



Visioconférence LOGEMENT 19 Septembre 13

INTRODUCTION

« Parent pauvre des Plans Psychiatrie et Santé Mentale, la question du logement des personnes en situation de handicap psychique est pourtant primordiale. Les politiques de « housing first » ou « un logement d'abord » veulent en témoigner mais la réalité reste préoccupante : accéder à un logement, s'y maintenir (habiter) sont deux pré-requis fondamentaux du « vivre avec » la maladie et du « vivre ensemble ».

Des réalisations spécifiques existent cependant : lieux de vie, appartements associatifs, résidences accueil, familles gouvernantes, Services d'aide à domicile, logement accompagné, logement de transition ou d'évaluation.

Le projet de vie met la parole de l'utilisateur au centre du dispositif. Ce dernier s'appuie sur « ses choix, ses compétences, ses capacités, ses besoins, ses envies » dans une démarche d'empowerment. »

Guide des pratiques partagées d'accompagnement vers et dans le logement des personnes souffrant de troubles psychiques AGAPSY CNSA Sept.2012

PLAN DU DEBAT

- les types de logement proposés aux personnes en situation de handicap psychique et la question du financement

- les conditions d'accès au logement, } actions, organisations
-les conditions de maintien dans le logement }

-exemples d'actions et d'organisations complémentaires

LE DEBAT

I - Témoignages régionaux : cf. dossier

II - Les questions générales : axes de travail Septembre 2013

➤ ACCES au logement

- L'accès au logement s'inscrit dans un projet de vie à préparer avec le projet de soins personnalisé (support formalisé). Intérêt des groupes de parole sur le « vivre ensemble », groupes d'entraînement aux habiletés sociales (réhabilitation psychosociale) préparatoires et de maintien.

- Qui évalue les capacités pour orienter vers tel ou tel type de logement ?

Sur le terrain l'analyse des soignants (psychiatre, IDE, ergothérapeute) peut diverger des constats du bailleur. Il semble pertinent de développer un partenariat avec les acteurs sociaux et/ou médico-sociaux dès ce temps évaluatif (cf. témoignages visio Le Mans ; Nantes).

Des appartements d'observation ou de transition (durée limitée, en co-location ou individuel) peuvent être le support de ces évaluations conjointes.

➤ MAINTIEN dans le logement

- **Réhabilitation Psychosociale ; SAVS - Handicap Psychique ; SAMSAH - Handicap Psychique** (cf. témoignage visio Angers) ; **Service d'Accompagnement Renforcé et d'Insertion par le Logement** (cf. Guide p.115, contact : Association Grim : www.grim69.com)

- **Modes d'alerte possibles ?**

-- **par l'utilisateur** : être informé à la sortie de ce qu'il peut appeler 24h/24 l'unité de soins où il vient d'être hospitalisé est souvent utile ; certains C.M.P. et H.D.J. ont eu l'obligation réglementaire de donner ce message sur leur répondeurs (cf. témoignages visio Cholet).
Autres numéros 24h /24 pour parler, être rassuré ?

--**par la famille** : convention de partenariat entre usager, famille, équipe soignante cf.visio Familles

--**par le référent de parcours** : cf. Guide p.19, 65, 69. Professionnel du champ social ou médico-social, présent dans les instances de coordination

--**par le correspondant de nuit** : cf. fiche technique Guide p.119 ; contacts : Denise David ddavid.sava@orange.fr ; Cédric Lavenu, cedric.lavenu@espoir35.fr ; (cf. témoignages visio Angers.)

--**par le référent social** : cf. fiche technique Guide p.139 ; contact René BAPTISTE, Président association GRIM : rene.baptiste@numericable.fr

- **Concertation pluridisciplinaire**

--conseil local de santé mentale

--contrat local de santé mentale



cf. visio Inclusion

--point-rencontre *cf.* témoignage visio Nantes

-- coordination :

**cf.* Réseau de Promotion de la Santé Mentale Yvelines Axe Logement ; Guide p. 129 : RPSM 78, Coordination : 01 39 63 95 35, Contact : rpsm@ch-versailles.fr ; Site internet :

<http://www.rpsm78.com/>

**cf.* Appartement de Coordination Thérapeutique ; Guide p.181, contact : ESPERANCE 63, tel : 04 73 91 57 25 Courriel : association@esperance63.fr

III –Les propositions du CReHPsy PL

Appui technique pour le développement de soins de réhabilitation psychosociale et le lien avec la réhabilitation médico-sociale

Inscription handipsy.paysdelaloire@orange.fr 02 41 54 04 51

Groupe de travail Logement (visio) sur des axes décrits au point II selon les priorités des personnes souhaitant s'inscrire.

Inscription handipsy.paysdelaloire@orange.fr 02 41 54 04 51

Action de déstigmatisation orientée logement en favorisant la culture commune des intervenants : Soutien à la mise en place de **Bibliothèques des Livres Vivants** dans les départements avec un temps à l'intention d'un public **de bailleurs sociaux, gardiens d'immeuble, auxiliaires de vie** lors de la SISM 2014.

Renseignements anne-sophie.delaleu@ch-cesame-angers.fr

INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

Extraits résumés du Guide des pratiques partagées d'accompagnement vers et dans le logement des personnes souffrant de troubles psychiques AGAPSY CNSA Sept.2012

Ont été interrogés : familles, usagers, bailleurs sociaux, mandataires, professionnels du médico-social, du soin, ...)

Pour chaque thème, interrogation du général au particulier : de la perception globale aux ruptures et solutions

I généralités

Les critères d'admission p.11 : 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 » ;

Les modalités p.12 -loi N°2005-102 du 11 février 2005 : SAVS, GEM,... Rend visible cette population

-Les phases évaluées du processus de soutien au logement **p.12** « *la durée, l'intensité et les phases d'accompagnement sont ajustées au rythme et aux besoins individuels de chaque personne* ».

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

- Phase 1 : Découverte ; de 1h à plusieurs rencontres/visites
« *d'évaluation, d'admission, d'orientation, de présentation du dispositif, de motivation, de faisabilité du projet...*

- Phase 2 : Evaluation ; de 1 à 6 mois
« *les habilités cognitives, sociales, relationnelles* » ainsi que « *les ressources, les droits, la composition familiale* » Pour « *projet personnalisé* », ainsi que « *les difficultés et points forts et les actions d'accompagnement* » nécessaires.

- Phase 3 : Accompagnement ; long, continu ou séquencé
Gestion administrative (information, démarches pour l'installation du logement, aide au budget), 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 .

- Phase 4 : Maintien ; construit la pérennité

« *l'ajustement du projet personnalisé et la renégociation* » ; prendre en compte la fragilité ; éviter les dépendances. Equipe pluridisciplinaire ; réseau partenarial local.

- Phase 5 : Veille ; inscrire la personne dans une stabilité de vie avec des repères

Formes différentes : veille active ; permanence tél soir et we ; rester disponibles régulièrement afin « *d'évaluer la situation de la personne et gérer des situations d'urgence ponctuelle* ».

Les partenaires p.16

- **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).

Manques et besoins p.19

« *une grille d'analyse statistique* », « *un référentiel d'évaluation interne* ».

Pour d'autres, les besoins portent surtout sur l'axe externe de l'évaluation } *Perspective*
Outils par

Guide et/ou charte avec autres partenaires

AGAPSY

Facteurs de réussite p.20

Facteurs de réussite au regard des usagers accompagnés

*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.*

Facteurs de réussite au regard du réseau des partenaires

*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*

Indicateurs d'amélioration de la relation partenariale : 3 leviers

-**budgétaires et politiques** : « *développer une meilleure volonté politique pour plus de financement* ».

-**structurels** : 2 axes :

-psychiatrie : coordination suite des sorties, gestion crise, équipes mobiles

VAD

-formaliser avec partenaires :

P.21 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* ».

-managerial : « *meilleure concertation entre équipes partenaires* », afin de travailler sur le « *renforcement du réseau* » ; dimension communicationnelle et relationnelle d'animation du réseau des chefs d'équipe, cadres et directeurs (soutien AGAPSY)

Mutualiser les expertises du réseau **p.21**

Alain Berthoz (2009) introduit le concept de « *simplexité* », ou l'art de s'adapter au complexe. **P.22**

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). **P22**

les représentations des acteurs **P24**

Q1 *A quels éléments vous fait penser la question de l'accès et du maintien dans le logement des personnes souffrant de troubles psychiques ?* **p25**

Transmettre l'info utile :

- Formation sensibilisation

formation, information, secret partagé réseau

Une fois l'information utile définie et délivrée, comment s'en saisir et changer les pratiques ? Médiations. Désigmatisation dans les quartiers.

- Travail en réseau : Une coordination des acteurs pour une coordination et continuité dans le parcours de vie de la personne

P 28 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...

« Référent de parcours »

p.29 connaître reconnaître manque de temps, de moyens

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.

Adéquation offre et besoins

- Diversité **p.30** La diversité des besoins appelle à une diversité de l'offre, avec certaines constantes : manque de logement à la fois individuel (accès difficile au logement social) et à la fois en logements/hébergements spécifiques adaptés. Facteur de rechute.

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.

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 ».

Accompagnement pour maintien ; ouvert sur la vie citoyenne et non en zone sensible ; sécurité

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.

- Environnement : confort, sécurité, localisation, voisinage, intégration au quartier, accessibilité des transports... éviter la ghettoïsation ; RC ?
- Urgences : différentes dimensions **P.33**

Trouver un logement, en changer /Quitter la famille /Situation de crise

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.

- Ressources financières, caution et exigences des bailleurs

Accès : Bailleurs : 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.

« 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 » Il s'agit d'une vision erronée, stigmatisée et surtout frileuse.

Maintien : 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) ».

Lien social

- Familles **p.35**

« 46% des personnes concernées vivent dans leur famille, souvent par défaut, alors que le logement est un droit ».

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.

La famille peut être un frein ou un levier pour l'accès au logement

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

- Isolement p. 36

Vivre ensemble, vivre avec.

Les GEM permettent « *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* ».

- Relations avec le voisinage

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.)

Bailleurs attendent beaucoup d'équipes mobiles.

Mandataires ont des droits limités mal connus, reçoivent beaucoup de pression.

Adaptation politique et sociétale p 38

- Intégration

Quand le regard entraîne les actes.

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.

- Engagement politique

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).

Les professionnels de 1ère 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 oeuvre.

- Prestations, législations et réglementations non adaptées

Cet élément de perception, renvoyé en particulier par les professionnels de 1ère 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.

Pathologie

- Compréhension et acceptation de la maladie p.39

Les personnes expertes de leur maladie et de leurs souffrances. **« 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. »

- Problème de suivi p.40

Lorsqu’on parle de suivi, sont évoqués et souvent confondus : le suivi du traitement, le suivi des soins, le suivi après l’hospitalisation... + cf Q2Q3

- Addictions

frein très lourd pour l’accès au logement, à l’hébergement et à l’accompagnement

Pb d’environnement parfois surajouté

- Souplesse et adaptation / Besoin de stabilité p.41

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

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 ?

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 ».

Souhait de 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.

Accompagnement

- Apprentissage de l’autonomie

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

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 ».

Préparation qui doit se faire par étape, respectant le rythme de l’évolution de la personne ; SAVS, services à domicile, curateurs.

Comment s’approprier un nouveau logement ; habiter ?

- Gestion du quotidien P.42

dans et autour du logement. Comportement pas toujours compréhensible de l’environnement.

Interventions et accompagnements pour 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...

Complexité pas toujours compréhensible des bénéficiaires.

Les ruptures/solutions p.43

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 ?

CHOIX DE 4 ITEMS POUR Q3 P.44

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 ?

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

- Les sources ; - Les solutions : qui renvoient vers des **thèmes de solutions** ou **fiches solutions développées**

La variabilité des troubles psychiques et leurs conséquences : l'arrêt de soin P47

- Les sources de ruptures : arrêt de traitement à interroger comme Un refus de soin ? – Un manque de continuité du soin ? - L'évolution de la maladie? –une articulation insuffisante des acteurs ? –les addictions comme facteurs aggravants ?

- Les solutions :

-Répondre aux épisodes de crise : hospitalisation, lieu d'accueil, renforcement accompagnement, créer un numéro de téléphone psy...

-Eviter l'exclusion du soin : Prendre appui sur les supports du soin p.48, Réfléchir à des pistes solides de continuité de soins à la sortie de l'hôpital - Améliorer la collaboration entre les acteurs : cf **thème de solution 5.5 Partenariat et coordination**; Impliquer l'utilisateur cf **Fiches de solutions 5.3.3 La formation comme outil d'accès et de maintien dans le logement ET Groupe d'entraide psychologique**

-L'environnement : social, GEM, géographique, soins à domicile p.49

L'insuffisance quantitative et/ou qualitative de l'offre des dispositifs p.50

- Les sources de ruptures :

L'insuffisance de l'offre relative aux logements et des dispositifs d'hébergement médico-sociaux : éléments quantitatifs et qualitatifs :

- *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

- *Les démarches administratives relatives au logement social* : lenteur administrative, manque d'information et d'accompagnement dans les démarches (sur les solutions existantes), rigidité des procédures d'attribution,

- *Sensibilisation des bailleurs*

- Orientation vers le parc locatif privé p.51 : rare cher, risque insalubrité

- L'accessibilité de l'offre médico-sociale : liste d'attente (1,5 à 2 ans), géographique : des territoires non couverts

- Les solutions :

-Améliorer l'information sur les solutions existantes :

--usagers : 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), 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

-- bailleurs sociaux **Fiche 5.3.3 Formation comme outil d'accès et de maintien dans**

le logement

-Assouplir les procédures et orientations : courts séjours d'essai/évaluation **p.52**

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

- Conditions pour réduire les délais d'attente vers MS :

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

Pouvoir investir d'avantage les structures innovantes tels les appartements avec 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

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

Cf projet SARIL à Grenoble

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

L'accompagnement inapproprié à l'autonomie de la personne p 53

- Les sources de ruptures :

-Sous « 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

Les professionnels du **sanitaire** : « l'incapacité à accéder à une certaine autonomie » et posent « le non accompagnement dans le logement problématique ».

Les professionnels du **médico-social** : 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

La famille : risque au fil du temps, de dégradations physiques des locaux, manque d'hygiène et de soins. Et quand bien même la présence familiale apparaît comme un appui essentiel : vieillissement, épuisement des parents ; éloignement de la fratrie. A noter : aides à domiciles : peu enclines ; non formées ; coût

- Les solutions : **p. 54**

-aides administratives : curatelle, tutelle ; **5.4.2 – Le SAVS, un outil essentiel au service du maintien à domicile**

-Répondre aux difficultés de gestion du quotidien :

--aides à domicile, aides ménagères **5.3.3 – la formation comme outil d'accès et de maintien dans le logement**

--Amélioration du financement PCH et autres volets de la compensation **5.3.3 – L'évaluation du handicap psychique par la MDPH**

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

--Outils de réadaptation

= étudier aux mieux les besoins de l'utilisateur pour lui permettre d'être entouré des professionnels adaptés en faveur de son maintien au domicile : soin (infirmiers, aide-soignants, aides médico-psychologiques...), accompagnement (éducateurs, conseillers en économie sociale et familiale, auxiliaires de vie...) et aides ménagères.

- Motiver et éviter l'isolement social p 55 : **5.3.2 – Groupe d'entraide psychologique** , GEM, groupes de parole ; ateliers d'estime de soi

Les comportements : troubles du voisinage, addictions, hygiène... p 56

- Les sources de ruptures :

Spécificités mal connues mal tolérées : hygiène de vie, nuisances sonores possibles, rythme de vie décalé, difficultés à se prémunir des intrusions, des addictions...

Parc public : médiateurs, parc privé parfois : quelle information ? question du rôle d'alerte ?

- Les solutions : **p 56**

-Eviter les troubles du voisinage : interface par SAVS ou conciliateurs/bailleurs

--**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 **p 57**

--Les **équipes médico-sociales** : - 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 **CMP** : groupes de parole, activités thérapeutiques sur les thématiques relatives aux comportements.

-Prévenir et limiter les addictions : partenariat addictologie, psychothérapie, structures adaptées

- Valoriser l'image de soi .

Les aléas de la vie p 58

- Les sources de ruptures

Les aléas du domaine amical, familial, professionnel, financier,... peuvent déterminer repli, isolement, arrêt des soins,...

- Les solutions :

-Permettre le dialogue et l'écoute : médiateurs, proches, ... Place des SAVS, SAMSAH, CMP, ... Définir un rôle d'alerte

Dans certains départements, des services d'aide aux tuteurs familiaux dans les tribunaux sont mis en place permettant ainsi la guidance des familles.

5.3.2 – Groupe d'entraide psychologique ; notamment aleas situation amoureuse **p 59**

-Réorganiser le quotidien : aides à domicile ; **5.4.1 – Vivre dans la cité en toute autonomie**
-Contre la marginalisation : développement des CHRS saturés ; financement de nuits d'hôtel par les CCAS ; résidences hôtelières.

Les difficultés financières p 60

- **Les sources de ruptures :**

Précarité financière motif majeur

-Les aides financières : familles, aides sociales, AAH, PCH mais l'attribution est parfois très difficile et ne prend pas en compte toutes les spécificités de ce handicap. Droits pas toujours connus [\[site\]](#)

- Emploi

-Gestion du budget **p 61**

-Logements et loyers adaptés

- **Les solutions :**

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

aides financières à adapter, développer, pérenniser et faire connaître : 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 : assouplissement des procédures d'attribution et de révision des aides.

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. **5.2.3 – L'évaluation du handicap psychique par la MDPH**

- Les mesures de protection : former les mandataires judiciaires

La MASP, Mesure d'Accompagnement Social Personnalisé : peut prévenir une rupture due aux ressources financières.

-Les logements sociaux **p 62**

L'accès 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 : structures adaptées et diversifiées

Meilleure répartition attendue entre les ressources allocataires et les ressources du travail pour les personnes salariées et augmentation des aides sociales pour les personnes qui ne travaillent pas.

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 : vigilance partagée.

Le vieillissement des personnes p 63

- Les sources de ruptures

- Un vieillissement différent : prématuré ; pb des seuils d'âge pour l'accueil en structure

- Les EHPAD : coût (soins, dépendance, hôtellerie) ; il existe des EHPAD Alzheimer, peu d'EHPAD HPsy : doivent pouvoir justifier d'équipements adaptés et de personnels spécialisés
- Le maintien à domicile : professionnels du maintien à domicile peu familiarisés, partenariat SAVS limité

- Les aides sociales : inégalités territoriales

- Les solutions : p 64

- Diversifier l'offre : les maisons intergénérationnelles, EHPAD Handicap Psychique avec du personnel formé, accueil familial pour personnes âgées handicapées psychiques.

Décloisonner les âges d'accès aux structures.

Clarifier les solutions et financements des dispositifs.

- Clarifier et unifier les 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**

- Refonte du système de prestations d'accompagnement à domicile (conditions d'âge, ouverture au logement temporaire).

- Créer des interphases/des transitions : **5.6.2 – Parcours d'accompagnement au logement pour les personnes vieillissantes souffrant de troubles psychiques**

L'articulation entre les différents acteurs (partenariat,...) p 65

- Les sources de ruptures :

De manière **transversale** : nécessité de décloisonnement du travail entre professionnels (sanitaire, médico-social, social), familles et usagers. Le modèle hospitalo-centré constitue un frein à la construction de réseaux autour du projet de l'utilisateur.

Les **bailleurs** : situations de crise, souvent seuls face aux plaintes.

Les professionnels du **médico-social** : manque de visibilité des actions des uns et des autres.

Manque d'un référent de parcours.

- Les solutions :

- Identifier les partenaires potentiels

5.5 – Partenariat et coordination

Identification des compétences respectives. Information de l'existant, 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 **p 65**

plate-formes spécifiques à la thématique logement, commissions logement, ... Un pilotage commun permet une articulation entre le sanitaire et le médico-social ; conventions de partenariat, charte et règlement pour les commissions. Cadre juridique à préciser/ARS

Dvppmt Système Intégré d'Accueil et d'Orientation.

-Offrir les moyens à la mise en œuvre

5.5 – Partenariat et coordination

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

-Identifier un référent

5.5.4 – La fonction de référent social

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

--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 »).

Les spécificités de la maladie p 68

- Les sources de ruptures :

Grande variabilité peu maîtrisable. Attentes fortes des bailleurs : recours/parcours

Place du médecin généraliste (formation) ; personnes handicapées vieillissantes partic.

- Les solutions :

-**p 69** La place du soin : rôle du méd. généraliste ; équipes mobiles, éducation thérapeutique : financement ? Articulation des intervenants et des prescripteurs. **Usagers :** ouvrir la pharmacopée à des médecines plus naturelles.

-La place du médico-social : SAMSAH, SAVS, ... **5.4.2 – Le SAVS, un outil essentiel au service du maintien à domicile . 5.4.5 – Dispositif AVDL.** Rôle de suivi et d'alerte.

- Un référent comme repère : référent de parcours proche de la personne ; à différencier du référent social : **5.5.4 – La fonction de référent social**

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

L'évaluation et/ou l'orientation inadéquate p 70

- Les sources de ruptures :

Erreur d'évaluation / orientation : évaluations par équipes MDPH, CDAPH, équipes spécialisées , passage par appartement d'essai, place de l'évaluation des intervenants de proximité. Importance de préciser capacités et projet de vie.

-évaluation spécialisée manquante ; intégrer la variabilité dans le temps chez une même personne

-mauvaise orientation : partenariats insuffisants ? **P71**

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.

-outil adapté : **5.2.3 – L'évaluation du handicap psychique par la MDPH**

-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 ; MDPH : formation de l'équipe pluridisciplinaire, évaluation en milieu de vie, coordination autres équipes spécialisées faisant l'objet de convention (existe pour d'autres handicaps)

-diversifier l'offre : réserver des places d'essai, évaluation, orientation **5.2 – L'évaluation en vue de l'accès et/ou du maintien à domicile.**

L'isolement social p. 72

- Les sources de ruptures : Isolement social multifactoriel.

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.

- Les solutions :

- offre culturelle et associative ; GEM, SAVS, centres sociaux [sensibilisation des personnels], offre culturelle et de loisirs : tarifs préférentiels avec info des usagers et des accompagnateurs, milieu rural : offre itinérante.

-être vigilant et permettre l'écoute : médiation par les bailleurs sociaux, partage d'info, répartition des tâches entre les professionnels ; **5.4.4 – L'intervention du correspondant de nuit ; p.73**

Ecoute téléphonique y compris de nuit. Dispositif Optima.

-lieu de vie adapté : 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.

2^{ème} partie Fiches techniques : expériences innovantes sur le territoire ; forces et faiblesses ; reproductibilité.

Mise à jour 07 10 13