secteur médico-social et social qui comprend **une équipe liaison et un dispositif hébergement**. C'est cet axe qui sera développé au sein de cette fiche.

Contexte dans le cadre du projet

Les actions du RPSM 78 suivent des principes méthodologiques :

- **Une logique de territoire:** organiser les soins sur un territoire de santé, rechercher des complémentarités
- **Une logique de fonctionnement:** repérage de besoins non couverts (thèmes d'amélioration), enquête de besoins et de ressources (réponse partenariale)
- **Une logique d'évaluation:** suivi de la réponse par un relevé d'indicateurs et ajustement de la réponse

Cahier des charges de la réponse proposée

- **Contexte local qui a amené la mise en place d'une telle réponse sur le territoire (local, départemental, régional...)**

Le dispositif interface psychiatrie / secteur médico-social et social a été élaboré concernant l'équipe liaison à la suite de réunions, en 2000, regroupant plus de 180 partenaires du champ social et médico-social ; et pour le dispositif hébergement à la suite d'enquêtes, réalisées en 2003, de besoins et d'offre

➤ Missions et objectifs spécifiques de la proposition

L'équipe de liaison (équipe mobile) : elle répond à toute demande venant du secteur social, et offre une mutualisation sur le territoire de la réponse au champ social.

Elle propose des formations, une aide aux aidants, des inter-visions. Son intervention facilite l'accès aux soins, permet également la connaissance réciproque, le développement d'un langage commun, le développement de partenariat.

Elle intervient auprès de la plupart des structures et services médico-sociaux du territoire : ESAT, FH, FO, FAM, MAS, SAVS, SAMSAH, MDPH, ACT ; et intervient aussi auprès de nombreux services sociaux : TAS du CG, CHU, CHRS, maison relais, associations porteuses de logements passerelles... auprès des GEM, auprès de bénévoles, auprès des conseillères sociales des bailleurs HLM.

Le dispositif hébergement-insertion a pour mission de faciliter l'insertion des patients stabilisés et dans un premier temps répondre aux besoins d'hébergement ou logement des usagers. Le principe est d'offrir une palette diversifiée de possibilités d'accompagnement, d'hébergement ou logement permettant une fluidité de parcours correspondant aux besoins et attentes des personnes à un moment donné. Proposer aux structures des candidatures adaptées à leur projet.

Le soutien apporté par l'équipe de liaison aux structures, la continuité des soins pour les personnes permet : un accès aux ressources locales, le maintien des personnes dans les structures et la réduction du nombre de journées d'hospitalisation et l'ouverture de nouveaux partenariats ; **dans le but de faciliter, diversifier et améliorer la qualité de l'insertion des patients du territoire.**

➤ Bénéficiaires, protagonistes et partenariats

Les membres du RPSM 78 :

6 établissements de santé :

- Centre Hospitalier André Mignot de Versailles (public)
- Centre Hospitalier Jean-Martin Charcot de Plaisir (public spécialisé)
- Institut Marcel Rivière de La Verrière (privé spécialisé MGEN participant au service public)
- Clinique d'Yveline de Vieille-Eglise-en-Yvelines (privé spécialisé à but lucratif)
- Hôpital Gériatrique et Médico-Social de Plaisir-Grignon (public)
- Centre Hospitalier de Rambouillet (public)

Des professionnels libéraux :

- Médecins généralistes
- Psychiatres libéraux
- Psychologues libéraux

12 secteurs de psychiatrie impliqués :

- 8 secteurs de psychiatrie générale
- 3 secteurs de psychiatrie infanto juvénile
- 1 secteur de psychiatrie pénitentiaire (78 P 01)

La zone géographique d'intervention du réseau est limitée au sud Yvelines. La population du territoire desservi est estimée à 680 000 habitants environ.

➤ **Modalités de fonctionnement**

Le dispositif mis en place a connaissance des établissements et des demandes d'hébergement. Il propose aux personnes, et aux services qui les suivent, une évaluation, une aide à l'orientation et un suivi de cette orientation. Une commission hébergement se réunit pour l'étude des dossiers les plus complexes.

Il propose aux services et structures partenaires des conventions et procédures de fonctionnement.

La convention cadre définit la continuité des soins par l'équipe ou le psychiatre référent du patient, le traitement des situations de crise, leur prévention par le soutien apporté aux professionnels et au besoin une aide à l'étude des dossiers, un appui aux admissions.

Les protocoles aident à définir un mode de fonctionnement entre les structures sociales et les soins : modalités de l'appui aux admissions (participation aux commissions d'admission et d'attribution), de transmission des informations utiles, modalités de la continuité des soins avec **conventions individualisées de suivi** qui prévoit de façon personnalisée le recours possible aux consultations, aux VAD, à des synthèses associant professionnels sociaux et sanitaires, au circuit de l'urgence, à l'hospitalisation lorsqu'elle s'avère nécessaire.

Intervention à la MDPH ayant abouti à une convention entre le RPSM et la MDPH : mise à disposition de temps de psychiatre et d'infirmier pour l'évaluation du handicap psychique et le lien avec les partenaires du soin.

Participation à la commission d'orientation du SIAO

Partenariat proposé aux associations dès le montage des projets : projets co-construits.

➤ **Modalités de financement (investissement et/ou fonctionnement)**

Le financement du RPSM 78 se renégocie globalement de façon triennale avec l'Agence Régionale de Santé, son principal interlocuteur, avec ajustement annuel des crédits en fonction de la consommation escomptée.

Le RPSM 78 se porte également régulièrement demandeur de financement sur appels à projets ponctuels. Il bénéficie de subventions de fonctionnement permanentes à objectif ciblé de la part des services de l'Etat et de certaines collectivités territoriales.

Les principaux contributeurs de ces dernières années ont été :

- Le Fond d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins (FIQCS)
- L'Agence Régionale de Santé d'Ile de France (ARS-IF)
- Les 6 établissements de santé membres du réseau
- Le Département des Yvelines
- La Direction Départementale de la Cohésion Sociale des Yvelines
- La Communauté d'Agglomération de Saint-Quentin-en-Yvelines

➤ **Evaluation (critères et indicateurs de réussite)**

Suivi annuel des personnes admises dans les principaux services et structures partenaires (études quantitative et qualitative).

(Cf. Nouvelles enquêtes de besoin en 2007 et 2011).

Analyse critique (à partir de votre expérience d'implémentation sur votre territoire)

- **Analyse "Forces - Faiblesses - Opportunités - Menaces" en termes de déploiement sur votre territoire**

Forces : Dispositif déployé sur le territoire et évolution en cours vers un projet territorial de réhabilitation psycho-sociale.

Modalités de reproduction

- **Processus de création de la réponse sur un territoire (dans l'idéal)**

Coordination entre les acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux avec un financement et une gouvernance appropriée, sur un territoire offrant toute la palette des réponses. Projets co-construits. Souplesse des modalités de financement.

- **Personnes ou organismes ressources à contacter**

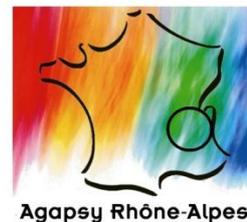
RPSM 78, 177 rue de Versailles, 78157 Le Chesnay cedex

Coordination : 01 39 63 95 35

Contact : rpsm@ch-versailles.fr

Site internet : <http://www.rpsm78.com/>

Charte de partenariat Santé Mentale et Logement en Isère



Intitulé de la réponse

Charte de partenariat Santé Mentale et Logement en Isère.

Synthèse en quelques lignes

La Charte a pour objectif :

- Améliorer l'accès au logement des personnes souffrant de troubles psychiques, ayant besoin d'un accompagnement médico-social
- Prévenir l'expulsion et favoriser le maintien de la personne dans son logement
- Développer une connaissance mutuelle des partenaires par exemple dans les Conseil Locaux de Santé Mentale (CLSM) et par la formation des personnels
- Engager une démarche de suivi et d'évaluation de la Charte mise en œuvre.

Elle concerne l'ensemble du Département de l'Isère, par un travail en partenariat entre les bailleurs sociaux, le Conseil Général, les services de la Préfecture et de la Direction Départementale de la Cohésion Sociale (DDCS), les Centres Hospitaliers du département constitués en communauté hospitalière, des CHRS, des services de la Protection Judiciaire (création d'un Pôle socio-éducatif et des majeurs protégés au sein du Centre Hospitalier Alpes Isère (CHAI) : service des majeurs protégés, psychiatrie générale, psychiatrie infanto-juvénile), et des bailleurs privés. Chaque partenaire a mis en place des «référénts Charte», ce sont des personnes en charge de ce public spécifique au sein de leur institution et au sein des groupes de travail des partenaires.

Contexte dans le cadre du projet

La motivation des bailleurs sociaux repose sur la nécessité de pouvoir concilier deux impératifs : remplir sa mission sociale et respecter le calme et la tranquillité du voisinage.

- La Jurisprudence, constante en la matière, indique régulièrement que si un bailleur social remplit à l'évidence une mission sociale, il ne peut lui être demandé d'assurer la prise en charge de personne dont le comportement relève d'un traitement psychiatrique.
- La gestion des troubles de voisinage est un impératif juridique (Loi du 6 Juillet 1989 modifiée).
- Les problématiques seront efficacement traitées avec la mobilisation de l'ensemble des équipes (en interne), mais aussi par la mise en place de partenariats dans le respect des droits et obligations de chacun des acteurs (en externe), à commencer par les principaux intéressés que sont les locataires.

Les enjeux de la Charte :

- | | |
|---------------------------------------|--|
| - Maillage départemental | - Réactivité des services administratifs |
| - Volonté d'harmoniser les pratiques | - Engagement des services médicaux |
| - Mobilisation des acteurs de terrain | - Fonctionnement souple et efficace |

La DDCS assure désormais (29/09/2011) le pilotage de la Charte de Partenariat issue d'un travail de concertation et d'une volonté de partir des situations du terrain.

Cahier des charges de la réponse proposée

➤ Contexte local qui a amené la mise en place d'une telle réponse sur le territoire (local, départemental, régional...)

Les travaux ont débuté en 2005 à l'initiative de l'association Un Toit Pour Tous qui a réuni des représentants de la DDASS, du Centre Hospitalier Spécialisé de St Egrève (aujourd'hui CHAI), le Réseau Handicap Psychique de l'Isère (RÉHPI), de la Ville de Grenoble, de l'UNAFAM, des CHRS, des services de Tutelles et d'ABSISE (association Loi 1901 des 9 bailleurs sociaux qui ont leur siège dans l'Isère). De nombreuses rencontres ont permis de dégager des axes de travail sur une éthique des valeurs et sur une éthique des responsabilités. Les réunions de travail ont abouti à la rédaction d'un «Guide Santé Mentale et Logement en Isère» paru en décembre 2007.

Dans un second temps, le groupe de travail a élaboré, après de nombreuses versions, la «Charte Santé mentale et Logement en Isère» qui a été signée le 17 juin 2009.

➤ Missions et objectifs spécifiques de la proposition

En cas de conflits ou troubles de voisinage, cohabitation, colocation, jouissance, une procédure amiable de règlement des conflits est mise en place. En fonction de la problématique rencontrée par le locataire ou par le demandeur de logement (comportement et/ou Hygiène) et quelque soit son ampleur, l'un des partenaires alerte celui qui lui semble le plus à même de répondre à «une demande d'aide». Les équipes médicales évaluent les possibles et une concertation, qui inclue la personne concernée, permet de trouver des solutions pour intégrer un logement ou pour travailler au maintien dans le logement quand cela est possible.

➤ Bénéficiaires, protagonistes et partenariats

Les personnes ayant des troubles psychiques, candidats au logement autonome, ou locataires déjà en place qui connaissent ces mêmes difficultés qui génèrent de la souffrance.

➤ Modalités de fonctionnement

Les engagements des partenaires autour de la personne (concertation et engagement mais sans forme de contrainte!)

Objectif n°1 : Améliorer l'accès au logement de la personne hospitalisée

- Permettre d'accéder à un logement
 - Les équipes du Centre Hospitalier préparent la sortie de la personne (évaluation des capacités de la personne en demande de logement, solutions, étapes et modalités à prévoir)
 - Le travailleur social se met en rapport avec le référent Charte du bailleur pour étudier si un logement autonome est possible
- Mettre en place un contrat d'objectif
 - Adhésion de la personne
 - Identifier les besoins de la personne
 - Définir les engagements des partenaires de la Charte

Objectif n°2 : Prévenir l'expulsion/Favoriser le maintien de la personne logée

- La personne est hospitalisée (troubles antérieurs)
 - Activer le partenariat autour du logement comme : AS, CCAS, CGI, CHRS, Tutelle, SAVS, SAMSAH
 - Se rencontrer pour définir un plan d'actions selon les engagements
 - Accord de la personne pour une VAD à l'initiative du service social du CH
 - Définir un contrat d'objectif pour le retour à domicile
 - Le bailleur n'a pas la légitimité pour pénétrer dans le logement
- La personne n'est pas hospitalisée (troubles en cours)
 - Mise en œuvre de la procédure classique TV du bailleur
 - Le référent Charte bailleur peut interpellier le CMP
 - En cas de difficulté, le référent Charte bailleur alerte les partenaires
 - Le locataire est informé des démarches
 - Un plan d'actions adaptées est mis en place
 - Le bailleur peut, en cas d'échec, engager une procédure de résiliation

Organes de suivi de la Charte :

Comité de Pilotage, Comité Technique (référents Charte), et groupe des Acteurs de terrain (interpellation et procédure).

➤ **Modalités de financement (investissement et/ou fonctionnement)**

Chaque institution, structure ou organisme prend en charge les temps de rencontre de ses salariés et les dates de réunions se fixent en concertation.

➤ **Evaluation (critères et indicateurs de réussite)**

Le Comité de Pilotage s'organise autour de Un Toit Pour Tous et il s'est déjà réuni deux fois pour évaluer les actions engagées : respect de la personne, de la Charte, utilité et efficacité de celle-ci. Le Comité technique s'organise autour de la Direction de la Cohésion Sociale (Pilote) pour valider le contenu des Contrats d'Objectifs et développer la diffusion de la Charte dans le département. La dernière réunion du Comité Technique date du 15 Mars 2012 et il se réunira le 20 Septembre prochain.

Analyse critique (à partir de votre expérience d'implémentation sur votre territoire)

➤ **Analyse "Forces - Faiblesses - Opportunités - Menaces" en termes de déploiement sur votre territoire**

Points forts : un outil adapté qui favorise le maintien du locataire dans son logement et qui, de ce fait, permet de le protéger même s'il est vulnérable (en cas de crise). Le nombre des situations traitées dans le cadre de la Charte est très variable d'un bailleur social à un autre (écart de 0 à 25).

Opportunités : La Charte Santé Mentale et Logement en Isère est utilisée comme support afin de rappeler les responsabilités de chacun et pour apporter un cadre aux actions dans le respect de la loi. Par ailleurs, le primat de l'humain et la bienveillance sont des éléments qui fondent ce partenariat. Le travail du groupe se poursuit et s'active autour de la diffusion de la Charte auprès des bailleurs privés de la FNAIM et de l'UNPI (Union Nationale des propriétaires individuels).

Points faibles :

- Les possibilités de collaboration très variables d'un CMP à l'autre, même si cette tendance tend à s'améliorer considérablement.
- L'accompagnement des personnes vers le soin demeure toujours problématique (peu de prise en compte de la démarche «d'aller vers» et difficultés dans les déplacements)
- Difficultés pour les personnes qui ne sont pas connues des services de psychiatrie ou qui ne sont pas considérées comme pouvant relever d'un traitement psychiatrique mais dont les troubles de comportements peuvent remettre en cause le maintien dans leur logement.

➤ **Avis qualitatif libre**

La Charte Santé Mentale et Logement en Isère a engagé un dialogue et une connaissance mutuelle des acteurs. Elle a «ouvert des possibles» et a remis en cause des fonctionnements cloisonnés.

Modalités de reproduction

➤ **Processus de création de la réponse sur un territoire (dans l'idéal)**

Il est important de comprendre que le travail en commun commencé en 2005 a engagé chacun dans sa propre institution et vis-à-vis des autres partenaires du groupe. Ce cheminement et cette connaissance mutuelle permettent, aujourd'hui, l'application de la Charte parce qu'il y a une éthique partagée (éthique des valeurs et éthique des responsabilités).

➤ **Personnes ou organismes ressources à contacter**

Personnes ou organismes ressources à contacter (pour les bailleurs) :

Gaël LANGLOIS (06 20 76 01 52) - Chargé de Mission ABSISE / Union Sociale pour L'Habitat / Rhône-Alpes - g.langlois@arra-habitat.org

Tania VIEILLOT ETZOL, Chargée de Mission / ACTIS - tania.vieillotetzol@actis.fr

Séverine VIVANCOS, Chargée de Mission / SDH - s.vivancos@sdh.fr

Aurore TOUCHARD, Responsable d'Agence / OPAC38 - aurore.touchard@opac38.fr

Christine BRUNET, Responsable de la Gestion Locative / LPV - christine_brunet@pluralis-habitat.fr

Personnes ou organismes ressources à contacter (pour l'Hôpital) :

Claire THEBAULT JEAN, Coordinatrice du Pôle Social de l'Hôpital / CHAI - cthebault@ch-alpes-isere.fr

Annie DAIDJ, Infirmière Equipe Réseau Pôle Grenoble Sud - adaidj@ch-alpes-isere.fr

Muriel FRESSOZ, Responsable des Mandataires Judiciaires (Hôpital)

Personnes ou organismes ressources à contacter (pour les associations) :

Un Toit Pour Tous : Alain NOUVELOT, Jean-Marc BERTON

AGAPSY Rhône-Alpes : Claude GUERRY

UNAFAM Section Isère: Bernard BAUDRU

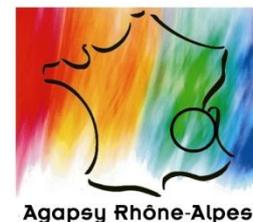
OASIS 38 : Sylvie RENOUD GRAPPIN, Directrice du CHRS

Personnes ou organismes ressources à contacter (pour les institutions) :

Conseil Général de l'Isère : Chantal BERGER

Préfecture / Cohésion Sociale : Marie-Pierre SOULIER PEGOUD marie-pierre.soulier-pegoud@isere.gouv.fr

L'émergence d'une démarche partenariale innovante (Grand Lyon)



Intitulé de la réponse

« Santé psychique et logement dans le Grand Lyon », l'émergence d'une démarche partenariale innovante à l'échelle du Grand Lyon (communauté urbaine).

Synthèse en quelques lignes

« Dans le cadre de la Conférence d'Agglomération de l'Habitat une réflexion s'est engagée en 2002 sur le thème *Santé psychique et logement*. Elle a vu l'émergence d'une démarche partenariale innovante, réunissant tous les acteurs concernés : élus des collectivités, bailleurs et gestionnaires de logements sociaux, professionnels des milieux sociaux et médico-sociaux, professionnels de la psychiatrie, associations et familles de malades. Cette démarche originale est de **favoriser l'accès et le maintien dans le logement des personnes souffrant de troubles psychiques**. Les deux objectifs sont de :

- Concilier un toit et la tranquillité pour tous,
- Aider les acteurs de terrain dans la prise en compte des situations locales. »

(Extrait de l'éditorial du guide pratique « santé psychique et logement »)

Contexte dans le cadre du projet

C'est le logement banalisé qui est au cœur de la réflexion. L'agglomération lyonnaise souhaite apporter tout son concours à la prise en compte de cette question, comme un enjeu fort de la qualité de vie des concitoyens. En effet, le logement, réponse à un besoin primaire de sécurité et de protection autant qu'élément de dignité et d'identité sociale, est une question primordiale.

Quelques axes de travail :

- La nécessité d'apprendre à mieux se connaître pour mieux travailler ensemble,
- L'impératif social d'un travail de prévention guidé par une méthodologie rigoureuse pour éviter les situations d'urgence
- L'impératif humain de faciliter l'intégration des personnes prises en charge dans le marché du logement
- La nécessité de former au mieux des acteurs professionnels placés en première ligne.

Cahier des charges de la réponse proposée

- **Contexte local qui a amené la mise en place d'une telle réponse sur le territoire (local, départemental, régional...)**

Une antériorité : ce projet Santé psychique et logement a été formalisé dans le cadre du groupe de travail de la Conférence d'Agglomération de l'Habitat, créé antérieurement, en charge du dispositif FADIREL (familles en difficulté avec leur environnement).

Une appropriation collective de la problématique : la culture lyonnaise est favorable à la question de « travailler ensemble » (culture des approches partagées et coopération entre les acteurs) avec un appui d'experts extérieurs.

Des partenaires issus de différents secteurs sont associés à la réflexion : les élus, maires des communes sont directement concernés, les professionnels sociaux, médicaux, bailleurs sociaux... ont permis un travail collectif.

Une expertise d'un cabinet conseil : analyse de dispositifs dans un objectif de mise en œuvre d'expérimentations dans l'agglomération (2003).

➤ Missions et objectifs spécifiques de la proposition

Les plus significatives :

- Réalisation d'un guide pratique « Santé psychique de logement dans le Grand Lyon » avec un comité de rédaction composé de toutes les composantes partenariales dans l'objectif d'accroître la connaissance mutuelle et partager une culture commune (deux éditions : 2006 et 2009).
- Réalisation de supports de communication : charte graphique, label, exposition autoportée, numéro spécial de la revue du Millénaire 3, exposition photographique, film.
- Formations-actions sur huit sites (arrondissements de Lyon et communes de l'agglomération) : stagiaires issus des différents milieux professionnels (habitat social, psychiatrie, médico-social, associations de familles et usagers) (2008 – 2010)
- Création d'un espace collaboratif accessible à l'ensemble des partenaires.
- Organisation d'un Forum « Santé psychique et logement » (octobre 2009) : 400 professionnels issus de la santé, du logement, des usagers, du social et du médico-social, des collectivités territoriales autour d'une même problématique et d'un travail partenarial.
- Etude des besoins (2010)
- Formalisation d'une convention-cadre à l'échelon de l'agglomération (en cours) avec fiches-projets, essaimage de dispositifs locaux (instances locales santé psychique et logement) et évaluation.

➤ Bénéficiaires, protagonistes et partenariats

Les bénéficiaires finaux : les personnes en situation de souffrance psychique. L'objectif est de faciliter l'intégration (accès et maintien) des personnes prises en charge par les institutions psychiatriques dans le marché du logement.

Les protagonistes et partenaires : professionnels issus de la santé, du logement, des usagers, du social et du médico-social.

➤ Modalités de fonctionnement

Le Grand Lyon :

- 1- Une assise territoriale,
- 2- Une compétence Habitat,
- 3- Une structuration du projet,

qui lui permet de jouer un rôle d'animation dans cette démarche et d'apporter son expertise en termes d'ingénierie du partenariat et de conduite de projet.

Les différents partenaires sont associés dans les comités et groupes de travail du projet et participent aux différentes actions.

➤ **Modalités de financement (investissement et/ou fonctionnement)**

Au-delà de la **participation financière des différents partenaires au travers de l'implication de leurs professionnels** depuis l'origine du projet (10 ans cette année), le **financement des actions spécifiques** a couvert :

- | | |
|---|--|
| 1- Les missions des expertises externes | 3- Les formations-actions (assistance) |
| 2- La réalisation du guide | 4- Le forum. |

Les différents financeurs :

- 1- Le Grand Lyon
- 2- Les bailleurs (association des organismes HLM du département du Rhône)
- 3-L'Etat.

➤ **Evaluation (critères et indicateurs de réussite)**

L'évaluation est insérée dans la convention cadre, qui est en cours d'élaboration. A ce jour, les différents partenaires se sont exprimés sur les atouts et les manques des actions engagées à ce jour (formations-actions, dispositifs locaux mis en place).

Analyse critique (à partir de votre expérience d'implémentation sur votre territoire)

➤ **Analyse "Forces - Faiblesses - Opportunités - Menaces" en termes de déploiement sur votre territoire**

Force : une dynamique territoriale « tenue » par une collectivité territoriale (Grand Lyon) qui a une assise territoriale et une compétence Habitat.

Faiblesse : un essaimage de dispositifs locaux de proximité encore limité.

Opportunité : la nécessité de travailler en réseau pour répondre aux besoins des populations concernées, l'intérêt partagé des différents partenaires de travailler ensemble.

Menace : la précarisation croissante des populations ciblées et une demande en progression.

➤ **Avis qualitatif libre**

La dynamique du Grand Lyon soutient l'action de l'ensemble des partenaires.

Modalités de reproduction

➤ **Processus de création de la réponse sur un territoire (dans l'idéal)**

Un engagement « politique » fort des collectivités territoriales et des partenaires.

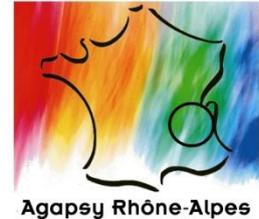
➤ **Personnes ou organismes ressources à contacter**

Grand Lyon – DHDSU

Chargée de Mission : Martine CHANAL – 20, rue du Lac – BP 3103 – 69399 Lyon cedex 03

Tel. 04 26 99 37 64 - Courriel : mchanal@grandlyon.org

La fonction de référent social



Intitulé de la réponse

Réflexion sur la mise en œuvre de la fonction de référent dans le champ de l'accompagnement des personnes souffrant de troubles psychiques et, plus particulièrement, en matière de logement.

Synthèse en quelques lignes

L'étude conduite par AGAPSY montre bien le nombre important de « parties prenantes » qui, autour du bénéficiaire direct, sont intéressées par une bonne gestion de l'accès et du maintien dans un logement. Les familles, les soignants, les travailleurs sociaux bien sûr, mais aussi les bailleurs sociaux, les élus territoriaux et les mandataires judiciaires parfois. Pour que tout le monde « tire la charrette dans le même sens », il nous semble nécessaire que tout cet « équipage » soit coordonné dans son action et ses réactions par un des partenaires désignés comme **référent**.

Contexte dans le cadre du projet

Cette proposition ressort d'une analyse du contexte local et des ruptures qui ont été mises en exergue dans l'étude d'AGAPSY. A contrario, l'analyse des réussites en matière de logement montrent bien que le travail en commun entre les parties prenantes est le premier facteur de succès.

Cette proposition de « référent social » doit être distinguée de celle de « référent de parcours », qui est également ressortie dans le cadre du projet, mais dont les contours sont au stade de « souhaits » et la mise en œuvre opérationnelle reste à trouver.

Cahier des charges de la réponse proposée

- **Contexte local qui a amené la mise en place d'une telle réponse sur le territoire (local, départemental, régional...)**

Tous les témoignages démontrent que les problèmes surgissent d'un manque de concertation entre les parties prenantes (les bailleurs ou les mandataires estiment que les soignants ne prennent pas en compte les signaux d'alerte qu'ils envoient, les familles interviennent à temps et à contretemps, les bénéficiaires sont trop isolés...)

- **Missions et objectifs spécifiques de la proposition**

Remédier à cette lacune dommageable et source de rechutes, de problèmes de voisinage, de conflits inter professionnels en désignant pour toute personne présentant des troubles psychiques sérieux une **personne référente** qui :

- l'aiderait à concrétiser ses choix de vie,
- suivrait l'évolution de son parcours de réinsertion ;
- servirait, le cas échéant, de médiateur entre les différentes parties prenantes.

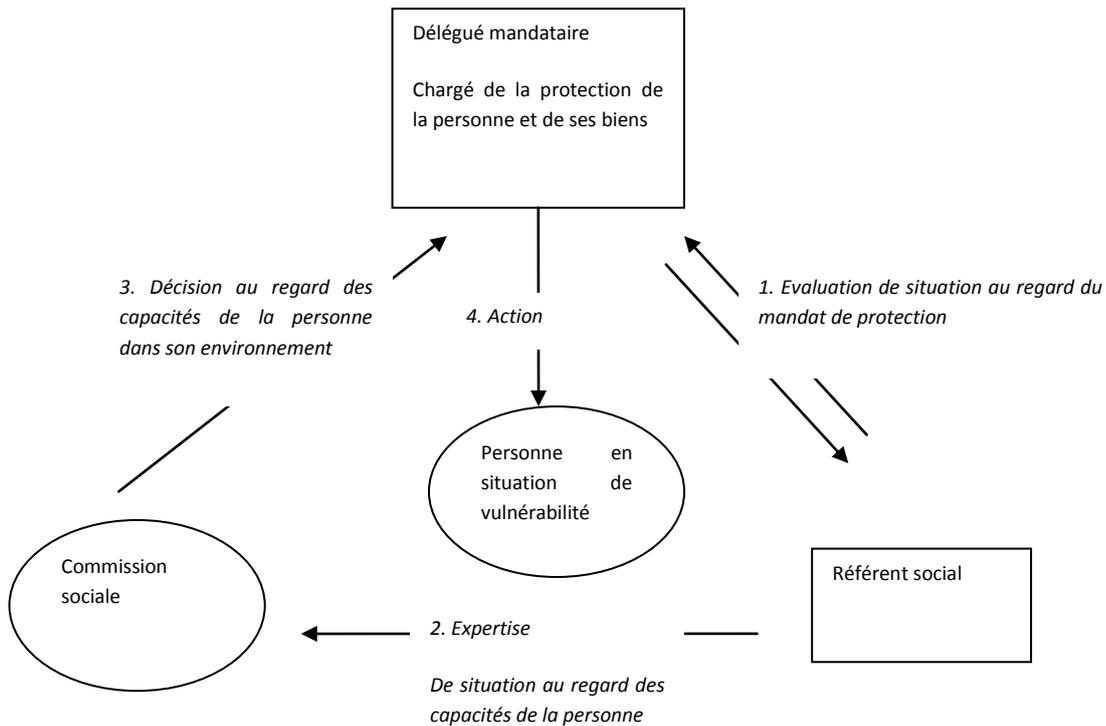


Schéma 1. Carte partenariale situant le « référent social » dans son rapport d'offre et de demande vis-à-vis des autres partenaires et de la personne.

Le titulaire du poste de référent social doit disposer d'une connaissance approfondie du secteur médical et social pour convaincre la personne ou sa famille que la solution de prise en charge qu'il propose est la plus compatible avec la situation et les besoins. Il doit faire preuve de psychologie et d'empathie mais aussi de recul. Ce poste qui fait son jeu des situations les plus exacerbées n'est viable qu'adossé à une équipe de professionnels et une commission sociale forte avec une gouvernance engagée.

➤ **Bénéficiaires, protagonistes et partenariats**

Toutes les parties prenantes repérées précédemment.

➤ **Modalités de fonctionnement**

Plusieurs situations sont envisageables :

- La plus « rentable » humainement serait que chaque personne présentant des troubles psychiques sérieux puisse bénéficier de l'aide d'un service d'accompagnement dont le rôle premier est justement d'assurer ce rôle de référent auprès de la personne ;
- Si l'on ne devait se restreindre qu'aux personnes en mesure d'être reconnues « handicapées », cela devrait déjà être systématique (on en est pas encore là !)
- Pour les autres, en cas d'impossibilité d'ouvrir le dispositif SAVS aux personnes non-handicapés, des alternatives devraient être pensées et concrétisées (ainsi le service Mandataires de Justice de l'association GRIM – dont plus de la moitié des personnes protégées ont ou ont eu des troubles psychiques- s'est doté d'un **référent social** qui aide les mandataires judiciaires à trouver les bonnes solutions pour les personnes présentant des troubles psychiques).

➤ **Modalités de financement (investissement et/ou fonctionnement)**

En tant que financeurs des SAVS, les conseils généraux devraient être saisis de cette charge nouvelle.

➤ **Evaluation (critères et indicateurs de réussite)**

A partir de territoires et populations test, on pourrait démontrer que la désignation d'un référent est une action profitable pour :

- les bénéficiaires directs (baisse des rechutes, accroissement des capacités de « rétablissement » ...);
- la qualité des relations entre les partenaires sociaux (y compris les soignants).

Analyse critique (à partir de votre expérience d'implémentation sur votre territoire)

➤ **Analyse "Forces - Faiblesses - Opportunités - Menaces" en termes de déploiement sur votre territoire**

La principale faiblesse de ce projet tient à son financement qui, à l'heure actuelle, n'est pas envisagé.

La principale opportunité serait de faire reconnaître cette idée dans le Plan Psychiatrie et Santé Mentale et d'en obtenir des expérimentations locales.

Modalités de reproduction

➤ **Processus de création de la réponse sur un territoire (dans l'idéal)**

La mise en place effective d'une fonction de référent suppose une pratique préalable du travail de réseau local, permettant aux acteurs professionnels d'agir « en confiance » entre eux et non en concurrence. Ensuite, il est nécessaire soit qu'un collectif se mette en place, soit qu'un « leader » lance le mouvement.

➤ **Personnes ou organismes ressources à contacter**

René BAPTISTE, Président association GRIM : rene.baptiste@numericable.fr

Annexes à demander auprès des personnes ressources de la fiche :

- Annexe 1 : René BAPTISTE et Brigitte SAPALY, « *L'affirmation de la fonction de référent dans le champ du « psychique »* », in Les Cahiers de l'Actif, n° 424-425 dont le dossier central est : « Le référent : *un Objet Professionnel Non Identifié* ».
- Annexe 2 : Le rétablissement est un concept anglo-saxon qui commence à être pris en compte en France.
- Annexe 3 : Accompagnement au retour dans un logement après une hospitalisation

Le partenariat, la coordination dans l'accompagnement



Intitulé de la réponse

Le partenariat, la coordination dans l'accompagnement.

Comment développer une culture interprofessionnelle pour fluidifier les parcours d'accompagnement et faciliter l'accès aux droits pour des personnes souffrant de troubles psychiques ?

Synthèse en quelques lignes

Les personnes en situation de handicap psychique sont souvent pénalisées par le manque de coordination et de concertation entre les acteurs qui les entourent. Pour éviter les risques de ruptures dans le parcours des usagers, le Conseil Général d'Ille-et-Vilaine a eu la volonté de renforcer des passerelles autour de situations individuelles de personnes ou de familles en souffrance psychique. C'est ainsi que la proposition d'élaboration d'une charte de coopération entre le secteur sanitaire, le secteur social et le secteur médico-social a été retenue.

Pour **faire vivre cette charte de coopération**, signée par de nombreux acteurs, le copil a proposé plusieurs actions.

Contexte dans le cadre du projet

Cette charte de coopération est le fruit de la réflexion d'un groupe d'acteurs sanitaires, médico sociaux et sociaux amenés à prendre en compte des personnes en situation de handicap psychique. Il s'agit :

- des représentants des usagers
- des associations représentatives du handicap psychique et du collectif des personnes handicapées
- du pôle action sociale du Conseil général et des centres départementaux d'action sociale
- des services de l'Etat
- des services de l'Agence régionale de Santé
- des fédérations (Uriopss, Fehap, FHF, Una, Unccas, Admr...)
- des organismes de tutelle
- des établissements de santé gérant des services de psychiatrie
- des établissements et services sociaux et médico-sociaux
- des groupes d'entraide mutuelle
- de la maison départementale des personnes handicapées
- des organismes HLM

Cahier des charges de la réponse proposée

- **Contexte local qui a amené la mise en place d'une telle réponse sur le territoire (local, départemental, régional...)**

1) Des demi-journées d'information (réalisé en 2009)

Ces temps d'échange sont organisés par les acteurs de terrain à l'échelle « des pays ». Sont invités en priorité tous les professionnels susceptibles d'intervenir auprès de personnes touchées par des problèmes de santé mentale. L'objectif vise à mieux se connaître et à travailler ensemble dans un second temps. Les thèmes abordés ont été les suivants:

- Phases aiguës, situations d'urgence, gestion de la crise
- La continuité des soins
- L'accès et le maintien dans le logement
- L'accès à la participation sociale
- L'insertion professionnelle
- Le projet de vie et le plan personnalisé de compensation
- Ethique et secret professionnel

2) Un recensement et une analyse qualitative des instances de coordination et de concertation autour des situations individuelles de personnes ou de familles en souffrance psychique a été réalisé et diffusé par le CREAL de Bretagne (réalisé en 2012)

Bien qu'ayant leur fonctionnement propre ces instances de concertation proposent à l'ensemble des professionnels des secteurs sociaux, médico-sociaux et sanitaires un lieu d'échange sur des situations complexes.

- **Missions et objectifs spécifiques de la proposition**

Ces dispositifs de concertation autour de situations individuelles problématiques ont pour buts de :

- Mettre un lieu à disposition pour exposer des difficultés rencontrées dans le cadre de nos missions d'aide à la population
- Ecouter, échanger, élaborer collectivement
- Contribuer, en croisant les regards, à l'ouverture de situations de blocage
- Proposer des pistes de réflexion dans le respect des rôles et places des intervenants
- Rechercher des modalités concrètes d'intervention
- Analyser et travailler le lien entre les professionnels et les usagers

En projet, il est prévu d'inciter les acteurs de terrain à mettre en place ce type d'instance ressources dans chaque pays du département (en Ille-et-Vilaine, il y a 7 pays).

- **Bénéficiaires, protagonistes et partenariats**

Organismes HLM, Bailleurs sociaux, organismes de tutelle, des services d'insertion sociale, professionnelle, professionnels du sanitaire...

➤ **Modalités de fonctionnement**

- Des rencontres territoriales (à échelle des pays) sont programmées pour réfléchir ensemble à des solutions pour des situations complexes. Il est prévu l'organisation d'une rencontre par trimestre, d'une durée de 3 heures pour 3 situations
- Les professionnels souhaitant évoquer une situation au sein de cette instance doivent faire parvenir une fiche de « recueil de demande » au CLIC
- Les rencontres se déroulent au sein des structures siégeant de façon permanente.
- Tout professionnel œuvrant dans le secteur social, médico-social et sanitaire exerçant sur le secteur géographique concerné peut saisir l'instance lorsqu'il est confronté à une situation complexe.

➤ **Modalités de financement (investissement et/ou fonctionnement)**

Dans le cadre d'une procédure de marché public le Conseil Général a retenu le CREAL de Bretagne comme pilote de ces actions.

En ce qui concerne le fonctionnement propre des instances, elles correspondent aux missions professionnelles de chacun et ne font pas l'objet de financement particulier

➤ **Evaluation (critères et indicateurs de réussite)**

Une synthèse quantitative et qualitative a été diffusée aux différents participants de l'étude. Une réunion de présentation des résultats est prévue.

Analyse critique (à partir de votre expérience d'implémentation sur votre territoire)

➤ **Analyse "Forces - Faiblesses - Opportunités - Menaces" en termes de déploiement sur votre territoire**

Forces de ces instances :

- Offrent un meilleur service au public et permettent à certains usagers qui en étaient éloignés un accès aux soins en psychiatrie
- Offrent aux professionnels un lieu de réflexion et d'échanges sur leurs difficultés à travailler avec certaines personnes
- Contribuent au décloisonnement des services et créent les conditions pour d'autres échanges de travail au-delà des situations travaillées collectivement
- Constituent un élément d'un dispositif de prévention et de santé publique qui contribue au bien vivre ensemble, puisque l'on sait que les fragilités psychologiques et les pathologies mentales peuvent être à l'origine de troubles divers (de voisinage, à l'ordre public, et de dysfonctionnements institutionnels...)
- Offrent de la cohérence dans les réponses apportées, le contact ou le recours à une tierce personne de l'entourage familial, du voisinage pour rétablir du lien
- Produisent un effet d'apaisement, de mise à distance et de redéfinition de la posture professionnelle

Il est souligné que ce sont les situations de personnes isolées qui sont le plus souvent présentées dans ces instances

Faiblesses de ces instances :

- Il demeure une méconnaissance de ces instances et le risque est de rester « entre soi »
- Certaines situations viennent perturber le cadre de travail établi, notamment entre prévention et situation d'urgence
- Certains professionnels attendent une expertise et des solutions rapides. Ces instances ne répondent pas forcément à leurs attentes.

Modalités de reproduction

➤ **Processus de création de la réponse sur un territoire (dans l'idéal)**

Certains territoires ne sont pas pourvus en instances de concertation. Le développement de ce type de coopération est souhaitable car la proximité géographique des acteurs en santé mentale est un facteur favorable pour enclencher une dynamique de partenariat

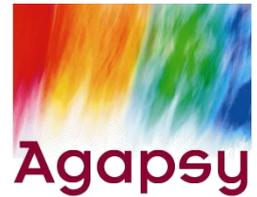
La mise en place de telles instances nécessite de définir des règles et des modalités de travail qui engagent tous les professionnels présents au niveau du champ de la santé mentale.

➤ **Personnes ou organismes ressources à contacter**

Denise David, ddavid.sava@orange.fr

Cédric Lavenu, cedric.lavenu@espoir35.fr

Rôle et fonction du chargé de mission santé mentale



Intitulé de la réponse

Rôle et fonction du chargé de mission santé mentale de la ville de Rennes.

Synthèse en quelques lignes

Il est intéressant que le soutien apporté aux personnes en situation de handicap psychique résidant en logement autonome puisse venir des acteurs de proximité. Ayant conscience de cela, la ville de Rennes a créé un poste de Chargé de mission en « Santé Mentale ».

Le Chargé de mission « Santé Mentale » pour la ville de Rennes, a notamment pour objectif de créer un lien entre la Psychiatrie et les services de la ville, permettant à l'ensemble des professionnels de trouver des solutions adaptées aux situations difficiles. L'intérêt est la mise en place d'outils d'échanges favorisant la concertation entre les acteurs (des secteurs sanitaire, social, médico-social, etc.) afin d'aboutir à une cohérence dans l'accompagnement des personnes en situation de handicap psychique.

Contexte dans le cadre du projet

L'absence de dialogue et de concertation entre les intervenants auprès d'une personne en situation de souffrance psychique peut porter préjudice à l'accompagnement de celle-ci. Face à ce constat, la ville de Rennes a créé le poste de Chargé de mission en « Santé Mentale ».

Le Chargé de mission en « Santé Mentale » anime plusieurs instances de concertation pour favoriser la prise en charge globale des personnes en situation de troubles psychiques :

- Un « Conseil local de Santé Mentale », au sein duquel sont traités des questions d'ordre général.
- Des instances de concertation plus restreintes, au sein des quartiers dans lesquelles les professionnels de terrain peuvent discuter de pratiques professionnelles.

Par ailleurs, le Chargé de mission en « Santé Mentale » peut être amené, si nécessaire, à organiser des prises en charge, à intervenir en tant que médiateur entre les différents intervenants auprès de personnes en situation de troubles psychiques.

Enfin, l'événement « La Semaine d'Information sur la Santé Mentale » permet chaque année de communiquer largement sur les questions de « Santé Mentale » et donc d'améliorer la qualité du regard porté par chacun sur les personnes vulnérables.

Cahier des charges de la réponse proposée

- **Contexte local qui a amené la mise en place d'une telle réponse sur le territoire (local, départemental, régional...)**

L'engagement des professionnels intervenant auprès des personnes en situation de handicap psychique de la ville de Rennes ainsi que l'intérêt porté par la ville sur ces questions permet d'instaurer un réel dialogue entre tous. Ce dialogue est au service de l'amélioration constante de la qualité l'accompagnement des personnes en situation de handicap psychique.

- **Missions et objectifs spécifiques de la proposition**

L'objectif de la création du poste de Chargé de mission en « Santé Mentale » est de créer un référent en matière de « Santé Mentale » au sein de la ville de Rennes.

Il est chargé de favoriser les échanges entre les différents acteurs intervenants auprès des personnes en situation de handicap psychique (Conseils généraux, établissements d'accompagnement, bailleurs sociaux, organismes de protection juridique, etc.) et, par ce dialogue, de développer la mise en œuvre d'accompagnements coordonnés.

Ainsi seront améliorées les réponses apportées aux besoins de chaque personne en situation de handicap psychique.

- **Bénéficiaires, protagonistes et partenariats**

Toute personne en situation de handicap psychique ou plus largement, de souffrance mentale, peut bénéficier du travail réalisé par le Chargé de mission en « Santé Mentale ».

En travaillant en concertation avec les différents intervenants, le Chargé de mission en « Santé Mentale » permet à chaque intervenant de travailler le plus efficacement possible. Il permet aux professionnels de l'accompagnement d'agir en concertation pour aider le mieux possible la personne accompagnée.

Dans ce cadre les partenaires du projet sont : les services de la Préfecture d'Ille-et-Vilaine, les services du Conseil général, le centre hospitalier Guillaume Rénier, les représentants des établissements médico-sociaux, les bailleurs sociaux, les centres de soins, etc.

- **Modalités de fonctionnement**

Le Chargé de mission en « Santé Mentale » travaille au développement de différents niveaux de concertation. L'instance la plus étendue est le **Conseil local de santé mentale** de la ville de Rennes.

Ce Conseil rassemble de nombreux intervenants représentant les services du Conseil général d'Ille-et-Vilaine, les services de la Préfecture, les services de la ville intéressés par les questions de santé mentale, les représentants des établissements accompagnant les personnes, les bailleurs sociaux, les organismes de tutelle, les centres de soins, etc. Organisées par le chargé de mission en santé mentale, les réunions du Conseil permettent de créer une réflexion commune sur l'intégration des personnes souffrant de troubles psychiques. Par ce dialogue, certains projets prennent corps.

Le chargé de mission « Santé Mentale » prend aussi part aux **Instances de concertation** professionnelles. Ces lieux d'échanges sont propices à la rencontre des différents corps de métiers intervenant auprès des personnes en situation de handicap. Y sont discutées, de manière anonyme, des situations qui posent question. Sans objectif d'injonction, les professionnels de la ville font en sorte de créer du lien entre les intervenants, d'éviter les situations d'isolement professionnel pour permettre une profonde réflexion sur les prises en charge, et ainsi, de développer les modes d'accompagnement les plus favorables aux personnes.

Persévérant dans l'idée qu'il faut développer la concertation entre les intervenants auprès des personnes en situation de handicap psychique pour fluidifier les parcours de vie, le chargé de mission en santé mentale favorise au maximum la dynamique de dialogue entre le secteur sanitaire, le secteur médico-social, les bailleurs sociaux et la ville.

Ainsi, quartier après quartier, des espaces de débats seront organisés, favorisant la connaissance des intervenants entre eux. Mieux connu, chaque service sera mieux exploité par les autres professionnels. Dès lors, le travail auprès du public sera plus efficient.

La ville missionne aussi le chargé de mission « Santé Mentale » **pour réguler des situations de prise en charge** urgente concernant des personnes en situation de handicap psychique résidant seul. Dans ce cadre, le chargé de mission peut être amené à coordonner différents intervenants pour organiser la prise en charge du majeur en situation de souffrance psychique la plus adaptée possible. Cela peut se traduire par une proposition de changement de logement, une hospitalisation libre ou sous contrainte, une médiation entre les différents intervenants, etc.

Enfin, le chargé de mission en « Santé Mentale » prend part activement à la préparation des événements ayant cours dans le cadre de la « **Semaine d'Information sur la Santé Mentale** », permettant de diffuser une information claire, sérieuse et positive relative aux questions de santé mentale.

➤ **Modalités de financement (investissement et/ou fonctionnement)**

La Ville de Rennes se charge de financer le poste du Chargé de mission en « Santé Mentale » et met à la disposition de celui-ci les moyens nécessaires à la réalisation de ses missions.

➤ **Evaluation (critères et indicateurs de réussite)**

Les échanges entre les différents acteurs de l'accompagnement des personnes en situation de handicap psychique permettent régulièrement de trouver des solutions pertinentes à des situations complexes.

Par ailleurs, les travaux du « Conseil local de Santé Mentale » aboutissent à la mise en œuvre des partenariats majeurs. Ainsi a été signée la Charte « Logement », engageant la ville de Rennes, le Centre hospitalier Guillaume Régnier et les bailleurs sociaux. Ces acteurs s'engagent à travailler ensemble, à se coordonner et à se rencontrer régulièrement. Cela permet à chacun de considérer les autres comme des partenaires susceptibles de les épauler en cas de difficultés. Par exemple, la ville augmentera progressivement le nombre de logements à disposition du Centre Hospitalier Guillaume Régnier de Rennes notamment pour la mise à disposition d'appartements d'insertion. En ce sens les bailleurs sociaux pourront demander l'aide du Centre hospitalier en cas de difficultés rencontrées par les personnes en situation de handicap psychique résidant au sein de leur parc locatif.

Analyse critique (à partir de votre expérience d'implémentation sur votre territoire)

➤ **Analyse "Forces - Faiblesses - Opportunités - Menaces" en termes de déploiement sur votre territoire**

L'engagement de la ville de Rennes et des professionnels de terrain permettra une action de plus en plus efficace de chacun dans le cadre de l'accompagnement des personnes en situation de handicap psychique.

Les discussions entre les professionnels permettent d'éviter l'isolement de travailleurs sociaux ayant à organiser des accompagnements complexes.

Reste à développer les instances de concertation au sein des différents quartiers de la ville de Rennes. Ainsi, quartier après quartier, des espaces de débats seront organisés, favorisant la connaissance des intervenants entre eux. Mieux connu, chaque service sera mieux exploité par les autres professionnels. Dès lors, le travail auprès du public sera plus efficient.

Modalités de reproduction

➤ **Processus de création de la réponse sur un territoire (dans l'idéal)**

Dans l'idéal, il faudrait que chaque ville puisse ainsi créer un poste de Chargé de mission en « Santé Mentale ». Ce dernier devra ensuite s'adapter au contexte local et aux besoins des professionnels du territoire pour développer son action en faveur de la « Santé Mentale ».

Ainsi, quartier après quartier, des espaces de débats seront organisés, favorisant la connaissance des intervenants entre eux. Mieux connu, chaque service sera mieux exploité par les autres professionnels. Dès lors, le travail auprès du public sera plus efficient.

➤ **Personnes ou organismes ressources à contacter**

Denise David, ddavid.sava@orange.fr

Cédric Lavenu, cedric.lavenu@espoir35.fr

L'accès au logement, les baux glissants



ORLOGES
Office Rhodanien de Logement Social



Agapsy Rhône-Alpes

Intitulé de la réponse

L'accès au logement, les baux glissants.

Synthèse en quelques lignes

Depuis 30 ans, ORLOGES héberge dans des appartements de droit commun puis rend locataires, par le biais d'un bail glissant des personnes ayant eu ou présentant des difficultés psychologiques et relationnelles qui nécessitent une action thérapeutique suivie dans un lieu de soin spécialisé, public ou privé. La maladie doit être stabilisée pour envisager ce projet. La poursuite du soin est obligatoire pendant la prise en charge. En effet, l'accompagnement social proposé à ORLOGES se fait en complémentarité et en articulation avec les équipes soignantes qui interviennent auprès de la personne.

Du fait des caractéristiques de la population accueillie, le projet social est plus complexe que « mettre un toit sur la tête » et nécessite un accompagnement au-delà de la question de se loger. Il s'agit « d'habiter » et de penser les moyens d'accès à une place dans la société.

Si le logement est un lieu où l'on s'enferme avec ses délires et où l'on se coupe de toute relation, il perd tout sens. Notre travail d'accompagnement consiste à créer un espace de familiarité et d'appartenance, à développer une prise en compte de la réalité, à mettre en lien la personne dans un réseau social. Ce travail est réalisé au travers d'une aide individuelle et de temps de groupes (réunions, ateliers, groupes, activités extérieures,...) qui sont une dimension importante à Orloges.

Dans ce cadre et depuis la création de l'association en 1981, ORLOGES bénéficie de deux agréments différents (CHRS et Foyer d'Hébergement). Cette double reconnaissance a ouvert les prises en charge à des publics aux problématiques et trajectoires différentes : handicapés psychiques et personnes en difficultés d'insertion liées aux troubles psychiatriques.

⇒ Un Foyer d'Hébergement de 10 places en appartements individuels, financé par le Conseil Général pour des adultes handicapés psychiques avec orientation MDPH,

⇒ Un C.H.R.S. (Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale) de 12 places en appartements individuels, financé par la DDCS pour des personnes qui, à l'origine, n'étaient pas orientées par la MDPH (ex-Cotorep).

Contexte dans le cadre du projet

Ce projet prend appui sur le constat qu'un certain nombre de patients psychiatriques ont le désir et la capacité de vivre à l'extérieur d'institutions soignantes afin de disposer d'un lieu personnel et intime dès lors qu'un accompagnement est mis en place. La première proposition d'ORLOGES est une offre mono-forme en logements individuels.

Le bail glissant s'est d'emblée posé comme un outil adapté pour permettre à chaque personne un temps de construction d'un espace à soi et un temps suffisamment long aussi pour assurer les bailleurs de la solidité du projet. ORLOGES est donc locataire du logement dans un premier temps et propose un accompagnement (de 18 à 24 mois) à l'issue duquel la personne en devient elle-même locataire.

Depuis sa création, ORLOGES a su faire évoluer ses pratiques en s'inscrivant dans un travail de réflexion continue, dans le respect de ses valeurs en lien avec son travail auprès du public accueilli. Au fil des années, un panel de réponses et d'offres diversifiées a vu le jour. Les projets créés « s'inscrivent dans la lignée de ses valeurs fondamentales et sont régis par des invariants qui sont :

- la prise en charge d'une population handicapée psychique
- l'accès à un logement de droit commun
- un accompagnement spécifique dans la durée, par des professionnels qualifiés
- une structure à taille humaine
- une réflexion constante sur les besoins de la population concernée et les dispositifs nécessaires à mettre en œuvre

Cahier des charges de la réponse proposée

- **Contexte local qui a amené la mise en place d'une telle réponse sur le territoire (local, départemental, régional...)**

Sur la région lyonnaise, il n'existe pas de dispositif proposant l'accès au logement de droit commun pour des personnes en souffrance psychique. S'appuyant sur les constats et convictions énoncés ci-dessus et compte-tenu de ce contexte, ORLOGES crée une institution innovante en France dans un montage spécifique : l'association est locataire des appartements dans lesquels sont hébergés des patients psychiatriques qui en deviendront locataires à leur tour au terme de la prise en charge.

- **Missions et objectifs spécifiques de la proposition**

- Permettre à des adultes en souffrance psychique de devenir locataires par le biais d'un bail glissant après un temps d'accompagnement
- Permettre aux personnes accueillies de construire un projet social visant à la reprise de liens sociaux par le travail et/ou à travers des activités culturelles
- Leur permettre d'évoluer et d'acquérir une autonomie dans la reconnaissance de leurs propres limites et de leur dépendance : être autonome, c'est savoir s'appuyer sur les autres, reconnaître ses manques.

- **Bénéficiaires, protagonistes et partenariats**

ORLOGES accueille des adultes, hommes et femmes de 18 à 60 ans, célibataires ou vivant seuls, ayant eu ou présentant des difficultés d'ordre psychologique et relationnel qui ont rendu nécessaire un suivi en milieu spécialisé (établissements de soins psychiatriques publics ou privés, CMP, praticien privé,...)

Il s'agit de personnes suffisamment stabilisées pour vivre en logement autonome mais dont la fragilité rend nécessaire une phase d'accompagnement social : du fait de leur pathologie, l'une des principales difficultés dont souffrent les personnes est l'isolement.

Pour la plupart, elles parviennent peu à peu à nouer des liens et à s'inscrire dans le tissu social. Elles présentent des difficultés particulières dans l'acte d'habiter. Face à l'accès au logement, elles sont victimes d'une double exclusion, liée à leur pathologie et à leur statut social.

De plus, les manifestations du handicap varient selon les individus et dans le temps. Le caractère intermittent des troubles peut être un facteur fragilisant l'autonomie sociale.

Partenariats :

Ce projet est basé depuis toujours sur des pratiques décloisonnées articulant soin et social. ORLOGES, par une pratique ancienne de transversalité entre le sanitaire et le social fait évoluer ses propositions d'accès au logement dans une logique de parcours de vie de personnes souffrant de troubles psychiques.

⇒ Le travail spécifique avec les bailleurs et autour du logement : ORLOGES a loué depuis 30 ans plus de 500 logements et a donc développé un étroit partenariat et un lien de confiance avec tous les bailleurs sociaux de Lyon et de son agglomération.

⇒ Le travail spécifique avec les équipes de psychiatrie : le travail partenarial d'ORLOGES permet une réelle ouverture sur le public visé et ainsi limite les effets de filières : une pratique déssectorisée a créé un maillage fort et de vraies habitudes de travail avec toutes les équipes de psychiatrie publiques et privées sur tout le territoire du Grand Lyon.

⇒ Le double agrément a ouvert l'institution sur une relative mixité du public avec des parcours d'accès et des trajectoires différentes. Cela a amené une habitude de travail et d'ouverture de l'institution vers des réseaux très variés (SAIO, MDPH,..).

⇒ Son travail autour de la création de lien et de la valorisation à la participation à des ateliers d'expression a aussi ouvert l'institution sur un large partenariat culturel.

➤ **Modalités de fonctionnement**

1- En amont de la signature du contrat d'hébergement

L'admission : une procédure sous forme d'entretiens (deux entretiens, l'un en présence de l'équipe de soins prescriptrice et l'autre avec la personne seule).

Une fois retenue, la personne vient régulièrement à ORLOGES dans l'attente de son entrée effective :

- au cours de cette période, ORLOGES lui présente ses deux référents sociaux qui l'accompagneront pendant toute la durée de la prise en charge. Le règlement de fonctionnement lui est remis et commenté.
- une recherche personnalisée de son futur logement est faite par deux salariés d'ORLOGES
- une synthèse avec l'équipe de soin et, le cas échéant avec le tuteur ou le curateur est organisée pour articuler le parcours.
- la personne se familiarise petit à petit avec l'institution (l'équipe de travailleurs sociaux, les autres bénéficiaires)
- ces rencontres régulières et progressives permettent de construire le projet en douceur

2- La période d'hébergement

- la signature du contrat d'hébergement
- l'accompagnement individuel personnalisé (de 18 à 24 mois) fait :
 - o de visites à domicile et d'entretiens
 - o de bilans intermédiaires pour organiser l'évolution de la prise en charge
- temps collectifs :
 - o une réunion hebdomadaire obligatoire
 - o des ateliers, des sorties, des loisirs proposés à ORLOGES pour créer des liens sociaux

3- La fin de la prise en charge

- la préparation du glissement de bail
- une nouvelle synthèse avec l'équipe de soins
- la mise en place éventuelle d'un service de suite ou d'un SAVS
- une fois, devenue locataire, la personne peut encore participer pendant 3 ans aux activités collectives proposées par ORLOGES

➤ **Modalités de financement (investissement et/ou fonctionnement)**

Comme nous l'avons dit plus haut, ORLOGES a un statut CHRS (financement DDCS) - 12 places - et un statut Foyer d'Hébergement (financement Conseil Général du Rhône) – 10 places.

➤ **Evaluation (critères et indicateurs de réussite)**

Les critères et indicateurs sont :

- Taux d'occupation réalisé à hauteur des objectifs fixés par le financeur
- Taux d'accès à un logement de droit commun
- Nombre de personnes orientées
- Taux de participation à des activités collectives (à ORLOGES et dans d'autres lieux (GEM par exemple)).

Analyse critique (à partir de votre expérience d'implémentation sur votre territoire)

➤ **Analyse "Forces - Faiblesses - Opportunités - Menaces"*** en termes de déploiement sur votre territoire**

Le taux d'accès à un logement de droit commun est de + de 85 %. Il s'agit d'un accès durable au logement individuel puisque dix ans après leur accès au logement de droit commun, + de 85 % des personnes y vivent encore. Ces résultats montrent la pertinence de ce dispositif. Comme nous l'avons souligné plus haut, nous avons une très forte demande et le nombre de places alloué par nos financeurs est insuffisant pour répondre de façon satisfaisante à cette demande. ORLOGES souhaiterait augmenter sa capacité mais les budgets sont aujourd'hui limités.

Nous le regrettons car de ce fait, de nombreuses personnes demeurent dans des dispositifs inadaptés ou hospitalisées au-delà du nécessaire engendrant des coûts financiers et sociaux inacceptables alors même que l'hôpital public souffre d'un manque de places (cf. les nombreuses statistiques portant sur les hospitalisations inadéquates). Notre savoir-faire construit au cours de ces 30 ans a renforcé nos partenariats privilégiés avec la psychiatrie ainsi qu'avec les bailleurs. Cette relation de confiance nous permet de travailler encore facilement ensemble malgré toutes les contraintes et contingences juridico-administratives qui sont apparues dans le paysage au cours de toutes ces années. Le projet d'ORLOGES reste aujourd'hui plus que jamais d'actualité notamment au travers des orientations politiques du « logement d'abord ».

Modalités de reproduction

➤ **Processus de création de la réponse sur un territoire (dans l'idéal)**

Eléments nécessaires :

- un partenariat avec la psychiatrie qui s'engage à la poursuite de l'accompagnement thérapeutique
- un partenariat avec les bailleurs

➤ **Personnes ou organismes ressources à contacter**

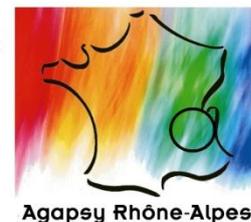
ORLOGES, 19 Rue Auguste Comte, 69002 Lyon

Tél : 04 78 38 06 54

Lucette MOREAU direction.orloges@orange.fr

Parcours d'accompagnement au logement pour les personnes vieillissantes souffrant de troubles psychiques.

GRIM, adhérent Agapsy Rhône-Alpes



Intitulé de la réponse

Conceptualisation et mise en place d'un parcours d'accompagnement, dans le domaine du logement, pour des personnes vieillissantes souffrant de troubles psychiques.

Synthèse en quelques lignes

L'avancée en âge des personnes souffrant de troubles psychiques doit être accompagnée de manière spécifique puisque, à la question des troubles psychiques, se superposent et s'entrecroisent les problèmes liés à la vieillesse. La formation du personnel d'accompagnement, les rythmes de vie et les objectifs doivent être adaptés. Ces changements d'états de vie ne peuvent pas être « brusqués », sous peine de voir se réactiver la maladie (une préparation est nécessaire).

Contexte dans le cadre du projet

Le cumul des pathologies et, parfois, les contraintes réglementaires exigent qu'une réévaluation de la situation des personnes soit effectuée, afin de leur proposer, éventuellement une nouvelle modalité d'accompagnement.

Cahier des charges de la réponse proposée

- **Contexte local qui a amené la mise en place d'une telle réponse sur le territoire (local, départemental, régional...)**

Le cumul des pathologies et, parfois, les contraintes réglementaires exigent qu'une réévaluation de la situation des personnes soit effectuée, afin de leur proposer, éventuellement une nouvelle modalité d'accompagnement.

- **Missions et objectifs spécifiques de la proposition**

L'association GRIM avait inscrit dans ses objectifs à moyen terme la question de l'accueil des personnes handicapées psychiques vieillissantes. La proposition de Conseil Général a hâté la mise en route de cet objectif. Toutefois, consciente de ses lacunes en ce domaine, l'association a mis en place un « comité de développement de l'accompagnement des personnes handicapées psychiques ».

➤ **Bénéficiaires, protagonistes et partenariats**

Les bénéficiaires sont donc, à ce jour, des personnes qui ont souffert de troubles psychiques avant 60 ans et qui, de ce fait, peuvent être reconnues « handicapées » au-delà de cet âge.

Les partenaires sont principalement les secteurs psychiatriques qui sont confrontés à ces situations particulières et le Conseil général qui est bien conscient de l'importance que va prendre la question de l'avancée en âge des personnes handicapées. Les familles, à ce stade, sont plus souvent limitées à la fratrie ou « remplacées » par des mandataires de justice.

➤ **Modalités de fonctionnement**

L'association GRIM met donc en route, à partir du 1^{er} janvier 2012, une unité d'accompagnement (11 personnes suivies) spécialisée dans l'aide à des personnes de plus de 50 ans, souffrant de troubles psychiques, qui sont actuellement, en liste d'attente du foyer de vie ou présentées par un secteur psychiatrique.

Cette aide à domicile permet à ces personnes :

- de réévaluer la situation des personnes,
- bénéficier d'un soutien spécifique,
- de rester le plus longtemps possible en « milieu ordinaire »,
- de se préparer à l'entrée dans le foyer de vie.

Dans un deuxième temps, nous réfléchissons à ouvrir un « appartement collectif », géré par le SAVS, qui pourrait être une étape intermédiaire, pour certaines personnes, entre la vie chez elle (ou en institution de soins) et le foyer de vie.

Analyse critique (à partir de votre expérience d'implémentation sur votre territoire)

➤ **Analyse "Forces - Faiblesses - Opportunités - Menaces" en termes de déploiement sur votre territoire**

L'événement déclencheur a été la volonté du Conseil d'administration du GRIM d'inscrire l'aide aux personnes handicapées psychiques vieillissantes dans son plan de développement stratégique, puis d'accepter la reprise en gestion d'un foyer de vie pour vieillissants et, enfin, d'y apporter tout de suite une analyse critique de la l'accompagnement proposé (et de ses manques).

L'élément décisif pour la mise en place de cette action a été la volonté du Conseil Général de s'intéresser à la question des personnes handicapées psychiques vieillissantes.

Modalités de reproduction

➤ **Processus de création de la réponse sur un territoire (dans l'idéal)**

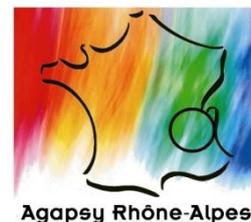
La première étape consiste à inciter les Conseils Généraux à proposer des appels à projets pour l'accompagnement et l'hébergement des personnes handicapées psychiques vieillissantes.

➤ **Personnes ou organismes ressources à contacter**

Association GRIM : www.GRIM69.org

Conseil Local de Santé Mentale

« un cadre pour permettre la création »



Intitulé de la réponse

Conseil Local de Santé Mentale (CLSM) « un cadre pour permettre la création ».

Synthèse en quelques lignes

En juin 2010, le bureau communautaire d'Annemasse-les-Voirons aggro valide la création du CLSM et son plan d'action.

Cette instance propose une approche transversale de la Santé Mentale en impliquant à la fois le politique, le champ social et le champ sanitaire.

Au départ d'une définition commune des problématiques de santé mentale au sens large : (continuum allant de la souffrance psychosociale à la pathologie psychiatrique), le CLSM a pour objectif d'élaborer et de concrétiser des projets contribuant à une meilleure prise en compte et un meilleur accompagnement des personnes et de leurs situations à l'échelle d'un territoire.

Coprésidence : Annemasse Aggro et Etablissement Public de Santé Mentale de la Vallée de l'Arve.

Partenaires : Bailleurs sociaux, Conseil Général, services logements, services « politique de la ville » des communes, élus, structures d'accueil et d'hébergement, UNAFAM, Messidor, Apréto, Espoir 74, Cognac-Jay (FAM), Regar, Anpaa, Clinique des Vallées, Ordre des médecins....

Contexte dans le cadre du projet

Annemasse-les-Voirons aggro est une agglomération de 12 communes et de 80 000 habitants. Située aux portes de Genève, elle est d'emblée perçue comme un territoire riche en pleine essor économique. Cette image d'Epinal cache des disparités sociales importantes. Preuve en est :

- Une Zone Urbaine Sensible avec un projet ANRU (agence nationale de rénovation urbaine) de grande ampleur.
- 4 communes ayant des quartiers CUCS (contrat urbain de cohésion sociale)
- Des actions Politiques de la Ville se déclinant sur l'ensemble de l'agglomération...

Dans le cadre de la Politique de la Ville, les élus peuvent faire le choix de se saisir des questions de santé. C'est celui qui a été fait en mars 2009 par la mise en place des Ateliers Santé Ville.

Les fortes prémices de cette volonté se retrouvent dans la création d'une Equipe Mobile Psychosociale en 2004 avec un financement tripartite et un comité de pilotage géré collégialement (ARS, Conseil Général, Annemasse-les Voirons Aggro, Etablissement Public de Santé Mentale, Sous-Préfecture)

Les Ateliers Santé Ville ont dans un premier temps mis en place deux axes de travail :

- Santé mentale :
 - o faciliter l'accès et maintenir dans le logement des personnes présentant un trouble psychique.
 - o Améliorer l'accès au soin des personnes en souffrance psychique.

- Alimentation en lien avec la précarité : sensibilisation des habitants et des professionnels aux incidences de l'alimentation sur la santé.
- Faciliter l'accès aux soins de médecine générale des personnes en situation de précarité.

Particularité : ces groupes déploient leur travail sur l'ensemble du bassin de vie de l'agglomération donc au-delà des secteurs liés aux quartiers CUCS.

Cahier des charges de la réponse proposée

- **Contexte local qui a amené la mise en place d'une telle réponse sur le territoire (local, départemental, régional...)**

Il nous semblait pertinent de pouvoir mettre en place des ateliers « pratiques » montrant la réelle volonté et synergie des acteurs avant de **créer un Conseil Local de Santé Mentale**, afin que cette création soit la concrétisation et l'officialisation d'une véritable dynamique de réseau sur le terrain.

- **Missions et objectifs spécifiques de la proposition**

Le CLSM travaille sur :

1- Un groupe ressource pluridisciplinaire :

Objectif : construire, à travers les séances de travail collectif, une culture commune entre différents acteurs impliqués dans l'accompagnement des personnes en difficulté et des méthodes de travail partagées.

2- Un projet de **protocole partenarial entre les structures sociales, de santé et les bailleurs sociaux**.

Objectif : créer un outil qui permette de développer le partenariat afin de réunir les conditions pour favoriser l'insertion des personnes en milieu ordinaire, **tisser un réseau autour de la personne pour faciliter son maintien dans le logement**. Ce projet comportera :

- Une partie éthique et déontologie partagée,
- La description des missions de chaque acteur et de leurs engagements
- Des actions de sensibilisation des acteurs de proximité afin de faciliter leur compréhension du trouble psychique
- La liste des structures partenaires et désignation d'une personne référente par structure.

Des modalités de suivi et évaluation de la mise en œuvre seront mises en place. Elles permettront de faire remonter les situations de blocage et d'étudier de façon générale les leviers pour améliorer les réponses.

3- Poursuivre la sensibilisation et la formation des acteurs :

- Session 2010 à destination des bailleurs,
- Session 2011 à destination des travailleurs sociaux
- Prévision en 2012 : session en direction des élus à laquelle s'ajoutera une information sur la nouvelle loi HPST et impact sur l'hospitalisation sans consentement.

4- Sollicitation auprès de L'Observatoire Régional sur la Souffrance Psychique En Rapport avec L'Exclusion (ORSPERE)

Pour participer à une enquête action sur l'incurie dans le logement :

Description de l'étude : Première phase de mise en relation des partenaires et d'étude de faisabilité (6 mois) : recensement des potentialités de situations à partir des situations rencontrées par les professionnels regroupés dans le Conseil Local de Santé mentale d'Annemasse Agglo, ainsi que d'autres territoires de la région Rhône-Alpes.

Deuxième phase de recueil rétrospectif des situations d'incurie (6 mois) : rencontres collectives avec les professionnels impliqués dans les situations d'incurie, selon la grille élaborée au cours de la première phase. 30 situations explorées dans toute la région Rhône-Alpes de manière rétrospective à partir du recueil du processus évolutif de la situation, des premiers indices cliniques et des modes de résolution. Les données sociodémographiques des personnes situent l'échantillon par rapport aux données nationales et internationales sur le syndrome de Diogène.

Troisième phase d'analyse des situations et des enjeux partenariaux (6 mois) : à partir des 30 situations deux orientations : construire une « clinique de l'habiter » et des pratiques partenariales pour les cas d'incurie déclarée.

Quatrième phase de modélisation et de propositions dans un rapport final (3 mois) : partie clinique sur les modalités d'habiter et des repères diagnostiques, et partie pragmatique et opérationnelle sur les modes d'intervention et sur les dispositifs partenariaux en particulier l'accès au soin avec ou sans consentement.

➤ **Bénéficiaires, protagonistes et partenariats**

Ces actions sont mises en place dans le but d'améliorer la qualité de vie des habitants grâce à un travail de maillage et de sensibilisation des différents acteurs du territoire.

➤ **Modalités de fonctionnement**

Le CLSM fonctionne avec :

- un comité de pilotage annuel, co-présidé par Annemasse Agglo et l'Etablissement Public de Santé Mentale
- et des groupes de travail thématiques qui se réunissent plusieurs fois par un an (en fonction des projets).

Le projet de protocole pourrait devenir à terme le texte fondateur du CLSM. A ce jour, le CLSM est formalisé dans le cadre d'une convention pluriannuelle entre Annemasse Agglo et l'Etablissement Public de Santé Mentale.

➤ **Modalités de financement (investissement et/ou fonctionnement)**

Les ateliers Santé ville représente 4 % du budget accordé à la Politique de la Ville. C'est infime mais suffisant puisque nous travaillons globalement sur des tissages de réseau en s'appuyant sur les ressources de chacun. La principale dépense correspond au temps de coordination qui est assumée par Annemasse Agglo.

Lorsqu'un projet nécessite un budget spécifique nous recherchons alors les meilleures pistes de subvention possible.

➤ **Evaluation (critères et indicateurs de réussite)**

Bilan des actions, nombre de partenaires mobilisées, nombre d'actions de sensibilisation...

Analyse critique (à partir de votre expérience d'implémentation sur votre territoire)

➤ Analyse "Forces - Faiblesses - Opportunités - Menaces" en termes de déploiement sur votre territoire

Forces :

Le CLSM est **reconnu par l'ensemble des acteurs** (des champs politique, sanitaire et social) du territoire. La diversité de ses membres (associatif, institutionnel, représentant des familles...) mais aussi la présence de structures « non psychiatriques ou sanitaires » offrent la possibilité de ponts et de maillages riches, chacun apportant son regard spécifique et des « bouts de solution » qui se tissent au-delà d'une réponse stricto sensu psy.

C'est ainsi que **des actions « politique de la ville » peuvent être pensées et sous-tendues par l'attention que nous portons aux problématiques de souffrance psychique**. En effet, la souffrance psychique est souvent renforcée par l'isolement, la pauvreté, le sentiment de mépris, la réputation du quartier...

Améliorer globalement la qualité de vie sur un territoire (que ce soit un quartier CUCS ou non) embellir les espaces publics les rendant agréables et lisibles, offrir des permanences sociales avec une réelle et constante présence **humaine**, créer en partenariat avec les habitants des lieux de convivialité, des manifestations festives entraînent des effets positifs pour l'ensemble des habitants :

- en élevant le sentiment de bien-être, en reconnaissant les compétences de chacun,
- en créant des liens dans le voisinage,
- en réactivant des solidarités,

Ce qui amène un changement dans le regard porté sur les différences (qu'elles soient psychiques, culturelles...), un intérêt pour l'autre, un niveau de compréhension ou de tolérance plus élevé ou non...

C'est aussi ainsi qu'une réflexion est menée et que **des réponses concrètes sont proposées par les bailleurs sociaux (baux glissants)**. Le partenariat permet d'être plus serein sur ce type de proposition, d'avoir un regard éclairé et bienveillant pour permettre l'entrée et le maintien dans le logement de personnes en souffrance (non diagnostiquées, non suivies) ou ayant des pathologies mentales avérées.

Globalement **Le fonctionnement sous forme de laboratoire d'idées et d'expérimentations** dont les propositions partent du questionnement et l'analyse des acteurs de terrain (quelque soit l'acteur) apporte une responsabilisation de chacun. Le CLSM n'a pas de positionnement hiérarchique et n'impose pas les thèmes traités. Toute idée est proposable si elle est retenue par le CSLM, et elle entraîne dès lors la formation d'un groupe de travail. Il fait retour de l'avancée de ces travaux au CLSM qui valide collégialement et trouve les moyens de la réalisation (recherche de personnes ressources, de financement, lien avec les instances ARS...)

Même si ces réflexions et ces réponses ciblent plus particulièrement une partie de la population, elles élèvent globalement le niveau d'accueil, d'accessibilité aux services, pour l'ensemble de la population et conduisent finalement, à une dynamique de cohésion sociale.

Faiblesses :

Cette synergie ne peut avoir lieu que si les différents acteurs s'impliquent réellement et dégagent du temps pour la faire vivre. Les réductions de personnel, de budget (subvention...), la course à la rentabilité et aux rendements à court terme peuvent fragiliser l'engagement de certaines associations voire institutions.

La souffrance psychique et psychiatrique reste un « terrain vague et hostile » dans l'esprit de beaucoup d'élus qui sont parfois peu enclin à la considérer comme un axe de travail fort ou une priorité. Le dynamisme d'un CLSM est donc soumis à l'intérêt des élus qui pourraient parfois se contenter d'un portage institutionnel sans impulser une volonté.

Modalités de reproduction

➤ **Processus de création de la réponse sur un territoire (dans l'idéal)**

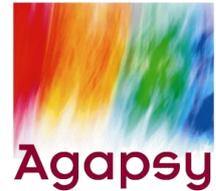
Le CLSM est un outil à géométrie variable. Il doit s'appuyer sur la réalité et les besoins identifiés sur le territoire pour être viable.

Il est nécessaire, dès le démarrage, de réunir une forte volonté des acteurs politiques et de la psychiatrie publique du territoire.

➤ **Personnes ou organismes ressources à contacter**

AGAPSY Rhône-Alpes rene.baptiste@numericable.fr

Projet d'extension SAMSAH « Logement »



Intitulé de la réponse

Projet d'extension, SAMSAH « Logement ».

Synthèse en quelques lignes

ISATIS a pour mission d'accueillir des adultes souffrant de troubles psychiques afin de leur permettre un accès à une meilleure qualité de vie en leur donnant la possibilité d'une vie sociale et/ou professionnelle.

Depuis 1995, les personnes accompagnées au sein de l'association nous ont montré à travers leur parcours de vie, qu'être citoyen peut être une réelle difficulté, tant du point de vue du regard stigmatisant porté sur elles, qu'en raison des limitations dans l'autonomie nécessaire à la gestion de leur quotidien.

La question du logement autonome de droit commun est essentielle dans cette approche de la citoyenneté. Nombre de nos bénéficiaires ont exprimé leur souhait d'habiter leur « chez soi », d'avoir un espace, une place physiquement définie dans la cité. Cette demande légitime naît d'une part, du besoin de sortir d'hébergements temporaires, précaires, familiaux ou sanitaires, devenus inadaptés à leur situation et d'autre part du besoin de se construire socialement à travers un lieu de vie au sein duquel il sera possible de se projeter et de se construire une identité personnelle et sociale.

Pourtant, se loger reste une démarche complexe au vu des conditions financières, administratives et sociales nécessaires pour satisfaire un bailleur, quand par ailleurs les marchés sont saturés et les logements sociaux et adaptés encore trop peu nombreux.

Cahier des charges de la réponse proposée

- **Contexte local qui a amené la mise en place d'une telle réponse sur le territoire (local, départemental, régional...)**

Le Plan départemental d'accompagnement en santé mentale, porté et présenté en mars 2012 par le Conseil Général des Alpes-Maritimes, propose 4 mesures phares dont deux spécialement dédiées à l'accompagnement et au logement des personnes souffrant de troubles psychiques. Il s'agit pour le Conseil Général de permettre de nouvelles formes de logements adaptés et d'augmenter les places dans les services d'accompagnement tels que les SAVS et SAMSAH.

En 2001, ISATIS s'est mobilisé pour apporter une réponse à cette demande d'accès et de maintien dans un logement autonome de droit commun. La création d'un Service expérimental d'Accompagnement à Domicile (SAD), devenu SAMSAH en 2008, avait permis d'anticiper sur ces besoins à Nice et à Cannes.

Une équipe médico-sociale y accompagne aujourd'hui 120 personnes (pour 40 places) sur le département des Alpes-Maritimes. Les orientations vers ce service par la MDPH sont telles que l'on observe une liste d'attente de 90 personnes au 31/12/2011.

En réponse au projet de Plan départemental d'accompagnement pour la santé mentale, ISATIS souhaite saisir l'opportunité des constats partagés et des mesures phares proposées pour étendre son action au sein de son SAMSAH des Alpes-Maritimes.

Il s'agit à la fois d'initier au sein du SAMSAH une démarche innovante intégrant plus particulièrement la dimension de l'accès et du maintien dans un logement de droit commun, d'où l'appellation de SAMSAH « logement » et de venir compléter des besoins au regard du nombre de personnes orientées dans ces services médicosociaux.

Cette fiche présente les leviers choisis pour faire du SAMSAH « logement » une réponse appropriée aux personnes souffrant de troubles psychiques.

➤ Missions et objectifs spécifiques de la proposition

Les objectifs du projet d'extension :

- Enrichir l'offre de service du SAMSAH en apportant de nouveaux moyens complémentaires répondant spécifiquement à la problématique du logement. Créer une plateforme mutualisée « logement » au sein du SAMSAH.
- Étendre la capacité d'accompagnement pour répondre aux besoins recensés sur le département. L'extension du SAMSAH concerne 25 places. Nous proposons de considérer le ratio d'une place pour deux personnes accompagnées, entraînant une file active de 50 personnes supplémentaires accueillies dans le service.
- Intervenir sur des territoires peu pourvus en actions médico-sociales (Menton/ Antibes /Grasse) en y implantant des équipes de façon permanente et complémentaire à celles de Nice et Cannes.

Un projet de service SAMSAH à actualiser :

La mission générale du SAMSAH s'organise autour d'une équipe médico-sociale pour répondre à l'ensemble des besoins évalués et exprimés par la personne. L'accueil se réalise dans le service et au domicile de celle-ci. La pratique actuelle du SAMSAH et sa configuration nous amènent à constater plusieurs états de fait limitant les missions d'accès et de maintien dans le logement sur lesquelles nous proposons d'intervenir.

① En effet, le passage du SAD au SAMSAH a entraîné une dilution du sens du projet « logement » pour un accompagnement plus « généraliste » sur l'ensemble des besoins des personnes. Ceci n'enlève en rien les démarches à accomplir lorsqu'elle concerne cette problématique. En revanche c'est toute une dynamique de projet d'équipe vers et pour les bénéficiaires autour de l'accès et du maintien dans le logement qui perd de sa force.

➔ *Présenter, communiquer sur le projet SAMSAH en ce sens, conditionne en interne et en externe les choix d'orientation, de partenariat et d'actions.*

② Le ratio place/nombre de suivi est actuellement de 1 pour 3 ce qui contraint à réguler les rencontres au regard des besoins. Le taux d'encadrement des professionnels est de 0,12 ETP (13,9 ETP pour 120 suivis) ce qui est peu lorsque des personnes demandent à être soutenues à une fréquence régulière. Le passage en Visite À Domicile (VAD) doit pouvoir se réaliser autant que de besoin.

➔ *Dans le cadre de l'extension nous proposons d'appliquer un ratio place/suivi de 1 pour 2. Ainsi, nous centrons une équipe particulièrement sur les personnes dont les besoins sont identifiés comme indispensables au domicile et nous donnons les moyens d'une fréquence de passage régulière (pluri hebdomadaire).*

③ Nous constatons dans nos missions d'accès et de maintien dans le logement de droit commun :

- Le besoin de temps dans la recherche ou « captation de logement » dans le parc privé pour trouver un lieu de vie adapté à la personne et à ses revenus. Les visites d'appartement sont proposées parfois les samedis or, le service dans son organisation actuelle est fermé.

➔ *Le service sera ouvert du lundi au samedi. Quelques professionnels (CESF et AMP) interviendront le samedi au domicile ou dans le cadre de démarches extérieures.*

- La nécessité d'être totalement partie prenante du réseau s'organisant autour des bailleurs privés et publics (diverses commissions d'attribution de logement par exemple) pour soutenir les dossiers des personnes et médiatiser autour de la possibilité des personnes à vivre seules lorsqu'elles sont soutenues par un service social et/ou médico-social.
- L'accès au logement est dans 90% des cas soumis à la demande de FSL pour bénéficier d'un cautionnaire et d'une avance de frais de premier loyer (la CAF compensant par des allocations en fin de premier mois) ; le délai de réponse d'un mois de ce dossier FSL bloque la validation d'attribution de logement par les agences immobilières.
- La médiation avec le bailleur ou le voisinage peut être utile pour rassurer, expliquer certaines situations ou attitudes particulières et singulières.

→ *Le projet mobilisera un professionnel sur ces missions de prospection de logement et de partenariat à initier et soutenir en permanence. Il s'agira d'un **Référent « logement »** qui, dans le cadre de sa fonction, apportera également une aide éducative auprès des bénéficiaires inscrits dans cette démarche d'accès. Il présentera les dossiers à toutes les commissions d'attribution de logement et sur les dispositifs tels que le FSL.*

- La stimulation au domicile et le soutien régulier dans les tâches quotidiennes pour les personnes les plus en difficulté. Ces personnes ont besoin d'être stimulées pour sortir de chez elle, aller à leurs activités à l'hôpital de jour par exemple, voire dans l'accomplissement des tâches essentielles de la vie (s'alimenter, se laver, laver le linge ...). Actuellement les CESF et les infirmières réalisent des VAD dont le but est la veille sociale, médicale et l'apprentissage dans certaines tâches du quotidien.

→ *L'intégration d'un professionnel de formation d'Aide-Médico-Psychologique, dont les missions sont totalement centrées sur la dynamisation et l'aide dans la réalisation des tâches quotidiennes renforcera les actions pour le maintien des personnes dans leur logement. Les AMP seront sollicitées auprès des personnes les plus en difficulté dans leur quotidien.*

- Les agences immobilières demandent des chèques de réservation pour constituer un dossier ; or, la majorité des bénéficiaires n'en ont pas.
- Leur revenu faible (minima sociaux tels que l'AAH ou le RSA) ne leur permettent pas d'investir dans du mobilier ou de l'électroménager ; ils sont très souvent contraints de s'équiper dans des braderies sociales.

→ *Un partenariat avec l'association UDAF des Alpes-Maritimes doit permettre de faciliter l'accès au dossier de microcrédit dont l'association a la gestion. Ce dispositif intègre dans ses objectifs les besoins des personnes dans l'incapacité de financer l'ensemble des démarches d'accès au logement. Ce partenariat facilitera les liens et la rapidité de traitement des dossiers.*

- Le déménagement est coûteux lorsqu'il est fait par une entreprise extérieure. De plus, les personnes sont souvent isolées et diminuées physiquement ; elles ne peuvent réaliser seules ces démarches.
- L'emménagement dans le logement demande des travaux d'installation (rideaux, tableaux au mur, montage de meuble, petites réfections ...) ; or, les personnes ont rarement ce savoir faire et ne peuvent pas engager un coût en faisant appel à un artisan.
- L'entretien du logement, notamment dans la réalisation de petite maintenance à la charge du locataire (plomberie, entretien divers...) est souvent nécessaire pour maintenir un cadre de vie satisfaisant; les propriétaires sont souvent inquiets sur le devenir de leur logement tandis que le voisinage peut vite s'alarmer par crainte d'insalubrité.

→ *Le SAMSAH fera appel à des prestataires extérieurs pour la réalisation de petits travaux d'entretien et de déménagements (Chantier d'insertion d'ISATIS). Ces actions au domicile apporteront une plus-value pour une meilleure qualité de vie des personnes accueillies.*

➤ **Bénéficiaires, protagonistes et partenariats**

Bénéficiaires : les personnes en situation de handicap psychique ayant une notification d'orientation MDPH vers un SAMSAH.

Partenariats : cf. ci-dessus.

➤ **Modalités de fonctionnement**

La prise en charge des personnes est centrée sur une approche globale des besoins (social, sanitaire, professionnel) et une relation de proximité où les professionnels se déplacent dans l'environnement direct de la personne. Le domicile a donc une place importante mais aussi l'ensemble des lieux et des personnes en lien avec le bénéficiaire (la famille, les amis, les professionnels des différents secteurs d'intervention...).

Moyens humains :

Construit sur la base de fonctionnement du SAMSAH existant, les nouvelles équipes implantées à Antibes et Menton seront constituées chacune **du trio professionnel** suivant : CESF, infirmière, psychologue.

Certaines **ressources des équipes de Nice et Cannes seront mutualisées** notamment avec les postes de médecin psychiatre et de Conseiller en Insertion Socio-Professionnel (CISP) sur chacun des secteurs Est et Ouest du département. Les professionnels se déplaceront sur les lieux d'accueil de Menton et d'Antibes ou Grasse, voire au domicile, si nécessaire, pour le médecin afin d'évaluer une situation complexe.

À ce trio, viendra s'ajouter **une « plateforme logement »** dont les ressources professionnelles traiteront de la question du projet logement, selon l'axe de l'accès ou selon celui du maintien. Trois types de professionnels constituent ces ressources :

- **L'Aide-Médico-Psychologique**, pour son rôle d'éducation et de soutien dans la réalisation des tâches de la vie courante. Son terrain d'intervention sera donc au sein du logement et dans l'environnement direct de la personne. Les visites à domicile et la dynamisation pour faciliter les sorties du domicile dans le quartier seront soutenues.

- **Le référent logement**, dont le profil sera une CESF, avec un rôle centré en amont du projet logement sur : la recherche d'un lieu de vie adapté, l'accompagnement (individuel et collectif) des personnes dans cette démarche, la recherche de nouveaux partenariats, la régulation et la médiatisation entre les personnes logées et leur environnement, le suivi des dossiers présentés en commission d'attribution.

- **Enfin, un ouvrier/agent de maintenance des bâtiments**

du chantier d'insertion de l'association interviendra, à la demande, dans le cadre de prestations extérieures pour tous les petits travaux d'emménagement, de déménagement, et d'entretien des logements.

SAMSAH LOGEMENT			
Plateforme mutualisée Logement <i>Accès et maintien dans le logement</i>			
1 Référent Logement sur le département en soutien des CESF dans les équipes 4 Aides Médico-Psychologiques, intervenant chez les bénéficiaires les moins autonomes 1 Ouvrier d'entretien des locaux sollicité à la demande (prestation extérieure)			
Ressources SAMSAH antérieures mutualisées sur les deux secteurs			
* Direction / Administration - Gestion * Secrétariat		* Médecin * CISP	
SECTEUR EST		SECTEUR OUEST	
Nice (24 places = 72 suivis)	Menton (12 places = 24 suivis)	Cannes (16 places = 48 suivis)	Antibes ou Grasse (13 places = 26 suivis)
CESF INFIRMIÈRE PSYCHOLOGUE	CESF INFIRMIÈRE PSYCHOLOGUE	CESF INFIRMIÈRE PSYCHOLOGUE	CESF INFIRMIÈRE PSYCHOLOGUE
TOTAL RESSOURCES		23,9 ETP	
Dont à recruter		10 ETP (5 dans le SOIN et 5 dans le SOCIAL)	
ESTIMATION DU COUT DE L'EXTENSION			
SOCIAL		250 675 €	
		SOIN 325 000 €	

Ces professionnels seront sous la responsabilité de la directrice et par délégation du chef de service. L'organisation des temps de coordination professionnelle sera identique au fonctionnement actuel, à savoir,

- Une réunion d'équipe hebdomadaire,
- Une supervision mutualisée avec les équipes des secteurs Est et Ouest existantes,
- Une réunion institutionnelle bimestrielle.

➤ **Modalités de financement (investissement et/ou fonctionnement)**

Le financement en dotation globale concernera en grande partie le fonctionnement.

Nous proposons l'extension de places du SAMSAH sur l'agrément initialement autorisé en 2008 pour les actions menées sur le territoire des Alpes-Maritimes.

➤ **Evaluation (critères et indicateurs de réussite)**

Nombre d'accès au logement, nombre de maintien dans le logement, critères de qualité de vie / satisfaction des personnes, développement du partenariat dans le secteur du logement, nombre d'hospitalisation, nombre d'accès à des activités socioprofessionnelles.

Analyse critique (à partir de votre expérience d'implémentation sur votre territoire)

➤ **Analyse "Forces - Faiblesses - Opportunités - Menaces" en termes de déploiement sur votre territoire**

Opportunité : répondre aux besoins recensés dans le « Plan Départemental en Santé Mental » porté par le Conseil Général des AM en 2012.

Menaces : Ouverture à la concurrence sur les appels à projet.

Forces :

- ISATIS est identifié sur le territoire comme l'institution œuvrant dans le champ social et médico-social auprès des adultes souffrant de troubles psychiques.
- Absence de dispositifs de ce type et pour ce public sur certaines zones géographiques du département (Menton, Grasse, Antibes).
-

Modalités de reproduction

➤ **Personnes ou organismes ressources à contacter**

Association ISATIS.

Delphine CREPIN, Directrice territoriale Alpes-Maritimes Littoral - delphine.crepin@isatis.org

Intitulé de la réponse

Le SAMSAH Handicap Psychique de l'Association Recherche Handicap et santé Mentale (ARHM).

Synthèse en quelques lignes

Le SAMSAH de l'ARHM accompagne la personne dans la réalisation de son projet de vie à domicile. C'est ainsi que le SAMSAH permet l'accès à un logement individuel dans le parc locatif en lien avec l'accompagnement proposé.

Pour faciliter son fonctionnement et garantir la partie financière et technique, une convention cadre est signée entre le bailleur Alliade Habitat et l'ARHM. L'ARHM est locataire des appartements dits "protégés" et sous loue ces derniers aux usagers pressentis.

Actuellement, le parc locatif se compose de 17 appartements de type T1, T1 bis, et T2, situés sur la commune de Saint Fons, à proximité du lieu-ressource SAMSAH. Cette configuration permet une accessibilité facilitée pour l'utilisateur vers le lieu ressource et pour les personnels intervenant au domicile. Cela représente 1/3 des usagers accompagnés par le SAMSAH.

La gestion de ce parc locatif est attribuée à une personne référente de l'équipe. Cette personne est en lien avec les usagers, les organismes divers, les tuteurs/curateurs et du coup fait tiers entre ces différents protagonistes.

Pour prétendre à un logement, l'utilisateur doit bénéficier d'un accompagnement par le SAMSAH, disposer d'une mesure de protection des biens, avoir un suivi psychiatrique par le CH Saint Jean de Dieu.

La mise à disposition d'un appartement se concrétise par la signature d'un contrat de résidence et du règlement intérieur. Tout manquement à ce dernier entraîne la rupture du contrat. Sa durée correspond à celle de l'accompagnement par le SAMSAH.

Est à l'étude actuellement la possibilité de bail glissant vers un appartement dit de droit commun.

Contexte dans le cadre du projet

C'est à partir du constat de besoins non satisfaits en structures médico-sociales adaptées pour des personnes handicapées psychiques dans le département du Rhône, que l'ARHM a proposé la création d'un Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés Psychiques, (S.A.M.S.A.H.). L'avant-projet du service pointait la difficulté d'accès au logement pour la population accueillie. En effet, beaucoup présentent un lourd passé hospitalier en psychiatrie. Ils sont alors sans logement individuel.

Des locaux, implantés au cœur du dispositif, servent d'une part de « lieu ressources » aux professionnels, et d'autre part, à l'accueil des publics et à l'organisation des activités médiatisées (repas éducatif, entraînements aux habilités sociales ...) des entretiens (admissions, synthèses, ...).

Cahier des charges de la réponse proposée

➤ Missions et objectifs spécifiques de la proposition

Le SAMSAH a pour objet de contribuer à la réalisation du projet de vie de la personne adulte handicapée psychique, dans le cadre d'un accompagnement médico-social adapté. Il comporte des prestations de soins, favorise le maintien ou la restauration des liens familiaux, sociaux, scolaires, ou professionnels et facilite l'accès à l'ensemble des services offerts par la collectivité.

Les professionnels interviennent au domicile des usagers, sur le lieu ressource du service ainsi que tous les lieux convenus et appropriés où s'exercent leurs activités sociales, éducatives et médicales.

Selon les objectifs du projet individualisé d'accompagnement, différentes actions seront proposées :

Des temps d'accompagnement individuel à travers des visites à domicile, pour une aide dans les gestes de la vie quotidienne, des démarches administratives, des entretiens sur le lieu ressource, afin d'échanger autour des projets, des difficultés...

Les visites à domicile permettent de sonder, d'évaluer et de considérer l'état de santé de la personne. La difficulté est toujours d'instaurer un climat suffisamment confiant pour pouvoir accompagner la personne dans les gestes de la vie quotidienne. Les VAD sont un champ d'intervention vaste. En effet, il s'agit de faire en sorte que la personne puisse habiter son logement, habiter un logement c'est pouvoir l'investir se l'approprier. Cela demande du temps pour trouver de nouveaux repères, parfois même, de ritualiser son quotidien de procéder par étape, de trouver un rythme. S'approprier la cité, trouver de nouvelles habitudes fait partie de cette appropriation.

L'accompagnement aux courses permet aux personnes en difficulté d'être en contact avec d'autres personnes. Le contact de l'autre en règle générale peut être vécu de manière persécutante et provoquer un collage physique lors du passage en caisse. Cet accompagnement a bien comme objectif la resocialisation et la ré adaptation de la personne dans la cité.

Le travail peut aussi porter sur la notion du choix et du renoncement et notre travail doit prendre ses sources dans la confiance afin que notre intervention ne soit ni intrusive ni menaçante...

Des temps d'accompagnement collectif, à travers des activités portant sur l'appropriation ou ré-appropriation des habilités sociales, la mise en place d'actions culturelles, sportives. Actuellement, le SAMSAH propose des groupes répartis sur différents jours de la semaine :

- Le groupe cuisine
- Le groupe expression
- Le groupe accueil
- Le groupe jardin
- Le temps collectif du samedi matin – accompagnement au marché

La participation des usagers aux différents groupes restent une démarche volontaire. Seul les groupes jardin et cuisine impliquent un engagement de l'utilisateur sur le temps défini. Le groupe cuisine fonctionne par cessions. Chaque cession dure un trimestre chacune et l'utilisateur s'engage à être présent sur la cession complète.

Deux possibilités par rapport à l'inscription sur le groupe. Soit l'utilisateur souhaite s'inscrire sur le groupe de lui-même (cette démarche se rencontre peu car cela reste compliqué pour l'utilisateur d'être dans une démarche de s'inscrire spontanément) c'est donc dans la grande majorité l'équipe qui soumet en réunion les personnes en fonction des besoins repérés. L'équilibre du groupe est également pris en compte.

En ce qui concerne les autres groupes (expression, accueil, marché) les usagers peuvent être présents de manière très libre. Ils peuvent rester le temps qu'ils souhaitent sur le

Il reste toute fois nécessaire dans certaines prises en charge d'impulser et de stimuler cette participation.

➤ **Bénéficiaires, protagonistes et partenariats**

Le SAMSAH a un agrément pour le suivi de 50 personnes.

17 personnes bénéficient d'un logement loué par l'ARHM. Une convention cadre entre l'ARHM (association gestionnaire), Alliade (bailleur) définit la mise à disposition de logements au bénéfice de personnes suivies par le SAMSAH. Un contrat de résidence tripartite entre le résident, l'ARHM et Alliade est signé – assorti d'un règlement intérieur.

➤ **Modalités de fonctionnement**

Cette notion d'accompagnement se décline à travers un volet soin et un volet éducatif, mis en œuvre par une équipe pluri professionnelle recomposée compte tenu des 50 places comme suit :

- du Médecin Généraliste, 0.15 équivalent temps plein, (etp)
- du Psychologue, 0.20 etp
- d'Infirmiers, 2 etp
- de l'Éducateur Spécialisé, 2 etp
- du Conseiller en Economie Sociale et Familiale, 1 etp
- d'Aides Médico-Psychologiques, 4 etp
- de la Secrétaire Assistante, 1 etp
- du Responsable du Service, 1 etp.

Pour 11.35 équivalent temps plein au total.

➤ **Modalités de financement (investissement et/ou fonctionnement)**

Accompagnement : le financement du SAMSAH est assuré à hauteur de 60 % par la Sécurité sociale et par le 40 % du Conseil Général.

Logement : s'agissant d'un logement de droit commun, le résident bénéficie – en fonction de sa situation personnelle – d'aides au logement dans le cadre des dispositifs de droit commun.

L'ARHM a l'agrément ILGS (intermédiation locative et gestion sociale) pour cette activité mais ne perçoit pas de financement dédié à cette activité.

➤ **Evaluation (critères et indicateurs de réussite)**

Chaque personne suivie par le SAMSAH bénéficie d'un projet individualisé d'accompagnement et de prise en charge. Dans le cadre de ce projet contractualisé avec l'utilisateur, une évaluation régulière est réalisée.

Le SAMSAH est par ailleurs engagé dans une démarche qualité (évaluation interne et externe) dans le cadre de la réglementation des établissements et services médico-sociaux.

Analyse critique (à partir de votre expérience d'implémentation sur votre territoire)

- **Analyse "Forces - Faiblesses - Opportunités - Menaces" en termes de déploiement sur votre territoire**

Forces : le partenariat avec le bailleur et l'engagement réciproque de tous les partenaires (logement, accompagnement, soin, service de protection des biens.)

Faiblesses : la concentration de logements accompagnés sur un quartier (à proximité du lieu ressource).

Modalités de reproduction

- **Processus de création de la réponse sur un territoire (dans l'idéal)**

La contractualisation et l'engagement fort des différents partenaires autour d'objectifs et d'intérêts partagés : soignants, acteurs sociaux et médico-sociaux, municipalités, bailleurs.

- **Personnes ou organismes ressources à contacter**

Marie-Dominique Bénévent - Secrétaire générale - ARHM
290, route de Vienne, B.P.8252, 69 355 Lyon cedex 08
tel. 04 37 90 13 83 - port. 06 32 97 70 24
marie-dominique.benevent@arhm.fr
www.arhm.fr

Protocole d'action à destination des acteurs du logement et de l'hébergement en cas de crise

Groupe de réflexion d'adhérents et partenaires de la Coordination IDF d'Agapsy ainsi que du Collectif Logement du Val d'Oise : familles, bailleurs, Conseil Général, secteur sanitaire, associations, mandataires judiciaires.

Intitulé de la réponse

Réflexion sur la création d'un protocole d'action que le bailleur ou toute personne qui loge ou héberge, puisse appliquer en cas de crise d'une personne (qui appeler, comment anticiper...). Baliser le circuit à prendre en cas de souci, ne pas attendre la crise.

Synthèse en quelques lignes

Recherche commune d'un outil pratique permettant au bailleur et à toute personne qui loge ou héberge une personne souffrant de troubles psychiques, d'avoir une ligne directrice, un appui technique pour agir avant que la crise ne se déclenche ou agir pendant la crise d'une personne dans son logement. Réflexion commune sur un outil pouvant répondre ou aider le bailleur dans les situations qu'il rencontre.

L'outil choisi est un guide à la fois d'explication et de définition des acteurs et de leur champ d'action, de la maladie, mais aussi des signes de détresse, des conseils de réaction et les contacts des partenaires en fonction du territoire et des horaires d'ouverture, des lieux de formation et de concertation.

Contexte dans le cadre du projet

Le contexte est celui de :

- La méconnaissance des acteurs, des partenaires et du grand public sur la maladie mentale.
- Les bailleurs démunis face à des situations de crise ou pour alerter la bonne personne qui répondra aux signes de détresse perçus par le bailleur concernant un locataire. Ne sachant pas comment réagir, comment se comporter, comment parler aux personnes dans ces situations complexes. Comment faire une première prise de contact sans renfermer la personne, sans aggraver la situation psychique de la personne, ou son mal être... ?
- La méconnaissance des acteurs concernant les partenaires existants, leurs fonctions et leurs limites (ex : limites juridique du mandataire et de la liberté de la personne protégée).
- Le manque de communication, de coordination et de partage entre les acteurs locaux.
- Le manque de reconnaissance de la parole des acteurs du quotidien de la personne, pour aider à l'évaluation, à l'orientation et à la prise de contact avec la personne (exemple des gardiens sous-estimés).

Cahier des charges de la réponse proposée

- **Contexte local qui a amené la mise en place d'une telle réponse sur le territoire (local, départemental, régional...)**

Grâce au focus group, des acteurs de tous champs, concernés par le sujet : logement et troubles psychiques, provenant de 4 régions différentes, se sont mobilisés pour réfléchir ensemble à des solutions permettant d'éviter des ruptures liées au logement dans le parcours de vie des personnes souffrant de troubles psychiques.

Une solution en particulier a presque fait l'unanimité auprès des acteurs du « Grand Nord » comme devant être développée et réfléchi davantage. Il s'agit d'une réponse à inventer qui consisterait à créer un « protocole » permettant aux bailleurs et autres acteurs d'avoir des pistes d'action en cas de crise dans le logement.

Les collègues du Nord-Pas-de-Calais nous ont fait part de leurs travaux sur le sujet. Les adhérents, les familles, les mandataires judiciaires et bailleurs de l'Île-de-France ont été présents pour la réflexion et munis des premiers guides qui ont pu être créés à l'attention des bailleurs. Le comité de pilotage Logement en Val d'Oise est également mobilisé et actif dans ce groupe de réflexion, ayant localement les mêmes problématiques que les acteurs du « Grand Nord ».

Et enfin, un bailleur de la région Centre participe activement à ce travail, force de proposition et d'action pour que la réflexion se concrétise en action.

L'ensemble des localités représentées ont des **problématiques communes** qui sont exprimées dans le contexte ci-dessus. Pour répondre à ces problématiques, les acteurs ont basé leur réflexion sur l'existence d'un guide très abouti réalisé par le **Grand Lyon**.

➤ Missions et objectifs spécifiques de la proposition

La proposition est de réaliser un guide logement et santé mentale qui prend appui sur le Guide créé par le Grand Lyon. Quelques ajouts sont proposés par les participants :

- Concernant l'**alerte** d'une situation de détresse ou de crise, il est conseillé de ne pas contacter toujours la même personne mais avoir un répertoire de contacts pouvant aider et/ou intervenir.
- Concernant les conseils à apporter aux bailleurs pour évaluer la **dangerosité** d'une situation, si le gardien a des doutes, il lui faut être accompagné, ne pas y aller seul.
- Concernant la **mobilisation des acteurs** autour de la personne, dans son parcours et ses situations, il n'y a pas d'étapes prédéfinies. Le soin n'est pas forcément la première phase de l'accompagnement. Le social, le médico-social et la famille peuvent amener vers le soin et le soin peut amener vers l'accompagnement social et médico-social.
- Proposer aux acteurs de créer un **protocole d'action** lorsqu'une personne doit se déplacer. Mais protocoliser ces déplacements n'est pas toujours la bonne façon de faire, chaque secteur ayant sa propre façon de fonctionner. Elle ne peut être qu'une suggestion.
- Identifier dans le guide **les contacts** possibles et les services non fermés le soir, la nuit et le week-end. De nombreuses situations ont lieu pendant ces périodes là !
- Indiquer **les lieux de concertation** et de partage d'information sur des situations complexes notamment lorsqu'il y a signalement d'une personne non suivie par le CMP, pour que ce dernier soit incité par tous les biais à entrer en contact avec la personne ou trouve d'autres acteurs qui pourraient le faire.
- Donner les grandes lignes **pour constituer des lieux de concertation** locaux pluridisciplinaires et intersectoriels (Conseil local en santé mental...).
- Expliquer et **destigmatiser** la protection juridique pour que les bailleurs ne refusent pas des dossiers dès qu'ils apprennent que la personne est sous tutelle ou curatelle. De même pour les documents estampillés « psychothérapie, psychiatrie... » qui entraînent parfois des blocages et une crainte du bailleur.
- Proposer d'explicitier qu'un accompagnement soit mis en place pour la personne, notamment pour rassurer le bailleur.

- Expliquer le rôle, les devoirs et les limites de l'action **des mandataires judiciaires** à la protection des majeurs qui ne se limitent pas à des « mesures de protection ». Rappeler que la volonté de la personne et sa liberté sont à respecter.
- En expliquant la maladie, préciser que **le déni** est un des symptômes et proposer d'y réfléchir entre acteurs locaux pour aider ces personnes. Des personnes « invisibles » qui ne sont pas suivies sont parfois découvertes grâce aux rénovations urbaines. Donner plus de pistes pour aller vers le soin.
- Inciter les **bailleurs à se coordonner** entre eux et mutualiser leurs expériences.
- Indiquer des lieux et organismes de **formation** sur le logement et la santé mentale.
- Parmi les personnes à contacter, le **médecin généraliste** est une piste intéressante à laquelle on ne pense pas forcément (idée déjà présente dans le Guide du Grand Lyon).
- Proposer **des repères** aux bailleurs pour détecter des **signes de détresse**, avant que ne survienne la crise. (déjà présent dans le Guide du Grand Lyon).
- Donner des points de repère sur la **confidentialité**, sur ce qui relève de la loi, et du « secret partagé »... (déjà présent dans le Guide du Grand Lyon).

➤ **Bénéficiaires, protagonistes et partenariats**

Le Guide est prévu à destination des bailleurs mais pourrait être décliné et adapté aux autres acteurs (sanitaire, médico-social, mandataires, familles...etc.). Il doit être constitué à l'initiative d'une autorité publique en fonction du territoire décidé pour le guide.

Il doit être co-réalisé par les acteurs locaux et à l'échelle d'une région par exemple, ce serait trop compliqué.

➤ **Modalités de fonctionnement**

Constituer un comité de rédaction, sous la houlette de l' élu.

Communication notamment par les USH (Union Sociale pour l'Habitat) et par la collectivité locale.

Sensibiliser les élus à travers l'association des maires de France.

➤ **Modalités de financement (investissement et/ou fonctionnement)**

Le financement est en fonction du territoire. Soit par l' élu d'agglomération, soit par l'ARS pour chaque bassin de vie délimité localement.

Analyse critique (à partir de votre expérience d'implémentation sur votre territoire)

➤ **Analyse "Forces - Faiblesses - Opportunités - Menaces" en termes de déploiement sur votre territoire**

Forces : importance de sensibiliser/informer/former toute la hiérarchie chez les bailleurs. Du gardien jusqu'au Directeur général afin que les salariés de terrain se sentent appuyés par leur hiérarchie et qu'une réelle politique du bailleur concernant le handicap psychique soit développée.

Opportunité : c'est une réelle demande des bailleurs que d'être formé, aidé et mis en partenariat actif avec les autres acteurs locaux.

Les bailleurs nous ont informés de l'opportunité que représente le vaste plan de réhabilitation urbaine (mise aux normes écologiques liées au handicap) qui commence. Ce plan leur permet d'entrer en contact avec les locataires et ainsi de découvrir la situation dramatique dans laquelle les personnes qui souffrent de troubles psychiques se trouvent. La découverte de situations actuellement ignorées par les services de santé devra être gérée et relayée de façon adaptée. Nous pourrions ainsi saisir cette opportunité et l'accompagner d'un Guide par secteur qui permettrait de pouvoir immédiatement réagir, et entrer en collaboration avec le soin et les équipes accompagnantes spécialisées pour ces "invisibles".

Modalités de reproduction

➤ **Processus de création de la réponse sur un territoire (dans l'idéal)**

Il doit être constitué à l'initiative d'une autorité publique en fonction du territoire. Ce dernier ne doit pas être trop grand au risque d'avoir une liste interminable de contacts et une difficulté de repérage géographique des acteurs. De plus, il doit être coréalisé par les acteurs locaux et à l'échelle.

Proposition de territoire : 1 ou 2 ou 3 secteurs de psychiatrie + 1 élu d'agglomération. Ou autour des Conseils locaux en santé mentale. Périmètre à calibré pour une cohérence avec le territoire choisi.

➤ **Personnes ou organismes ressources à contacter**

Odile Fraczek
Association Œuvre Falret
49 rue rouelle – 75015 PARIS
01 58 01 08 91

Création d'un SAS d'entrée et de sortie SAVS-SAMSAH



Intitulé de la réponse

Création d'un SAS d'entrée et de sortie des SAVS et SAMSAH ESPOIR ARIÈGE, en vue d'assurer un accès et un maintien dans le logement.

Synthèse en quelques lignes

Le projet s'inscrit tout d'abord dans une volonté de favoriser les solidarités, l'inclusion et donc la cohésion sociale. Ensuite, il s'appuie sur des constats qui concernent tout à la fois les différents échelons territoriaux (national, régional, etc.), mais aussi les modes de fonctionnement propres au SAVS et SAMSAH ESPOIR ARIÈGE.

En effet, de nombreux rapports¹ insistent sur les inégalités d'accès aux prestations sanitaires, sociales et médico-sociales pour les personnes en situation de handicap, et plus précisément pour ce qui concerne le handicap psychique. Aussi, est-il démontré que les besoins de compensation du handicap de ces personnes ne sont pas comblés. Le Programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC) de l'Agence Régionale de Santé (ARS) Midi-Pyrénées 2011-2013 ne prévoit pas de mesures nouvelles (création de places) en Ariège, ni pour les SAVS et SAMSAH généralistes, ni pour les dispositifs spécialisés dans le handicap psychique. Au surplus, on peut craindre que le prochain PRIAC proroge cet état de fait dans la mesure où l'Ariège est un département « suréquipé » par rapport à la région, elle-même au-dessus de la moyenne nationale en termes de taux d'équipements Établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS). (Cf. Chiffres ARS).

Pour autant, notre SAVS et SAMSAH connaissent des listes d'attente depuis plus d'un an, sans même avoir eu à contacter l'ensemble des personnes orientées par la CDAPH ce qui, compte tenu des orientations prononcées, laisse imaginer le nombre de personnes potentiellement en attente d'accompagnement. Et il ne s'agit ici que des personnes ayant déposé un dossier auprès de la MDPSH, excluant de fait celles qui sont dans l'isolement et n'ont pas accès aux services sociaux.

Ainsi, puisque les listes d'attente s'allongent et que de nouvelles places ne seront pas créées avant, au mieux 2013, nous proposons de mettre en place :

- un SAS d'entrée de nos services afin de permettre aux personnes non suivies, ou sur liste d'attente, un premier repérage social et médico-social ;
- un SAS de sortie avec maintien du lien pour celles en voie de sortie, ou sorties des dispositifs.

Nous pensons que cette proposition rentre dans le cadre du Projet régional de santé ARS Midi-Pyrénées².

¹ Les inégalités sociales de santé : déterminants sociaux et modèles d'action, Evaluation de la prestation de santé ARS Midi-Pyrénées.

² <http://www.ars.midipyrenees.sante.fr/Le-projet-regional-de-sante.101804.0.html> (notamment « Soins du premier recours, soins spécialisés et éducation thérapeutique : Les éléments d'un diagnostic en Midi-Pyrénées. »)

Contexte dans le cadre du projet

Dans le cadre du projet SAS d'entrée et de sortie ESPOIR ARIEGE, des réunions ont eu lieu entre octobre 2011 et mars 2012 afin de travailler aux réponses à apporter aux questions suivantes :

1. Comment permettre un accueil et un lien à toutes les personnes [orientées ou non par la Commissions des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH)] souhaitant bénéficier d'un accompagnement par le Service d'Accompagnement à la Vie Sociale (SAVS) et le Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés (SAMSAH) d'ESPOIR ARIEGE ?
2. Comment fluidifier les parcours au sein du SAVS et du SAMSAH ESPOIR ARIEGE ?
3. Faut-il prendre contact avec les personnes orientées vers le SAVS et le SAMSAH par la CDAPH qui ne se manifestent pas aux services ? Si oui, comment ?

Cahier des charges de la réponse proposée

- **Contexte local qui a amené la mise en place d'une telle réponse sur le territoire (local, départemental, régional...)**

→ Un partenariat diversifié mais pas toujours formalisé :

- Maison Départementale des Personnes en Situation de Handicap (MDPSH) de l'Ariège : des relations privilégiées (remontée trimestrielle des listes d'utilisateurs des services, fiches-liaison régulières pour la pertinence de la réalisation des projets de vie, rencontre entre professionnels) avec des points à éclaircir [convention de fonctionnement avec les services, modes d'accès à la Prestation de Compensation du Handicap (PCH) pour les utilisateurs des services, possibilité ou non d'évaluer des personnes hors notification, etc.]
- Hôpitaux, cliniques, Centres Médico-psychologiques (CMP) : relations régulières (réunions de synthèse, visites aux personnes hospitalisées, repérage des personnes ressources) sans protocole (pas de formalisation des circuits d'hospitalisation d'urgence entre les ESMS et les hôpitaux psychiatriques, pas de formations en commun).
- ESSMS : des contacts et échanges réguliers mais toujours des problèmes de places disponibles.
- Services sociaux de droits communs : des relations continues mais des passages de relais difficiles pour les personnes accompagnées.

→ Une gestion des suivis du SAVS et SAMSAH à fluidifier :

<i>Situation au 01/04/2012</i>	SAVS	SAMSAH
Nombre de places agréées	20	5
Nombre de personnes suivies	21	8
Nombre de personnes en liste d'attente	8	7

- **Missions et objectifs spécifiques de la proposition**

Créer un dispositif d'évaluation tant au niveau de l'entrée que de la sortie des services afin de permettre un double regard (permanences/SAS) pour une évaluation plus distanciée des besoins d'accompagnement, ce qui permettra d'adapter l'accompagnement et l'orientation en vue d'accéder ou être maintenu dans un lieu de vie adapté.

➤ **Bénéficiaires, protagonistes et partenariats**

Bénéficiaires : environ 40 à 50 personnes en file active sur une année.

- Personnes orientées par la CDAPH et sur liste d'attente ;
- Personnes accompagnées par les services en vue d'une sortie des services ;
- Personnes ayant ponctuellement besoin d'un soutien et d'un maintien du lien ;
- Partenaires ayant besoin d'aide dans l'évaluation de situations ;
- Personnes sans notification de la CDAPH avec orientation sur le droit commun.

Protagonistes, partenariats, décideurs :

- Préfecture d'Ariège, Délégation territoriale de l'Agence Régionale de Santé - Ariège (ARS), Conseil Général de l'Ariège.
- Les partenaires sanitaires, sociaux et médico-sociaux (MDPSH, Hôpitaux, UDAF, les établissements et services sociaux et médico-sociaux, etc.)
- Le porteur politique, financier et technique : Espoir Ariège.

➤ **Modalités de fonctionnement**

- Passer des conventions de fonctionnement avec les autorités de contrôle et les partenaires.
- Evaluer à la demande de la MDPSH de l'Ariège certains dossiers avant orientation.
- Accueillir les personnes orientées ou non par la MDPSH, gérer les listes d'attente et les réorientations éventuelles vers des partenaires.
- Accompagner vers la sortie des SAVS-SAMSAH et maintenir le lien pour les personnes déjà sorties avec des besoins ponctuels.

➤ **Modalités de financement (investissement et/ou fonctionnement)**

Personnel requis : un travailleur social à 0,75 ETP soit 15000 à 20000€ bruts annuels.

Matériel requis : un bureau permettant la tenue de permanences + un téléphone portable + un ordinateur portable pour accéder à un progiciel (suivi des dossiers des usagers) + une voiture pour permettre les visites à domicile et/ou les rendez-vous extérieurs (indispensables à la réussite du dispositif).

➤ **Evaluation (critères et indicateurs de réussite)**

Nombre de personnes suivies sur une année.

Enquête de satisfaction annuelle auprès des usagers.

Analyse critique (à partir de votre expérience d'implémentation sur votre territoire)

➤ **Analyse "Forces - Faiblesses - Opportunités - Menaces" en termes de déploiement sur votre territoire**

Forces : une équipe motivée avec le soutien d'un médecin psychiatre investi dans l'association, une cohérence dans la palette des offres existantes (SAVS, SAMSAH, logements ALT, GEM).

Faiblesses : une offre de 5 places dédiées au SAMSAH spécifique handicap psychique Espoir Ariège pour des personnes isolées dans un milieu rural est insuffisante (nous sollicitons par ailleurs 10 places adossées à une résidence accueil). La couverture du département restant un objectif à atteindre, les difficultés d'accessibilité dues aux transports restent un frein qu'il faudra bien résoudre. La non pérennité d'un tel dispositif contribuerait à laisser les personnes dans l'isolement.

Modalités de reproduction

➤ **Processus de création de la réponse sur un territoire (dans l'idéal)**

Face à l'urgence, l'attente des usagers et familles démunies, le mois de septembre 2012 serait l'idéal.

➤ **Personnes ou organismes ressources à contacter**

Association **Espoir Ariège**, Tel : 05.61.05.58.81

Marie-Josée Palmade, Présidente – Courriel : mj.palmade@wanadoo.fr

Les appartements de coordination thérapeutique (ACT)



Intitulé de la réponse

Les Appartements de Coordination Thérapeutique (ACT) spécifiquement dédiés à des adultes souffrant de maladie psychique : une première étape vers le logement et un premier maillon dans la filière de réinsertion après l'hospitalisation psychiatrique.

Synthèse en quelques lignes

L'association ESPERANCE 63, grâce à sa longue expérience d'accompagnement des personnes en situation de handicap psychique par maladie mentale, a pu créer plusieurs dispositifs innovants en matière de réinsertion et réhabilitation. Tous ces dispositifs participent à l'accès et au maintien dans le logement pour les personnes souffrant de handicap psychique, par un accompagnement spécialisé et adapté à chaque étape de leur parcours. Ces étapes leur permettent de se sentir suffisamment en sécurité dans leur logement, et en capacité de gérer leur vie quotidienne dans toutes ses dimensions.

Les ACT :

- Une **1^{ère} étape possible** dès la sortie d'hospitalisation psychiatrique
- **Une structure intersectorielle de réadaptation et de réinsertion**
- **Un hébergement semi-collectif sécurisant** permettant de :
 - o *Préparer à l'autonomie de vie quotidienne dans tout ce qu'elle recouvre (alimentation, tâches ménagères, budget, relations...).*
 - o *Assurer une surveillance de l'état psychique en collaboration étroite avec l'équipe médicale de la personne*
 - o *Aider à l'acceptation de la pathologie et de la prise du traitement*
 - o *Participer à l'évaluation des difficultés et capacités des personnes accueillies, aider à la consolidation des progrès et proposer des solutions concrètes permettant de vivre avec ce handicap.*
 - o *Proposer un accompagnement adapté après la sortie de la personne (qu'elle s'installe dans un logement indépendant, ou non).*
- Un **accueil permanent** (365j/365) sur une durée maximale de 2 ans
- Un **accompagnement psychosocial** par une équipe pluridisciplinaire, inscrit dans une trajectoire de soins

Puis, après les ACT, **les étapes suivantes** peuvent être différentes selon les besoins de la personne :

- Accès au logement avec une transition supplémentaire = logements regroupés.
- Accès au logement avec un soutien renforcé = SAVS renforcé jusqu'à une visite 7j/7.
- Accès au logement avec soutien plus léger = SAVS ordinaire (1 visite hebdomadaire en moyenne).
- Accès au logement indépendant.
- Dans tous les cas proximité d'un SAJ ouvert 7 jours sur 7, constituant un lieu d'activités repère, contribuant fortement à rompre l'isolement des personnes handicapées psychiques et à l'intégration dans l'environnement (activités sur un quartier, en partenariat avec la ville et d'autres associations, etc.).

Contexte dans le cadre du projet

- **Contexte local qui a amené la mise en place d'une telle réponse sur le territoire (local, départemental, régional...)**

L'Association ESPERANCE 63 (création de la 1^{ère} Association en 1970) a une longue expérience de l'accompagnement des personnes en souffrance psychique, et connaît bien leurs besoins, les points forts des dispositifs existants et leurs points faibles. Ayant constaté qu'il manquait une structure intermédiaire permettant la sécurisation nécessaire des personnes dès la sortie d'hospitalisation (dans le but de leur éviter au maximum de nouvelles ruptures si fréquentes lorsque leur accès au logement est organisé trop rapidement), l'association a créé un Foyer de Réinsertion en 1970, transformé en ACT en 2004.

Ces ACT relèvent de la compétence de l'ARS, secteur médico-social, avec émargement sur l'enveloppe Sécurité Sociale. Ils sont encadrés réglementairement par le Décret n° 2002-1227, du 3 octobre 2002, et le Décret 88-279 du 24 mars 1988 modifié (CASF : Art 312-154 et 155 et 9 de l'Art. L 312-1). Au niveau national ce dispositif a été progressivement dédié aux malades du SIDA et/ou en situation de précarité. Cependant plusieurs circulaires ont précisé qu'il devait être ouvert à « l'ensemble des pathologies chroniques » (CF. circulaire interministérielle du 23/09/2010). Ils sont intersectoriels et peuvent accueillir des personnes orientées par tous les services psychiatriques du département.

Cahier des charges de la réponse proposée

- **Missions et objectifs spécifiques de la proposition**

Les objectifs des ACT sont :

- **L'évaluation** des capacités et difficultés des personnes permettant de proposer un accompagnement adapté après la sortie (que la personne s'installe en appartement indépendant ou non).
- **La réinsertion** en logement indépendant ou autre mode de logement adapté aux difficultés de la personne.

Plus précisément :

- Offrir une structure adaptée aux différentes pathologies psychiques, et aux différents stades de l'évolution de la maladie afin d'éviter les ruptures dans le parcours des personnes.
- Offrir un accompagnement individualisé et personnalisé, ainsi qu'un soutien psychologique et concret à la réalisation du projet de la personne.
- Soutenir l'accès aux soins (psychiatriques et physiques).
- Organiser un accompagnement en réseau de façon coordonnée et complémentaire.

Ils correspondent aux Priorités Nationales pour les publics souffrant de pathologies chroniques et en difficulté sociale :

- Amélioration de l'accès au logement, et maintien en logement (accompagné ou non),
- Amélioration de l'accès aux soins,
- Education à la santé,
- Stabilisation psychiatrique et psychique,
- Diminution du nombre d'hospitalisations,
- Sécurisation du parcours de la personne,
- Réinsertion et réadaptation sociale,
- Prévention des conduites à risque.

➤ **Bénéficiaires, protagonistes et partenariats**

12 places permettant l'accueil et l'accompagnement d'environ 20 personnes par an. Adultes âgés d'au moins 18 ans, (âge moyen actuel 30-35 ans), hommes et femmes, en situation de handicap psychique, suivis par les équipes médicales spécialisées des différents secteurs psychiatriques du département.

➤ **Modalités de fonctionnement**

12 places - durée maximale de séjour : 2 ans. - Ouverture 365 jours sur 365.

Organisation :

- Prise en charge de 15h à 9h le lendemain.
- Accompagnements individuels organisés en journée, en fonction projet du résident.
- Les résidents doivent fréquenter un lieu de soin ou d'activité en journée (cela leur permet de retrouver un rythme après l'hospitalisation).
- Sur les nuits : présence continue, et une présence partielle en journée les week-ends.

Locaux : 5 appartements répartis sur plusieurs étages au sein d'un immeuble HLM avec :

- 1 appartement qui regroupe les pièces de vie collective.
- et 4 appartements dans lesquels sont réparties les chambres.

Moyens : Une équipe pluridisciplinaire compétente et motivée (un Directeur, un Chef de Service, un Educateur Spécialisé, un Auxiliaire Socio-Educatif, un Aide Médico-psychologique, des Surveillants de Nuit, un Agent de Service, une équipe administrative, un(e) Infirmier(e) psychiatrique à mi-temps et un Psychiatre pour 2 interventions par mois (= psychiatre référent du service).

Admission :

- 1) Dossier Administratif.
- 2) Dossier de renseignements médicaux confidentiels.
- 3) Avis du Psychiatre référent du Service.
- 4) Rencontre du candidat (l'accord du candidat est indispensable) avec le Directeur et le Chef de Service.
- 5) Réunion de synthèse avec les différents intervenants et le candidat.

Suivi médical : Chaque Résident doit avoir un suivi psychiatrique.

➤ **Modalités de financement (investissement et/ou fonctionnement)**

Dotation globale versée par la Sécurité Sociale = financement rémunérations (96%) + fonctionnement (4%).

Contrôle ARS

Coût peu élevé : PJ 2011 = 84,34 €

Chaque résident règle son loyer (possibilité d'APL) et ses repas.

➤ **Evaluation (critères et indicateurs de réussite)**

Taux de réussite (de 2002 à 2010) : 82 %.

Maintien dans le logement (de 2007 à 2011) : 80 % sont toujours dans le logement vers lequel ils sont partis à la sortie des ACT et 56% n'ont jamais été ré hospitalisés.

Critères de réussite :

- Accès au logement autonome ou accompagné (Appartement indépendant avec ou sans SAVS, Logements regroupés, Appartements relais, Résidence d'Accueil, Foyer, Famille)
- Meilleure acceptation de la maladie
- Amélioration dans la relation à autrui (y compris la famille)

Analyse critique (à partir de votre expérience d'implémentation sur votre territoire)

- **Analyse "Forces - Faiblesses - Opportunités - Menaces" en termes de déploiement sur votre territoire**

Forces :

- Sécurité donc diminution des périodes de crise
- Petite taille : proximité avec les personnes accompagnées
- Réactivité + anticipation des temps de crise
- Coordination étroite avec le psychiatre de la personne – Entente – Unité de prise en charge
- Adéquation de la structure aux besoins des personnes
- Véritable temps de réapprentissage de la vie quotidienne et de la vie en société

Faiblesses : Personnel insuffisant du fait d'un financement trop juste

Opportunités :

- Fermeture des lits en Psychiatrie
- Augmentation des besoins en places médico-sociales pour l'accompagnement vers le logement
- Nécessité d'augmenter le nombre de places d'ACT

Menaces en termes de déploiement sur notre territoire :

Pressions fortes depuis de nombreuses années pour transformer les ACT en structure d'hébergement social, sans personnel en soirée ni la nuit = ce qui transformait la mission. Objectif visé : réduire les coûts à la charge de la Sécurité Sociale.

Ce qui aurait pour conséquence dramatique :

- Suppression de ce maillon facilitant l'accès et le maintien en logement
- Augmentation/multiplication des risques de rechutes, de ruptures et d'errance.
- Augmentation des coûts pour la société à moyen terme.

- **Avis qualitatif libre**

Très sécurisant et thérapeutique pour les personnes handicapées psychiques.

Très positif, les résultats l'attestent.

Reconnu et sollicité par les Professionnels du champ psychiatrique.

Modalités de reproduction

➤ **Processus de création de la réponse sur un territoire (dans l'idéal)**

Pour créer des ACT :

- monter un dossier pour présentation du projet à l'ARS.
 - Intégrer les partenaires psychiatriques.
- **Personnes ou organismes ressources à contacter**

L'Association **ESPERANCE 63** à Clermont-Ferrand, tel : 04 73 91 57 25

Courriel : association@esperance63.fr

Annexes disponibles auprès de la personne ressource :

- Annexe 1 : Fiche de Présentation Association ESPERANCE 63 et ACT
- Annexe 2 : Plaquette de présentation des ACT
- Annexe 3 : Livret d'Accueil des ACT
- Annexe 4 : Fiches descriptives « Rôle et Missions du Psychiatre Référent et de l'Infirmière Psychiatrique »
- Annexe 5 : Tableau des Statistiques
- Annexe 6 : Schéma « Parcours et Accès au Logement handicapés Psychiques »
- Annexe 7 : Rôle du SAVS ordinaire et renforcé en matière d'accès et maintien au logement