

Appel à projet de la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie
« **Et nos voisins européens, comment font-ils ?** »

Accès et maintien dans le logement
des personnes porteuses de troubles psychiques
Etude exploratoire en Suisse et Belgique

Association Dijonnaise d'Entraide des Familles Ouvrières
(ADEFO)

-

Dirigé par Mme Véronique Baillet

-

10 septembre 2018



EA-7458



Table des matières

Enjeux et objectifs du projet	1
Objectifs et contexte de la mission d'étude	3
I. Le porteur de projet : l'ADEF0.....	3
II. Les objectifs et enjeux pour l'ADEF0	3
III. Politique d'encadrement du public précaire souffrant de troubles psychiques	4
IV. Cadres réglementaires en Belgique	5
V. Cadres réglementaires en Suisse.....	7
Dispositifs étudiés	9
I. Objectifs et publics visés	9
II. Modalités de mise en place et de fonctionnement	10
III. Evaluation d'impacts pour les usagers et le système	17
IV. Intérêts et limites	18
Recommandations et comparaisons avec la France	20
I. Comparaisons avec les dispositifs et les pratiques en France.....	20
II. Plus-value et faisabilité de la transposition des pratiques européennes	20
Retour d'expérience sur la mission d'étude	22
I. Enseignements tirés	22
II. Les suites envisagées	22
III. Analyse critique de la mission d'étude.....	22
IV. Pistes d'approfondissement / études complémentaires à mener.....	24
Conclusion	27
Annexes.....	28
Annexe 1 : Mesures d'urgence et plan de crise conjoint.....	29
Annexe 2 : GEBAH.....	32
Annexe 3 : Méthodologie.....	40
Annexe 4 : Ressources documentaires	64
Annexe 5 : Bibliographie	68

Enjeux et objectifs du projet

Depuis 2011, l'Etat et les associations œuvrent à la refondation du secteur A.H.I. (Accueil Hébergement Insertion) en privilégiant prioritairement le logement non plus comme finalité mais comme un préalable à toutes formes d'accompagnement. Des expérimentations à plusieurs échelles ont été menées, le Logement d'Abord et le concept « Housing First ». La région Bourgogne et le département de la Côte d'or ont été territoires pilotes pour le logement d'abord.

La loi ALUR (Accès au Logement et Urbanisme Rénové) du 24 mars 2014 reconnaît juridiquement l'existence du SIAO (Service Intégré d'Accueil et d'Orientation) dans chaque département. Reconnaissance traduisant la volonté du gouvernement d'imposer une coordination départementale incontournable en matière d'hébergement et d'accès au logement des personnes sans domicile.

Un plan quinquennal 2018-2022 « le logement d'abord » a été lancé par le gouvernement et inscrit à nouveau le logement comme une priorité. En parallèle, un plan interministériel de prévention des expulsions locatives conforte la nécessité de privilégier le maintien dans le logement ou le relogement.

L'évaluation des expérimentations « Un Chez Soi d'Abord » sur les métropoles de Lille, Marseille, Toulouse et Paris démontre la pertinence de ces dispositifs en direction des personnes à la rue et souffrant de troubles psychiques et ou de graves addictions. Un appel à projet national est alors lancé et la Côte d'Or se positionne.

Ces volontés politiques s'articulent étroitement aux missions du SIAO.

La Loi ALUR stipule que « toute personne accueillie dans une structure d'hébergement d'urgence doit pouvoir y bénéficier d'un accompagnement personnalisé » (Article L345-2-3) mais aussi qu'une « personne morale » a pour mission « de veiller à la réalisation d'une évaluation sociale, médicale et psychique des personnes ou familles (...), de traiter équitablement leurs demandes et de leur faire des propositions d'orientation adaptées à leurs besoins, transmises aux organismes susceptibles d'y satisfaire » (Article L345-2-4). La question de l'évaluation et la projection d'un parcours hébergement logement se posent aussi pour les personnes en rue ne bénéficiant pas d'un hébergement d'urgence (refus de la personne, absence de place...).

Les orientations via les commissions SIAO permettent jusqu'à présent des prises en charge et des accompagnements par paliers (hébergement de stabilisation, hébergement d'insertion, logement adapté...) axés principalement autour de la dimension sociale.

C'est dans le cadre de ces évaluations SIAO que la question du logement attendu par la personne est systématiquement abordée. Très régulièrement, les personnes se projettent dans un logement autonome, souvent de petite taille, idéalement situé en ville. En parallèle, le travailleur social qui a recueilli les volontés de la personne et son parcours de vie, se trouve confronté à une acceptation d'un hébergement en place du logement imaginé. Il doit en effet tenir compte de plusieurs facteurs comme le rapport à l'autonomie, l'existence de problématiques de santé pouvant avoir une incidence psychique, la capacité du sujet à évoluer dans un collectif, les ressources financières, la présence d'un animal. Autant d'éléments qui tendraient à proposer à la personne un logement/hébergement certes adapté à l'évaluation mais en inadéquation avec son projet et ses volontés initiales. Se dessine alors l'écart entre les représentations de la personne en rue et le projet proposé par le travailleur social. Ecart retravaillé dans le cadre de la relation d'aide entre les deux protagonistes, ce dans le but d'amener le sujet à une acceptation libre et à une adhésion au projet de relogement accompagné.

Une confrontation apparaît alors entre l'imaginaire et les fantasmes des personnes en rue et le réel incarné par les projets des travailleurs sociaux. Cette confrontation se voit d'autant plus majorée lorsque le sujet en rue est porteur d'un trouble psychique. Quand le lien au réel est modifié, perturbé voir totalement rompu, il est vraisemblablement plus complexe de trouver cet accord commun entre les deux parties. Face à cela, les travailleurs sociaux semblent démunis et insuffisamment outillés pour appréhender les représentations du sujet et l'amener à élaborer sur ses capacités réelles d'habiter. Aujourd'hui, les aspirations de la personne sont appréhendées par les professionnels par le biais de descriptions, parfois de visites dans différents lieux d'insertion et de nombreux temps informels. Ainsi, ils ont souvent le sentiment d'imposer le réel à la personne en rue et de ne pas suffisamment intégrer les volontés de cette dernière.

Explorer de nouvelles pratiques à un niveau européen permettra d'intégrer un troisième facteur dans la complexité duelle entre les professionnels et l'individu en rue : l'institution et ses contraintes. En effet, si l'on se décentralise de cette relation duelle, les contraintes institutionnelles prennent une place prépondérante dans ce travail d'articulation entre les deux sujets. Les acteurs de terrain sont au quotidien confrontés aux demandes des individus en précarité mais aussi aux exigences de la société à un niveau institutionnel. Ils se trouvent alors dans un entre-deux, jouant le rôle d'intermédiaire entre les usagers et l'institution. On saisit alors toute la subtilité dont ils doivent faire preuve afin de répondre aux attentes de chacun des acteurs du projet. Parfois, ce travail d'articulation se voit empêché notamment par une attente souvent trop longue entre la finalisation d'un projet et l'accès au logement du sujet. Cela entraîne alors un décrochage, un abandon et une perte de confiance de l'utilisateur envers les institutions. Le travail de lien établi en amont avec les acteurs sociaux est alors fragilisé voir totalement déconstruit. Le professionnel est donc confronté à l'échec, à l'impuissance entraînant parfois le désinvestissement de la personne et donc une majoration de l'écart entre les deux protagonistes. Ainsi, se déplacer dans une institution d'un pays distinct de la France permettra de se détacher de ces contraintes liées celle-ci, pouvant parfois biaiser le travail effectué par les travailleurs interdisciplinaires. Ce dans le but de pouvoir identifier clairement les éléments facilitateurs à la construction d'un projet commun autour du logement. Il ne s'agira pas d'exclure complètement la place et le rôle influent que peut avoir l'institution sur la concrétisation des aspirations au logement du sujet, mais plutôt de se focaliser majoritairement sur l'accompagnement proposé à l'utilisateur de manière à pouvoir appréhender des outils favorisant l'accès et le maintien au logement de ce public.

Partant de ce constat pratique des acteurs confrontés à ce public en rue, on peut s'interroger sur le fondement des représentations de ces sujets. Quels sont les facteurs participants de la réussite d'accès à un logement pour l'utilisateur ? Comment approcher au plus près de ses idéaux, de ses désirs, de ses projections dans un futur logement ? Quel accompagnement optimum peut-on leur proposer pour les aider à accéder et habiter un logement ?

C'est dans ce contexte que l'intérêt de participer à cette étude est né. Il s'agira pour l'équipe participante au projet de découvrir de nouveaux outils à une échelle européenne. Nouveaux outils qui s'inscriraient dans une dynamique d'accompagnement novatrice incluant pleinement les aspirations, les besoins, la temporalité et la subjectivité de la personne pour améliorer à terme l'insertion de cette dernière dans notre société.

Plusieurs questionnements ont ainsi motivé ce projet et sont à l'origine de notre réflexion :

- Comment approcher au plus près des représentations que se fait le sujet de « l'habitat » ?
- Quelles méthodes d'évaluation sont utilisées chez nos voisins européens pour appréhender les capacités d'habiter des usagers ?
- Quels facteurs participent au maintien des usagers dans le logement à long terme ?
- Quels accompagnements sont proposés aux usagers pour accéder et habiter dans un nouveau logement ?

Objectifs et contexte de la mission d'étude

I. Le porteur de projet : l'ADEFEO

L'association dijonnaise ADEFEO a pour but d'apporter un soutien aux personnes et aux familles en situation de souffrance, de vulnérabilité et d'exclusion.

Elle se propose d'atteindre cet objectif par l'accueil, le soutien, l'accompagnement, l'insertion, l'hébergement grâce à des lieux d'habitat, de rencontre et par des activités à caractère social et éducatif. Aussi a-t-elle en œuvre différents services destinés à aider ces personnes et ces familles en difficultés.

Toutes les énergies tendent vers le même but : la restauration de la personne, du lien social et de sa promotion.

Les statuts, déposés en 1952, ont été actualisés en 2014 dans le cadre d'une réflexion, menée entre les administrateurs et le personnel, sur le projet associatif.

Ses missions ont un rayonnement départemental, à l'échelle de territoires urbains mais aussi ruraux.

II. Les objectifs et enjeux pour l'ADEFEO

L'activité de l'ADEFEO s'organise autour de plusieurs pôles, notamment un pôle Hébergement (hébergement d'urgence 360 places, hébergement d'insertion 160 places) en direction de ménages (personnes seules, familles). Ces hébergements se traduisent en établissements CHRS (Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale) au nombre de 2 et de services à vocation uniquement sociale (secteur AHI, Accueil Hébergement Insertion) structurés chacun soit en internat soit en externat. Plusieurs équipes réalisent des missions de mise à l'abri, d'hébergement, d'accompagnement de manière inconditionnelle selon les places disponibles (hébergement urgence/115 puis Hébergement d'Insertion si nécessaire), ce pour les ménages se trouvant accidentellement ou non en rupture d'hébergement / logement. Au-delà d'une problématique sociale repérée liée à la perte de l'habitat, les personnes accueillies peuvent aussi souffrir de problématiques psychiques voire psychiatriques et les équipes constituées majoritairement de travailleurs sociaux font le constat de difficultés récurrentes à accompagner, organiser de manière concomitante et complémentaire le parcours hébergement / logement et le parcours de soins (liens service / professionnels soignants et équipes socioéducatives).

L'ADEFEO, porteuse par ailleurs et par convention, du Service Intégré de l'Accueil et de l'Orientation (SIAO), pour le département de la Côte d'Or, est sensible dans la construction des parcours hébergement /logement de l'ensemble des ménages du département en rupture d'hébergement ou en risque de l'être, à la question de l'accès, du maintien en logement des personnes souffrant de problématiques psychiques, psychiatriques.

De manière générale les questions se posant fréquemment soit à l'échelle associative soit à l'échelle départementale dans la mission SIAO « observatoire des parcours hébergement / logement » se résument à : *quels liens entre soin et accompagnement social afin de garantir un parcours logement/hébergement adapté aux besoins de chacun ?*

L'ADEFEO membre du Groupement de Coopération Sociale et Médicosociale créée à l'occasion de la réponse à l'appel à projet Un Chez Soi d'Abord a souhaité, en parallèle des travaux en cours nécessaires à la mise en forme réglementaire de ce dispositif (comité de pilotage, groupes de travail), étayer ses représentations cliniques du public précaire souffrant de troubles psychiques et

réfléchir de manière collégiale à de nouvelles modalités d'accompagnement spécifiques à cette problématique.

III. Politique d'encadrement du public précaire souffrant de troubles psychiques

Aujourd'hui le public précaire Cote d'Orien souffrant de troubles psychiques peut être accueilli, accompagné, selon plusieurs dispositifs, services, établissements :

- S'il est momentanément privé d'habitat
 - Il peut être accueilli sur des places d'hébergements d'urgence saisies via la ligne 115 et après un temps d'observation et d'apprivoisement, il pourra alors, en fonction de l'intensité de son adhésion à un accompagnement santé, être mis en lien avec des équipes soignantes dont les missions sont adaptées à sa demande (médecin généraliste, Equipe Mobile Psychiatrie Précarité, Centre Médico-Psychologique, Centre polyvalent de santé...). A partir de l'hébergement d'urgence, une évaluation sociale globale de sa situation sera réalisée et une orientation parcours hébergement / logement se déclinera soit dans le secteur Accueil Hébergement Insertion le plus souvent soit exceptionnellement dans le secteur sanitaire voire médico-social. Le temps d'attente en fonction de la préconisation élaborée sera plus ou moins long et ce en raison de plusieurs facteurs (adhésion à l'orientation, places indisponibles...) et risque à terme de défavoriser l'accès aux soins psychiques (conditions d'hébergement difficiles : collectif, mise à la rue la journée, difficulté d'observance d'un traitement, de rendez-vous...).
 - Il peut continuer à occuper durablement la rue soit en raison d'une absence de places en hébergement d'urgence soit par sa non adhésion aux contraintes de l'hébergement proposé. Il sera alors repéré, identifié, accompagné par un ensemble de professionnels de la Veille Sociale (maraude de travailleurs sociaux, Accueil de Jour, Equipe Mobile de Psychiatrie Précarité, Samu Social...) qui de manière construite tenteront d'intervenir pour permettre soins et orientation vers un hébergement d'urgence, d'insertion (115 / SIAO) ou autre plus pérenne. L'accès aux soins est rendu possible ici grâce surtout à la qualité relationnelle établie s'inscrivant dans l'intensité dosée, la régularité, la reconnaissance la non contrainte, la non projection, la durée, etc.
- S'il est en logement personnel et isolé
 - Les services sociaux de secteur, Conseil Départemental, CCAS, les bailleurs privés ou publics relaient leurs difficultés (troubles du voisinage, isolement, endettement...) lors des comités locaux de santé mentale, des commissions spécifiques (métropole), des Commissions de Coordination des Actions de Prévention des Expulsions (CCAPEX), SIAO, etc. Ces différentes instances permettant le repérage des situations et la projection si possible d'un accompagnement spécifique privilégiant le maintien dans le logement.
- S'il est hospitalisé ou incarcéré
 - La synergie liée aux partenariats et à l'activité SIAO permet de repérer, de travailler ces situations et d'envisager un parcours soin et habitat correspondant au mieux aux besoins cliniques et socio-économiques conjointement identifiés.

L'opportunité d'un appel à projet « Un Chez Soi d'abord ». Ce dispositif, issu d'expériences canadiennes, ayant apporté la preuve que l'ancrage sans condition dans un logement est une condition qui permet de réduire la mortalité des personnes en rue souffrant de pathologies mentales sévères, a amené la Délégation Interministérielle à l'Habitat et au Logement (DIHAL) à

l'expérimenter sur 4 villes en France entre 2011 et 2016. La phase d'expérimentation ayant été concluante, le dispositif sera déployé progressivement sur toute la France d'ici à 2022.

En 2018, la région Bourgogne - Franche-Comte se verra dotée de moyens pour le déploiement de ce dispositif. L'attribution d'autorisation sera délivrée par l'agence régionale de santé à l'issue d'une procédure d'appel à projet. Ce dispositif sera financé à hauteur de 95 places d'appartements de coordination thérapeutique et sera porté par un groupement de coopération sanitaire et médico-sociale (GCSMS).

Les objectifs du dispositif tendent à cibler les personnes sans-abri présentant des troubles psychiques sévères, des addictions et des besoins élevés d'accompagnement qui échappent aux dispositifs ordinaires de prise en charge. Les ressources du public cible se situent essentiellement entre aucunes, le RSA, l'AAH et varie selon la régularisation quant au séjour sur le territoire français, à l'éligibilité à des droits, et son lien avec le secteur sanitaire.

IV. Cadres réglementaires en Belgique

A. Gouvernance de l'offre et financement

Namur est une ville relativement bourgeoise, les loyers sont onéreux d'où la nécessité de s'éloigner en banlieue. Pour exemple, un studio sur Namur vaut entre 500 et 600e de loyer. Le Revenu de Solidarité Active (RSA) est versé à partir de 18ans et s'élève à un montant de 800e pour une personne seule et à 1100e pour couple.

Il n'existe pas de ligne 115 pour solliciter une place d'hébergement d'urgence. Cependant il existe des asiles de nuit pour tout public (personnes seules, familles) pouvant être sollicités directement par les personnes elles-mêmes, ou les services sociaux.

Les hospitalisations en psychiatrie se font selon le choix des patients (service public, service privé). Les personnes elles-mêmes sollicitent leur hospitalisation.

Pour les personnes dites précaires c'est pendant le temps de l'hospitalisation en lien avec l'aspect médical de leur prise en charge qu'est travaillée la question de l'hébergement ou du logement à venir. Les équipes hospitalières associent soin et accompagnement social de manière complémentaire et construite.

Cependant les dotations par régions en direction du secteur hospitalier diminuent.

L'hôpital Saint Martin est privé, géré par des structures associatives. Le système belge est sous une liberté totale de soins, le choix du lieu d'hospitalisation est libre, l'utilisateur est donc libre de choisir sa structure et sa région. Le prix de l'hospitalisation est le même en structure privé ou public, les systèmes de remboursement aussi.

Les structures sociales post-hospitalisations sont gérées par des associations financées elles aussi par la région.

Les personnes bénéficient de minima sociaux permettant aussi la prise en compte d'un loyer qui reste cependant élevé.

B. Encadrement des interventions / référentiels de pratiques

Depuis 2010, la réforme 107 des soins en santé mentale et plus précisément le projet Réseau Santé Namur a pour objectif le soutien de l'utilisateur psychiatrique dans son milieu de vie. Cela suggère une articulation optimale des soins dans la communauté avec une recherche d'alternative à l'hospitalisation (lorsque cela est envisageable), une attention spécifique portée à la réhabilitation psychosociale, la mise en place d'équipes mobiles spécialisées en santé mentale et la création d'un

réseau coordonné d'acteurs issus des cinq fonctions développées dans les 22 réseaux répartis en Belgique :

- 1) Prévention, promotion des soins en santé mentale, détection précoce, dépistage, pose d'un diagnostic. Cette fonction regroupe les centres de santé mentale, les maisons médicales, les médecins généralistes, les Centres Public d'Action Sociale (CPAS), les services de soins à domicile, etc.
- 2) Equipes ambulatoires de traitement intensif, aussi bien pour les problèmes psychiques aigus que chroniques ; c'est-à-dire les équipes mobiles. Cette fonction regroupe les équipes mobiles répondant aux situations aiguës ou chroniques.
- 3) Equipes de réhabilitation travaillant à la réinsertion et à l'inclusion sociale. Cela concerne les centres de réadaptation fonctionnelle, les entreprises de formation par le travail, les clubs thérapeutiques, les centres de jour, etc.
- 4) Unités intensives de traitement résidentiel, aussi bien pour les problèmes psychiques aigus que chroniques, c'est-à-dire les soins hospitaliers. Cette fonction concerne les hôpitaux psychiatriques et les hôpitaux généraux.
- 5) Formules résidentielles spécifiques permettant une offre de soins adéquate. Cette fonction regroupe tous les acteurs actifs dans le domaine du logement : logements sociaux, maisons d'accueil, services d'aide aux sans-abri, initiatives d'habitats protégés, les maisons de soins psychiatriques, etc.

Cette réforme permet de réallouer une partie des moyens financiers, humains, etc., existants dans les hôpitaux pour les réorienter vers une nouvelle forme de prise en charge.

Ce projet s'articule autour de deux axes : 1) L'organisation d'un réseau large et coordonné consistant à mettre en lien des acteurs issus de secteurs différents, développer des espaces de concertation, élaborer des procédures de collaboration, augmenter l'inter-connaissance entre les acteurs. 2) La mise en place de nouveaux dispositifs de soins avec la création d'équipes mobiles spécialisées en santé mentale dont une d'urgence qui peut se déplacer en binôme, 24h/24.

Le patient est pris en charge dans son milieu de vie, au sein de son tissu social d'origine. On assure une continuité des soins par un travail en réseau concerté de tous les acteurs concernés, y compris l'utilisateur, son entourage et sa famille.

C. Profils des personnels

Au sein de l'hôpital Saint Martin, chaque unité possède un psychiatre référent qui reste néanmoins indépendant, il n'est donc pas rattaché à un hôpital particulier et cumule bien souvent plusieurs institutions. Ce fonctionnement est identique dans le public et dans le privé, exception faite pour les CHU. Une équipe type de soignants pour une unité de 30 lits est constituée d'un psychiatre, d'un infirmier en chef, de 4 infirmiers, 4 aides soignants, un assistant social, de 4 éducateurs, d'un orthophoniste et d'un psychologue. L'éducateur est considéré comme un soignant. Une réelle volonté se forme autour de l'intégration de « pair aidant » (ou médiateur pair) mais peu sont formés car une seule université propose ce type de formation en Belgique.

D'autres types de personnel ont été découverts comme l'infirmier social qui se trouve à la jonction entre le médical et le social. Sa formation reste basée sur deux ans en étude d'infirmier complétée de deux ans dans le champ social.

L'offre de formation reste très importante au sein de l'hôpital avec 90% du personnel qui a voyagé au moins une fois dans un pays européen pour découvrir d'autres pratiques de soins.

La formation et les concepts de base des psychologues sont axés sur une théorisation plus systémique et phénoménologique leur permettant ainsi de travailler davantage en réseau et en équipe pluridisciplinaire. La psychanalyse ne semble pas être utilisée comme base unique de réflexion.

IV. Cadres réglementaires en Suisse

A. Gouvernance de l'offre et financement

Le seuil de pauvreté en Suisse est identifié lorsque les ressources de personne sont en dessous de 3000e par mois. La sécurité sociale est payante (environ 500e par mois). Il existe un équivalent au Revenu de Solidarité Active (RSA) de la France qui est appelée Assurance Invalidité (AI) destinée aux personnes âgées de 18 à 65ans. Elle offre une protection aux personnes n'ayant pas encore atteint l'âge de la retraite et qui ont perdu une partie de leur capacité de travail et peut s'élever à 1500e par mois.

Des associations / fondations existent par canton, elles sont organisées chacune de manière autonome et elles gèrent directement leurs admissions. Elles sont financées via le canton de référence.

En Suisse, une aide sociale au logement peut être apportée, sans durée de déclinaison. Elle est directement versée aux structures logeuses (associations/fondations, bailleurs privés publics) et son montant, en raison des loyers très élevés, est calculé selon chaque situation (rapport loyer / ressources).

Il n'existe pas de ligne téléphonique 115, des espaces sociaux sont mis à disposition (mise à l'abri).

Le prix de la pension au sein d'un dispositif de la Fondation Trajets s'élève à 146 fFrs par jour, il comprend ainsi la mise à disposition d'un logement équipé, les repas, les produits d'hygiène et d'entretien ainsi que les services d'accompagnement socio-éducatifs. La facture est adressée à l'utilisateur ou à son représentant légal en début de chaque mois, alors responsable du paiement dans un délai de 30 jours.

B. Encadrement des interventions / référentiels de pratiques

La réforme de la péréquation financière et de la répartition des tâches entre la Confédération et les cantons (RPT) instaurée il y a 10 ans en Suisse nécessite une planification des besoins qualitatifs et quantitatifs établie au niveau cantonal ainsi qu'un contrôle de qualité par le canton. Ainsi, tout établissement qui occupe ou accueille des personnes handicapées doit obtenir une autorisation d'exploitation délivrée par le département de la solidarité et de l'emploi.

C'est dans ce contexte qu'en 2008, la Commission Cantonale d'Indication (CCI) a été créée. C'est une commission indépendante composée de 11 membres représentant les établissements, l'accompagnement à domicile, les personnes en situation de handicap et le réseau associatif. Financée par l'Office Fédérale des Assurances Sociales (OFAS), sa mission est sociale, non médicale. Elle constitue aujourd'hui le filtre au travers duquel toute demande relative à l'accompagnement à domicile et à l'accueil en établissement des personnes vivant en situation de handicap, doit être adressée. Le but est de leur garantir l'accès à des prestations répondant adéquatement à leurs besoins.

Cette commission s'adresse à toutes personnes vivant en situation de handicap psychique, physique, moteur et/ou sensoriel, âgées au minimum de 16 ans qui souhaitent une orientation ou pour qui une indication est nécessaire. La personne doit alors remplir un formulaire de demande d'indication en ligne qu'il adresse ensuite à la CCI (www.ge.ch/handicap/indication).

Le dossier de l'usager, non présent lors de cette commission, est étudié pour une pré-évaluation globale. L'orientation s'effectue sur l'une des 14 institutions de Genève conventionnées par le canton regroupant au total 727 places d'hébergement dont 220 réservées aux personnes souffrant de troubles psychiques. Après examen complet de la situation, la solution de prise en charge la plus adaptée aux besoins de la personne est proposée. La CCI est en charge également de rassembler et

de mettre à jour les données concernant les places disponibles et/ou les listes d'attente de places au sein des établissements accueillant ces personnes.

Les membres de la CCI se réunissent deux fois par mois pour examiner les demandes d'accompagnement ou d'hébergement, et pour visiter et évaluer les établissements. Suite à l'indication de cette dernière, c'est à la personne demandeuse de contacter l'institution d'orientation. Mais si elle ne s'est pas manifestée après quelques mois, la CCI demande à l'institution de la contacter.

En quelques chiffres, cette commission reçoit en moyenne 300 demandes par an dont 75% sont traitées. La durée de traitement des dossiers est de 35 jours en moyenne.

Nous avons pu être accueilli par l'une des institutions conventionnées avec la CCI : la Fondation Trajets, implantée à Genève.

C. Profils des personnels

Le personnel que nous avons pu rencontrer au cours de ce voyage à Genève était principalement des travailleurs sociaux, éducateurs, assistants sociaux qui accompagnent la personne vers l'autonomie. Une coordination s'effectue avec le milieu médico-sociale mais aucun médecin n'est présent au sein de la fondation. Le domaine psychosocial est majoritairement représenté.

Dispositifs étudiés

I. Objectifs et publics visés

A. Centre Neuro-Psychiatrique Saint Martin de Namur, Belgique

L'hôpital St Martin compte 1681 admissions, 295 lits d'hospitalisation et 90 lits de soins psychiatriques répartis sur 9 unités.

Le public, dont l'âge varie de 12 à 80 ans, est principalement représenté par des hommes. La majorité des admissions restent volontaires. La population accueillie est dans une situation sociale relativement précaire (33% de chômeurs, 39% bénéficient d'aides, 16% d'une allocation handicapée). Environ 2 à 3% des personnes hospitalisées seraient en situation de marginalisation.

Les frais de séjour varient de 5,44e à 42,58e par jour selon le statut administratif de la personne (chômeur, personne à charge, etc.).

Les personnes souffrant de troubles psychiques sont prises en charge au sein de ce CNP lors de phases aiguës nécessitant transitoirement une hospitalisation dont la durée oscille autour de trois semaines. Lors de cette hospitalisation, le projet de soins de la personne est élaboré par l'équipe pluridisciplinaire du service en lien avec l'ensemble du réseau qui constitue les cinq fonctions précédemment décrites. Ce projet de soins a pour objectif la réinsertion de la personne dans un logement adapté.

Cet premier séjour à Namur avait pour objectif de nous présenter l'offre de soins en santé mentale ainsi que les modalités de prise en charge de personnes souffrant de troubles psychiques. Comme nous l'avons vu précédemment, la réforme 107 propose un travail en réseau, ainsi, l'hôpital Saint Martin et l'équipe qui nous a accueilli nous a invité à visiter lors de notre séjour une unité de soins psychiatriques situées dans le Centre Saint Martin, un centre de jour, les membres d'une équipe mobile ainsi que deux structures d'initiatives d'habitations protégées.

B. Fondation Trajets de Genève, Suisse

La Fondation Trajets a été créée en 1979, à partir de la demande émanant de « l'asile d'aliéné » qui s'est petit à petit ouvert sur la cité, « l'hôpital hors des murs ». La fondation fonde sa philosophie sur l'autonomie de la personne, c'est-à-dire l'aider à reprendre le pouvoir sur sa vie quotidienne, restaurer chez l'utilisateur sa capacité à maîtriser son quotidien. Les deux missions principales de cette fondation sont : rendre l'utilisateur acteur dans sa vie quotidienne par l'intégration professionnelle, sociale et les loisirs et l'accompagnement plus particulier des personnes souffrant de troubles psychiques. Elle propose en effet à ces dernières un accompagnement vers plus de liberté et de responsabilisation, un renforcement de leurs compétences en développant leurs potentiels pour tendre à une autonomisation maximale et une intégration dans la société par le biais d'une approche globale de leur situation. Leur approche est principalement basée sur la valorisation des rôles sociaux (VRS) qui passe notamment par la destigmatisation. L'important n'est pas le diagnostic psychiatrique mais les capacités de la personne à faire certaines tâches.

La fondation présente plusieurs prestations :

- Les entreprises sociales : 10 micro-entreprises dont 40 métiers différents avec tous niveaux d'autonomie et compétences possibles. Ces micro-entreprises sont intégrées dans la cité, il n'y a aucune marque de stigmatisation concernant les usagers qui travaillent au sein de ces entreprises. Pas de maîtres sociaux-professionnels, pas d'éducateurs dans les entreprises, ni travailleurs sociaux, la gérance est effectuée par des professionnels-métiers spécifiques au travail demandé (formation de sensibilisation au public porteur de troubles psychiques).
- Hébergement : trois résidences à accompagnement dégressif (voir ci-dessous).

- Intégration citoyenne : formation et loisir.
- Secteur psychosocial : chargé de l'accueil, de l'évaluation et de l'orientation de la demande.

La fondation accompagne aujourd'hui plus de 400 usagers et a établi des liens avec près de 135 collaborateurs au sein de la cité que ce soit avec les entreprises ou les structures médico-sociales.

Comme évoqué précédemment, Trajets développe plusieurs axes d'accompagnement intriqués. Nous nous sommes plus particulièrement intéressé à l'axe concernant l'hébergement et les moyens développés pour accompagner les usagers vers plus d'autonomie. Les personnes qui se présentent à Trajets ne sont pas un public en rue, elles ont parfois connu un passage en structure d'hébergement d'urgence mais le public accueilli est relativement stabilisé. La CCI garantissant l'évaluation de la stabilisation de l'utilisateur avant l'orientation. Le temps entre la déposition du dossier à la commission jusqu'au logement peut varier de 5 mois à un an. En moyenne, un hébergement proposé par Trajets coûte 4000frs par mois. Actuellement 75 places d'hébergement sont proposées aux usagers réparties sur trois dispositifs d'hébergement différents : les structures résidentielles (le Plateau, le Rondeau, les Cherpines), les appartements accompagnés (le Rondeau, les Cherpines, Troinex) et les appartements de suivi. Chaque dispositifs présentent des caractéristiques particulières qui varient notamment sur la présence plus ou moins importante de l'équipe sur place, sur la durée maximum de séjour de l'utilisateur et sur le type même de logement (collectif ou individuel). Une permanence téléphonique de suivi et d'urgence est disponible 24h/24h.

L'orientation de la personne s'effectue en fonction de ses capacités d'autonomie, de son vécu et surtout de ses aspirations et désirs en terme de logement.

La fondation collabore activement avec le réseau médical puisqu'aucun professionnel soignant n'est présent au sein de Trajets. Pour pallier ce manque, l'utilisateur a la possibilité de remplir des documents : « Mesures d'urgence Utilisateur » et « Plan de crise conjoint » afin de guider le professionnel en cas de situation de crise. L'utilisateur est ainsi responsable de sa prise de traitement que ce soit dans les hébergements les moins autonomes aux appartements individuels. Dans le cas où il ne peut le gérer, des ressources extérieures peuvent être sollicitées (réseau médical, pharmacie, soins à domicile, etc.). Voir Annexe 1.

II. Modalités de mise en place et de fonctionnement

A. Exemple du réseau du CNP Saint Martin de Namur

1. L'unité Philéas

L'équipe d'accueil a tenu à nous présenter le fonctionnement de l'une des unités du CNP Saint Martin dont l'accompagnement et la prise en charge de la personne reflète la notion de réseau et de coordination des partis évoqués précédemment. L'unité Philéas si situe sur le site du CNP Saint Martin, ses capacités d'accueil peuvent monter jusqu'à 34 personnes. Le public accueilli relève de la défense sociale et est sortant de prison, l'hospitalisation se pose alors comme une condition, il sont libérés à l'essai avec un accompagnement proposé par l'unité avec pour objectif la réinsertion social de l'individu. Le fonctionnement de cette unité se déroule de la manière suivante :

- Deux entretiens d'admission sont prévus, l'un en amont de l'hospitalisation à l'endroit où le patient se trouve (prison, domicile) afin d'évaluer la situation. L'autre au sein du service avec le psychiatre.
- Une fois par mois, une rencontre est prévue lors de l'hospitalisation avec le patient comprenant le psychiatre, le psychologue, l'assistant social et l'infirmier, ce en plus des entretiens individuels prévus avec chaque professionnel, selon les besoins. Ces concertations entre les professionnels accompagnant et la personne sont organisées afin que tout le monde puisse donner son point de vue.

- Selon les besoins de la personne et les disponibilités de logement, la durée de l'hospitalisation est variable. A sa sortie, une partie des membres de l'équipe ayant accompagné la personne au cours de son hospitalisation suit le patient de l'hospitalisation à son domicile. Il n'y a pas de durée définie pour ce suivi post-hospitalier. Cette équipe est encore différente des équipes mobiles créées récemment, elle se nomme « équipe de l'outreaching ». Le but étant d'autonomiser au maximum la personne pour espacer le suivi par l'équipe et aboutir à une réinsertion sociale du sujet. Il est possible de retourner dans le service en cas de crise. Actuellement, 10 à 15 personnes sont suivies en logement. La personne a la possibilité d'aller dans son nouveau logement lors de son hospitalisation à raison d'une fois par semaine, le week end et puis tout le temps une fois qu'il se sentira prêt.

2. Initiative d'habitation protégée (IHP) « Psynergie »

En post-hospitalier, le travail en réseau permet ainsi de proposer plusieurs types de logement à la personne comme par exemple un logement individuel, un logement supervisé, une communauté thérapeutique, etc. Dans la logique de cette présentation d'organisation de prise en charge de l'unité Philéas, il nous a été proposé de visiter et de rencontrer les membres travaillant au sein d'une initiative d'habitation protégée appelée « Psynergie » et avec laquelle le CNP Saint Martin se coordonne.

Ce type d'hébergement propose d'accueillir les personnes souffrant de troubles psychiatriques stabilisées, bien souvent sortant d'hospitalisation, ayant perdu leur logement personnel ou ne se sentant pas prêtes à y retourner. Ainsi les personnes peuvent elles-mêmes se présenter dans la structure pour demander un hébergement, sans nécessairement passer par une orientation médicale. Psynergie présente quelques hébergements individuels mais s'oriente principalement sur des hébergements communautaires. Leur capacité d'accueil est de l'ordre de 57 places à Namur réparties sur 6 maisons géographiquement réparties dans le centre ville et en banlieue. On compte 8 à 9 personnes par maison. Aucune durée de séjour n'est imposée, les sujets peuvent « poser leurs bagages et investir leurs chambres » selon la psychologue en charge de l'accompagnement des personnes hébergées.

Dans chaque maison on trouve un référent et un sous-référent. Le rôle du référent est d'organiser la vie communautaire et les tâches du quotidien. Ce dernier peut être un assistant psychologue, un ergothérapeute, un orthophoniste, un assistant social. Les personnes résidentes participent ainsi à toutes les tâches quotidiennes pour tendre vers une nouvelle autonomie. Une fois par semaine, une réunion avec le référent est planifiée pour établir l'organisation de la semaine suivante. Le co-référent seconde le référent et a un regard plus distant notamment lors des réunions hebdomadaires. Les résidents ont chacun leur chambre et vivent en collectivité. Nous avons ainsi visité la Villa Chalon située non loin du CNP Saint Martin où nous assistons d'ailleurs à la préparation du repas pour le déjeuner du midi effectué par trois des 9 résidents de la maison. Les pièces sont spacieuses, le jardin est entretenu par les résidents eux-mêmes et l'ambiance générale qui y règne est très apaisante. La nuit il n'y a aucun professionnel dans la maison, seul un numéro permet de joindre le référent en cas de besoin avec possibilité de déplacement. Les résidents doivent être présents dans la structure du dimanche soir au vendredi soir.

Le loyer type de ce genre d'hébergement s'élève à 455€ par mois, charges comprises. Les conditions requises pour être hébergé sont basées sur un suivi par un psychiatre. L'admission dans la maison se fait à partir de deux entretiens, l'un avec la personne et le second avec le médecin psychiatre en charge. Un contrat de séjour incluant les modalités de soin et de logement est signé lors de l'intégration dans la maison avec un principe d'exclusion en cas de non respect des clauses initialement prévues.

Les sources de financement pour l'IHP sont principalement basées sur les loyers des résidents permettant ainsi de gérer le parc immobilier dont ils sont propriétaires. Les salaires des équipes accompagnatrices sont versés par l'état.

Actuellement, la liste d'attente pour être hébergé dans ce type de structure est de 9 mois.

3. Les équipes mobiles Pléiades

Après la prise en charge par l'IHP Psynergie, un accompagnement vers un logement individuel et autonome est établi par l'équipe mobile de psychiatrie. Généralement, la demande de logement est initiée par le résident lui-même qui se sent alors prêt à vivre seul.

Deux types d'équipe mobile ont récemment été institués par le CNP Saint Martin. L'une est en charge d'accompagner les personnes dans leur lieu de vie plutôt sur le long terme, l'autre est dite d'« urgence » pouvant être appelée 24h/24, en charge d'évaluer la situation en terme de danger et de mener une réflexion sur la nécessité de faire rentrer la personne en soins, le but étant d'éviter un maximum l'hospitalisation en intervenant précocement directement où la personne se trouve. Dans le cas d'une hospitalisation forcée, l'avis médical s'impose, sur place, avec quatre critères particuliers : la personne est dangereuse pour elle-même ou pour autrui, présence d'une maladie mentale qui n'est pas une addiction, absence d'alternative, la personne n'est pas consentante. Parfois la police peut être associée aux interventions. La plupart des appels proviennent des professionnels, des voisins, ou du commissariat.

Les équipes sont constituées d'assistants sociaux, de psychiatres, de managers des soins extra-hospitaliers, de psychologues, d'éducateurs et d'infirmiers. Elles interviennent pour des personnes âgées de 16 à 65ans, directement sur le lieu de vie de la personne. Les interventions s'effectuent par binôme, 7 jours sur 7, sur rendez-vous, dans les 24h suivant l'appel. Une permanence téléphonique est effective également la nuit.

4. L'hôpital Psychiatrique de jour Mosaïques

Là encore, cette structure, dépendante du CNP Saint Martin, est en étroite collaboration avec les institutions précédemment décrites et complète l'offre d'accompagnement du résident. Elle accueille des personnes souffrant de troubles psychiques, en difficulté avec leur état mental. Cette structure est installée dans le centre ville de Namur depuis 2000 dans le but d'intégrer les personnes dans la cité et d'être à l'extérieur de l'hôpital psychiatrique. L'accueil des patients s'effectue en journée uniquement la semaine. La capacité d'accueil est de 30 personnes par jour avec une liste active de 60 personnes dont la moyenne d'âge est autour de 35 ans.

Les conditions pour prétendre à ce type d'accompagnement sont les suivantes : avoir un logement, savoir lire et écrire. Lors de l'admission, il est présenté le règlement intérieur de la structure avec une signature requise de la part de l'usager. L'équipe est constituée d'une secrétaire, d'un psychiatre à mi-temps, d'un psychologue coordinateur, d'un psychologue à mi-temps, d'infirmières psychiatriques, d'infirmières communautaires et d'un assistant social. L'objectif est d'aider la personne qui arrive en désinsertion sociale (perte d'emploi, rupture familiale, difficulté à s'insérer dans la société).

L'essentiel du coût de la prise en charge est payée par la mutuelle, le premier jour est facturé 22,16€ puis par la suite, 5,76€ par jour.

L'accompagnement s'effectue sur 16 mois et se découpe en 4 phases de travail :

1/ Les sujets se posent, observent, tissent la confiance avec l'équipe soignante = phase d'approche.

2/ Quand le niveau de confiance est suffisant et que les symptômes sont apaisés, la phase suivante débute, les usagers vont réfléchir à leur parcours de vie via des ateliers sur le récit de vie en

groupe, l'objectif étant de comprendre comment les difficultés sont arrivées dans la vie de chacun afin d'expérimenter d'autres manières de fonctionner.

3/ S'en suit une orientation vers l'un des deux ateliers plus spécifiques qui permettent d'expérimenter d'autres manières de fonctionner. Expérimentation en interne puis en externe.

4/ Phase sortie : préparation de la sortie avec des activités extérieures concrètes pour les sortir de l'hôpital psychiatrique en les insérant dans des réseaux sociaux.

Divers outils sont utilisés dans l'approche thérapeutique de la personne à savoir la thérapie de groupe, le travail dans le communautaire et un suivi individuel et familial.

Des entretiens réguliers sont établis entre un référent désigné par l'équipe et l'utilisateur afin de réévaluer ses besoins et sa situation. Un travail de réflexion permanent en collaboration avec les autres structures du réseau est établi avec une réadaptation en fonction des besoins de la personne.

5. Le projet « capteur de logement »

Le dernier jour nous avons rencontré M. Deriemacker, coordinateur de la santé mentale qui travaille sur la coordination du réseau 107 et du logement. Depuis la réforme 107 de 2010 qui vise à ce que la psychiatrie sorte de ses murs, des réseaux intersectoriels et des équipes mobiles ont été créés. Ces réseaux permettent la création de ponts entre différentes disciplines incluant la santé mentale, afin que l'individu porteur de troubles psychiatriques puissent traverser toutes les autres disciplines comme l'emploi, le logement, etc. Un enjeu majeur se présente autour du logement du fait de la diminution du nombre de places en hospitalisation et des propriétaires privés réticents à la mise à disposition de leur logement à ce type de population.

Ainsi, plusieurs axes de travail ont été pensés dont la création du projet « capteur de logement ». Il vise à favoriser l'accès au logement pour des personnes vivant avec un trouble de santé mentale et/ou en situation de précarité. Il se réalise notamment par le développement de garanties pour le propriétaire (diverses options de garantie financière et accompagnement psychosocial des personnes en logement). L'accès à un logement "traditionnel" (issu du parc immobilier privé) est souvent rendu difficile pour les personnes fragilisées en raison de leurs faibles revenus, du montant élevé des loyers et des charges, mais également de la stigmatisation liée à leurs problématiques ou à leurs modes de ressources financières (revenus d'intégration du CPAS, allocations pour personne handicapée, statut d'invalidité, etc.).

L'idée étant d'engager une personne spécialisée (disposant de compétences spécifiques dans le secteur de l'immobilier) et neutre (n'étant pas issu du secteur de la santé mentale ni de l'action sociale) pour entrer en contact avec les propriétaires privés. Grâce à ce profil spécifique et à des partenariats complémentaires, le « capteur de logement » accomplit les missions suivantes :

- Assurer la prospection de biens issus du parc immobilier privé ;
- Tenir un rôle d'intermédiaire et de médiateur avec les propriétaires ;
- Aborder ouvertement avec ceux-ci les enjeux financiers liés à la location ;
- Proposer aux propriétaires des « options de garanties » (gestion du paiement de loyer, accompagnement à domicile et/ou gestion du bien) ;
- Si nécessaire, informer et déstigmatiser ;
- Inciter les propriétaires à entrer dans une « démarche de solidarité à risque limité » ;

L'objectif étant d'aboutir à la captation de biens issus du parc immobilier privé.

Le projet de capteur de logement est un projet partenarial impliquant, au départ, trois types d'acteurs issus de trois secteurs différents :

- La santé mentale : Réseau Santé Namur
- L'action sociale : partenariat avec le Relais Social Urbain Namurois

- Le logement : partenariat avec une Agence Immobilière Sociale (A.I.S.)

Afin d'organiser l'accompagnement psycho-social et pour pouvoir introduire une nouvelle demande, de nombreux partenaires du paysage namurois ont signé une convention spécifique.

B. L'accompagnement proposé par la fondation Trajets

Comment intégrer un logement au sein de la fondation Trajets ? Dans un premier temps, il faut adresser, comme nous avons pu le voir, un demande en ligne à la CCI. Suite à l'orientation préconisée par la CCI, il sera possible pour l'utilisateur de se mettre en lien avec le Service d'Admission et d'Orientation (SAO) de Trajets pour pouvoir bénéficier d'un premier entretien d'informations et d'étude de la demande. Un deuxième entretien est organisé pour faire visiter les structures d'hébergement. Une évaluation finale est effectuée par le SAO pour planifier l'accueil de la personne dans un logement adapté à sa demande et à sa situation.

A son entrée dans la structure, la personne accueillie signe un règlement concernant le bruit, la propreté, la consommation de drogues, la violence, etc.

1. Les structures résidentielles

Trois structures de ce type ont pu être visitées : le Plateau, le Rondeau et les Cherpines qui sont respectivement des logements collectifs où la personne peut résider sur une durée de trois ans maximum.

- La Résidence du Plateau située à Petit-Lancy accueille 10 pensionnaires et bénéficie d'une chambre d'urgence. A la résidence, l'équipe est présente 24h/24h. Les repas sont servis aux heures fixes, les pensionnaires participent aux tâches de la vie quotidienne (faire les courses, faire à manger, le ménage, etc.), les activités à l'extérieur sont vivement encouragées (12h minimum par semaine autour de loisirs, de formations ou du travail). La résidence offre aussi quelques activités à l'intérieur. Le séjour est souvent une étape dans la vie des résidents, l'évolution du parcours de la personne peut aboutir à un appartement de Trajets ou même à un logement autonome.
- La maison du Rondeau, située à Carouge, offre 7 places en chambres individuelles avec cuisine, salon, salle à manger, terrasse-jardin et sanitaires en commun. L'équipe professionnelle est présente de 16h30 à 9h30 en semaine, 16h00 à 10h00 le week-end. Ce dispositif offre un cadre communautaire sécurisant permettant à la personne de stabiliser sa situation, de construire et d'évaluer son projet, pour au final, intégrer un logement plus autonome. L'accompagnement est dynamique, orienté vers une amélioration des compétences utiles à la vie quotidienne.
- La résidence les Cherpines, située à Confignon, propose 5 places en chambres individuelles avec cuisine, salon, salle à manger, terrasse-jardin et sanitaires en commun. L'équipe est présente de 17h00 à 9h00. L'éducateurs et le coordinateurs sur place sont très disponibles pour les résidents qui peuvent venir quand ils le souhaitent discuter dans leurs bureaux.

2. Les appartements accompagnés

Trois dispositifs sont proposés regroupant 12 places d'hébergement : le Rondeau, les Cherpines et Troinex.

- La maison du Rondeau, telle que présentée précédemment, propose également 3 places en chambres individuelles dans un appartement collectif avec cuisine, salon, terrasse et sanitaires en commun. La durée maximale d'hébergement est de trois ans renouvelable une fois. L'équipe est également présente de 16h30 à 9h30 en semaine, 16h00 à 10h00 le week-end. La personne a

accès à plus d'autonomie et surtout à une certaine intimité du fait du nombre de colocataires plus restreints.

- La résidence des Cherpines propose également trois studios indépendants où la personne peut résider pendant trois ans, renouvelable une fois. L'équipe est présente de 17h00 à 9h00. Les personnes accueillies sont stabilisées. L'individualité des logements offre ainsi un cadre d'hébergement presque autonome avec pour autant la présence d'une équipe la nuit en cas de besoin, ce couplé à l'astreinte téléphonique permanente.

- Les appartements de Troinex, au nombre de six, sont regroupés dans une belle maison bénéficiant d'un jardin, d'un potager que cultive les usagers de la fondation Trajets ainsi que d'un espace salon et d'une buanderie commune. Les logements sont individuels, chacun étant équipés d'une cuisine, d'une chambre et d'un petit salon. Une équipe professionnelle est sur place de 17h30 à 20h30 le mardi, jeudi, samedi et dimanche. La durée maximale d'hébergement est de trois ans, renouvelable une fois.

3. Les appartements de suivi

Ces appartements offrent 40 places d'hébergement en individuel ou en colocation selon les envies du résident. La durée de séjour est cette fois-ci indéterminée. L'équipe est la encore disponible mais sur demande entre 8h et 18h. Il existe une permanence d'accueil de 18h à 20h un jour sur deux couplée à la permanence téléphonique 24h/24h. Ce dispositif offre véritablement l'expérience d'une vie dans un logement individuel et adapté avec un soutien persistant régulier en cas de besoin.

4. Etablissements Publics pour l'Intégration (EPI)

Ce sont des établissements publics autonomes, très soutenus financièrement par des fonds publics (60%). Ce sont la résultante d'une fusion qui a eu lieu il y a 10 ans entre les différents secteurs du social (ateliers socio-professionnel, structure de réinsertion professionnelle, structure d'hébergement pour les personnes porteuses d'handicaps psychiques). Il existe actuellement différents services :

- Socio-professionnel dirigé vers les usagers touchés par la maladie psychique, le handicap psychique, l'Assurance Invalidité (AI), etc. Proposition d'atelier à buts professionnels.
- Ressources humaines : aspects techniques, informatiques, immobiliers.
- Structures d'hébergement et de suivi en accompagnement à domicile.

Le dispositif attaché à l'hébergement est réparti en trois grands services :

1/ Offre de prestation envers des personnes aux déficiences sévères avec des programmes spécifiques pour le handicap ou le spectre autistique par exemple. Dispositif qui aide aux activités de la vie quotidienne. Est en partenariat actif avec l'hôpital psychiatrique. C'est une structure intermédiaire entre l'hôpital et le lieu de vie.

2/ Secteur d'hébergement et centre de jour, activités dirigées vers le développement personnel, bien-être, sportif. Adressé aux personnes avec une maladie psychique et/ou une déficience intellectuelle. Possibilités d'intégration en ville ou à la campagne.

3/ Prestations qui touchent les projets qui se passent hors institutions, comme les appartements protégés, les dispositifs d'accueil avec encadrement plus léger, les unités pour les personnes alcoolodépendantes. Une équipe d'accompagnement au domicile a été constituée pour intervenir dans le propre logement de la personne dans l'objectif de le maintenir dans son projet de vie et dans son habitat. Les personnes qui interviennent à domicile sont principalement des socio-éducateurs (éducateur, pédagogue, psychologue, infirmier) et des assistants socio-éducatifs en journée. La nuit, des veilleurs étudiants ou des aide-soignants peuvent également intervenir.

Cette équipe accompagne plus de 120 usagers par an sur Genève.

Permet un travail en réseau entre le médical et les socio-éducatifs. L'accompagnement initial de la personne propose une visite par semaine. Cette équipe est également en collaboration étroite avec l'équipe mobile de psychiatrie. Aucune durée d'accompagnement à domicile n'est définie à la base mais une réévaluation régulière est effectuée.

5. Centre Ambulatoire de Psychiatrie et Psychothérapie Intégrée (CAPPI)

L'organisation du service de psychiatrie adulte repose sur une organisation hospitalo-ambulatoire. Les patients sont répartis dans 3 secteurs (Eaux-Vives, Jonctions et Servette) selon leur lieu d'habitation. Chacun des secteurs comporte :

- Un Centre Ambulatoire de Psychiatrie et Psychothérapie Intégrée (CAPPI)
- Une unité hospitalière « admission - court séjour » ou « unité de crise » (décompensation, premier diagnostic, rupture de traitement), durée de séjour courte (15 jours)
- Une unité hospitalière de « moyen séjour » ou « rétablissement » (problème de logement, troubles chroniques, dépression, psychoses), durée de séjour plus long (quelques semaines à plusieurs années)

Pour toute personne nécessitant une prise au soin au CAPPI mais ne pouvant pas se déplacer, une intervention à domicile est organisée par l'équipe mobile pour une évaluation multidisciplinaire et une proposition de soin adaptée. Elle travaille avec les trois secteurs décrits précédemment et le médecin privé.

Le **case management de transition (CMT)** assure une continuité des soins entre l'hospitalier et l'ambulatoire. Le CMT se présente comme un modèle de soins qui vient soutenir l'offre existante en proposant aux personnes présentant des troubles psychiques, un suivi intensif dans le milieu, favorisant leur maintien ou leur intégration dans un programme de traitement public ou privé. Ce programme vise à apporter à ces personnes un accompagnement transitoire en s'appuyant sur les ressources de leur environnement. Les objectifs principaux sont :

- Consolider une prise en soins commencée en milieu hospitalier et établir une transition avec le réseau thérapeutique et social du patient ;
- Accompagner un processus de réintégration dans la communauté ;
- Favoriser la reprise de lien avec les proches et l'environnement ;
- Encourager le développement des habilités nécessaires aux activités de la vie quotidienne.

Ces interventions s'adressent aux personnes âgées de 18 à 65 ans, lors d'un retour à domicile après une hospitalisation, qui rencontrent des difficultés récurrentes à s'engager dans un suivi thérapeutique ou dont le suivi discontinu entraîne de fréquentes hospitalisations.

Ce dispositif s'organise sous la forme d'une équipe pluridisciplinaire qui offre un suivi transitoire intensif de 4 à 6 semaines autour d'un projet de sortie en partenariat avec les membres du réseau. Lors de cet accompagnement, les difficultés et les besoins de la personne sont identifiés. Une évaluation psychosociale s'effectue en parallèle d'une aide à la gestion du traitement. Un travail de prévention des rechutes et/ou de réduction du risque suicidaire est mis en place avec une tentative d'aide à résolution des problèmes de l'engagement dans le soins. L'équipe accompagne également l'utilisateur dans des activités occupationnelles et de réhabilitation. Cette activité s'inscrit finalement dans un travail de liaison avec le réseau médicosocial en complémentarité avec les autres professionnels.

L'objectif principal du CMT est d'inscrire la personne dans une prise en charge ambulatoire au sein des CAPPI. Cette consultation de secteur est ouverte 7 jour sur 7 en journée, et prend en charge 500 à 600 personnes. Les CAPPI ont pour but de garantir un accès facile à des soins individualisés

aux personnes présentant des troubles psychiques et d'inscrire la prise en soin dans un travail de réseau avec différents interlocuteurs.

Les personnes adultes (18-65 ans) souffrant de troubles psychiques, d'apparition récente ou présents depuis un certain temps, peuvent consulter au sien d'un CAPPI. Les usagers seront accueillis par une équipe composée de médecins, infirmiers, psychologues, psychomotriciens, ergothérapeutes, assistant social et secrétaire. L'équipe pluridisciplinaire établit des diagnostics et fournit des soins ambulatoires adaptés à la trajectoire de vie du patient. Un référent médical et un référent infirmier sont les garants, pour chaque patient, de la coordination des soins dans tous les programmes du CAPPI. Chaque CAPPI comprend :

- Une consultation ambulatoire : traitements psychiatriques et psychothérapeutiques, suivis infirmiers, entretiens de couple ou famille, activités de groupe, interventions sociales.
- Un programme de Soins Ambulatoires Intensifs (SAI) : dure de 4 à 6 semaines, prise en soin médico-infirmier, prise de contact avec l'entourage pour comprendre la situation de crise, entretiens couple/famille, activités de groupe, interventions sociales.
- Un programme de jour : durée moyenne de 3 mois renouvelable, pour les personnes nécessitant un accompagnement pluridisciplinaire intensif prolongé, évaluation diagnostique, interventions médicales et sociales, activités de groupes, accompagnement vers l'extérieur.
- Un lit de crise : accueil et évaluation par médecin de garde, présence de deux infirmiers la nuit, administration du traitement et surveillance clinique, réévaluation matinale, petit déjeuner.
- Des activités de groupe : groupes de parole, à médiation, d'approche corporelle, psycho-éducatif.

III. Evaluation d'impacts pour les usagers et le système

A. En Belgique

Seules 2 à 3% des personnes hospitalisées dans le CNP Saint Martin sortent sans solution de prise en charge et de logement. La majorité se voit proposer un projet de soins visant à la réinsertion dans la cité. Les usagers sont ainsi accompagnés à la sortie de leur hospitalisation en fonction de leurs souhaits et leurs besoins permettant un rétablissement sur le long terme.

Plus globalement, le réseau établi entre les professionnels des différentes structures qui accompagnent la personne dans son projet de soin permet une ouverture d'esprit des divers professionnels du soins et du social. Les formations de chacun se voit ainsi évoluer vers des pratiques plus diversifiées et moins sectorisées.

Le projet de « capteur de logement » a vraisemblablement réussi la mission de déstigmatiser les personnes atteintes de troubles psychiatriques leur permettant ainsi d'accéder à un logement personnel, dans des conditions d'accompagnement propice au développement de soi. Aussi, la conquête des propriétaires et les conditions qui leur sont proposées ouvre le parc immobilier à un public précaire et en difficulté, débloquent ainsi une situation de logement bien souvent problématique. Un véritable travail de mise en lien s'effectue, valorisant à la fois le résident porteur d'une pathologie et le propriétaire désormais inscrit dans un dispositif solidaire.

B. En Suisse

Puisque nous parlons d'évaluation, il apparait tout à fait approprié d'évoquer ici la grille d'évaluation des besoins d'accompagnement en hébergement (GEBAH) mise en place par la fondation Trajets. Les trois premiers mois suivant l'intégration dans le logement sont destinés à une période d'essai pour l'utilisateur. Au cours de cet espace temps, il lui sera permis d'évaluer lui-même ses besoins par le biais d'une grille spécifiquement développée pour identifier les besoins d'accompagnement en terme de logement. L'évaluation se fait donc à l'entrée de la personne dans

le dispositif puis trois mois plus tard. L'auto-évaluation est complétée par l'évaluation des référents donnant ainsi lieu à une discussion pour définir les besoins de l'utilisateur. Vous trouverez ci-après la grille utilisée par la fondation Trajets.

Par le biais de ces évaluations, nous avons pu constater que l'ensemble des personnes prises en charge par la fondation Trajets s'inscrivent dans un habiter sécurisé, pérenne et dans une intégration réussie au sein de la cité par le biais d'activités. L'accompagnement dégressif de l'individu vers plus d'autonomie lui permet finalement d'accéder à son propre appartement. A un niveau individuel donc, nous avons pu constater que les usagers rencontrés lors de nos visites dans les différents dispositifs d'hébergement apparaissaient satisfaits de leur accompagnement. A niveau plus global, nous n'avons malheureusement pas de chiffres qui témoigneraient de l'efficacité de l'accompagnement vers un logement individuel et pérenne de la personne porteuse de troubles psychiques. Voir Annexe 2.

IV. Intérêts et limites

A. Pour la Belgique

Une difficulté se présente pour l'hébergement à la sortie de l'hôpital avec 9 mois d'attente pour intégrer une structure d'IHP comme le propose Psynergie. De même, la durée d'attente d'un logement lorsque la personne veut quitter l'hébergement collectif pour un logement individuel est relativement longue. Les loyers très élevés du centre de Namur dans le secteur privé ne favorisent pas l'accès au logement des personnes en situation de troubles psychiatriques.

La liste d'attente pour être pris en charge par l'hôpital de jour est de deux mois.

Cependant, au vu des chiffres transmis par le CNP Saint Martin, la planification de l'accompagnement dès l'hospitalisation permet un échec de seulement 2 à 3% des personnes à la sortie de l'hôpital. On comprend donc que la durée d'hospitalisation est relativement flexible permettant ainsi de trouver des solutions efficaces en terme d'accompagnement et de logement.

Le travail en réseau et les échanges pluriprofessionnels sont apparus comme un vrai point fort de la prise en charge de la personne. Les ruptures sont ainsi réduites dans le parcours de soins et d'accompagnement de la personne. Les réflexions sont d'autant plus riches que les formations des divers intervenants sont aussi diversifiées intégrant le soin et le social, pour exemple la formation des infirmiers sociaux.

B. Pour la Suisse

La CCI chargée d'orienter initialement la demande de l'utilisateur vers une structure d'hébergement adaptée peut faire l'objet de certaines critiques. En effet l'évaluation est effectuée sur dossier, on est donc dans un traitement purement administratif, à distance des demandes, sans contact direct avec la personne. Aussi, le formulaire de demande initial nécessite un rapport médical obligatoire pour que le dossier puisse être traité par la commission. Malheureusement, les délais de traitement des demandes sont aujourd'hui de plus en plus longs et aboutissent régulièrement à des réponses inadéquates ne correspondant pas à la situation de la personne.

L'accompagnement et les dispositifs proposés par la Fondation Trajets représentent des stades graduels dans l'acquisition d'une certaine autonomie dans le logement pour les personnes souffrant de troubles psychiques. Ces différents échelons peuvent effectivement être bénéfiques pour certaines personnes qui ont besoin d'être accompagnées sur une longue durée, cela représente même un objectif qui peut motiver l'utilisateur à être de plus en plus autonome.

La Fondation a pensé plusieurs outils permettant de responsabiliser l'individu dans son logement et dans son développement personnel. Les contractualisations régulières entre l'utilisateur et

l'institution permettent vraisemblablement de poser des bases que chacun doit respecter, le cadre de l'accompagnement est alors clairement établi. Aussi, les auto-évaluations tous les trois mois effectuées par l'utilisateur permettent de lui renvoyer ses progrès ou sa régression.

La contractualisation des activités de l'utilisateur est apparue à plusieurs reprises comme un élément facilitateur de l'accès à l'autonomie. Le caractère obligatoire des 12 heures d'activité devant être effectuées par l'utilisateur reste à évaluer, bien que chez le public que nous avons rencontrés au cours de notre voyage, cela apparaissait bénéfique.

La rencontre avec une utilisatrice des hébergements proposés par Trajets nous a permis de comprendre que la sortie du dispositif représentait un objectif à considérer précocement. En effet, la durée avant d'obtenir un logement locatif dans le parc privé à Genève peut s'étaler sur cinq à dix ans. Par conséquent, les accompagnateurs sont obligés de considérer la sortie du dispositif dès l'entrée de la personne à Trajets, ce dans l'espoir de réduire la durée d'attente avant d'avoir un logement individuel. Globalement, quand le personne veut quitter le dispositif proposé par la fondation, une durée d'attente de quatre ans est imposée par le parc immobilier de Genève.

Le dernier rapport annuel d'activité de la fondation témoigne d'une difficulté autour des allers-retours fréquents entre le logement et l'hôpital pour les personnes les plus fragiles. Se pose alors la question d'intégrer plus de médical au sein de Trajets afin de prévenir les risques d'une décompensation et ainsi éviter les hospitalisations répétées. L'un des enjeux de 2018 sera donc d'accroître leur collaboration avec les institutions ambulatoires psychiatriques.

Recommandations et comparaisons avec la France

I. Comparaisons avec les dispositifs et les pratiques en France

Comparativement à la Belgique où l'utilisateur peut choisir l'institution de son choix pour se faire soigner et accompagner, la France fonctionne quant à elle par sectorisation notamment en psychiatrie, imposant ainsi à la personne les lieux dont elle peut bénéficier pour être accompagnée.

En Belgique ainsi qu'en Suisse, le nombre de psychiatres et de psychologues libéraux est très importants et surtout beaucoup plus sollicités qu'en France. Les raisons sont essentiellement attenantes au remboursement dont bénéficie les usagers notamment pour aller consulter les psychologues. Cela offre à l'hôpital un plus large choix de réorientation pour la sortie du patient. En France, les psychologues ne sont pas remboursés et sont donc inaccessibles pour les personnes en grande précarité.

Nous avons souligné à plusieurs reprises l'importance du travail en équipe pluridisciplinaire que ce soit en Suisse ou en Belgique ainsi qu'un vrai travail en réseaux notamment en Belgique où la collaboration entre le domaine du social, du médical et du psychologique a pu démontrer toute son efficacité. En France, cette collaboration transversale est encore emprise de blocage qui provoque bien souvent des ruptures dans la prise en soin de la personne.

Les notions de contractualisation, d'évaluation et de destigmatisation découvertes en Suisse nous permettent d'identifier les points à améliorer dans les institutions françaises où ces trois aspects sont peu voire pas du tout développés avec l'utilisateur.

Dans les deux pays que l'on a pu visiter, un vrai travail d'accompagnement des personnes dans les domiciles s'effectue que ce soit par les équipes mobiles de psychiatrie en Belgique, plus nombreuses qu'en France, ou les travailleurs sociaux de la Fondation Trajets en Suisse. Aujourd'hui en France, peu de professionnels de la santé ou du social se déplacent directement dans le logement de la personne pour prévenir certaines difficultés et maintenir la personne dans son domicile.

L'approche de management utilisée en Suisse, notamment dans la fondation Trajets, a séduit la majorité des acteurs de cette mission. Ce management s'inscrit dans un accompagnement « Responsable, Décisionnel et Participatif ». Il se caractérise par sa gouvernance basée sur la bienveillance. Chaque entité doit assumer les responsabilités et les décisions liées à ses domaines de compétences. Ces mêmes décisions doivent être partagées, analysées et expliquées par chacune des parties prenantes de l'accompagnement de l'utilisateur. L'accent est également mis sur les liens transversaux solides favorisant une diversité et une cohésion. Ce type de management amène à considérer le point de vue de chacun des professionnels impliqués dans la prise en charge de la personne. Cela débouche sur une horizontalité et transversalité de l'équipe excluant ainsi le modèle communément retrouvé en France basé sur une hiérarchie pyramidale ne favorisant pas les échanges et le partage de connaissances.

II. Plus-value et faisabilité de la transposition des pratiques européennes

Plusieurs aspects relevés au cours de nos voyages peuvent être améliorés dans nos pratiques en France. Pour reprendre ce qui a été développé en amont, une meilleure collaboration entre les domaines du médico-psycho-social pourrait déjà permettre un accompagnement plus sécurisé pour l'utilisateur et ainsi éviter les échecs de mise en logement. Peut-être faudrait-il songer à réformer, comme cela a été le cas en Belgique avec la réforme 107, les modalités de collaborations entre les différents secteurs en charge de l'accompagnement de la personne souffrant de troubles psychiques ?

Des dispositifs n'existent pas encore en France comme l'infirmier social, le capteur de logement, ou le cas management de transition. Il serait intéressant de repenser les formations initiales de certaines professions et proposer une spécificité qui n'existe pas en France. Pour exemple, en Belgique, les psychologues cliniciens ne sont pas nécessairement tous formés à la psychanalyse, ils ont en effet acquis des approches différentes intégrant plus spécifiquement le social pour faciliter le dialogue avec les divers professionnels qui encadrent l'utilisateur. Le développement d'équipes « transitionnelles » chargées d'accompagner l'utilisateur de sa sortie de l'hôpital vers une institution ambulatoire et un hébergement pourrait permettre des ruptures de soins fréquemment rencontrés au sein du public précaire, en post-hospitalisation.

Suite à ces voyages, nous avons pensé que des temps de réunion plus fréquents entre les différents secteurs médico-psycho-social pourraient être pensés dans un premier temps de façon à coordonner et construire un projet pour le patient. Temps qui aujourd'hui n'existent pas.

Au vu de notre candidature pour le projet un chez soi d'abord, cette expérience nous a apporté de nouveaux éclairages et de nouvelles connaissances sur la notion d'habiter et sur les méthodes d'accompagnement existantes.

Retour d'expérience sur la mission d'étude

I. Enseignements tirés

Voir la partie « Pistes d'approfondissement » qui reprend les enseignements de chacun des participants à cette mission.

II. Les suites envisagées

Des réunions plusieurs fois par an sont prévues avec le groupe de travail qui a participé au projet pour établir un bilan trois mois après la mission, six mois après et un an après pour faire état de l'évolution des pratiques mises en oeuvre à une échelle individuelle et institutionnelle. En effet, chacun tentera de développer les cinq points retenus lors du bilan des voyages d'études et explicitera la tentative de mise en oeuvre de ces aspects ainsi que les premiers résultats observés.

Une diffusion à l'ensemble des professionnels du secteur médico-social et du grand public sera organisée lors d'une journée portes ouverte de l'ADEF0 courant 2019. Elle aura pour objectif de transmettre nos observations et les nouvelles pratiques acquises lors des voyages par le biais d'un support de film et d'un poster.

Enfin, nous avons pour projet de recevoir les équipes qui nous ont accueilli en Suisse et en Belgique afin d'établir une collaboration sur le long terme pour continuer un partage réciproque de nos connaissances.

III. Analyse critique de la mission d'étude

A. Points forts et points faible des missions

1. Sur son déroulement

Sur les deux voyages effectués et les différentes institutions visitées, les membres de l'équipe de travail ont regretté de ne pas avoir visité des structures plus proches de leur milieu professionnel. Par exemple, la visite d'un abri de nuit en Belgique ou en Suisse ainsi que les modalités d'accompagnement attenantes plus spécifiquement à ce type de public en précarité et souffrant de troubles psychiques aurait été certainement plus pertinent. La difficulté ici est d'établir des liens direct en terme de prise en charge et d'accompagnement étant donné que les institutions que nous avons rencontré ne prennent pas spécifiquement en charge des personnes en situation de précarité. Seul le critère de maladie psychiatrique a été mis en avant, hors le champ de travail d'une partie des membres de l'équipe intègre aussi celui de la précarité.

La participation de personnes anciennement usagers dans les réflexions méthodologiques du projet ainsi que dans les voyages d'étude a été très enrichissante. Malheureusement, seuls deux usagers ont participé du début à la fin du projet et le voyage en Belgique s'est effectué sans présence d'usager du fait de l'indisponibilité des deux participants. Le recrutement devrait se faire bien en amont des voyages, c'est-à-dire au moins 6 mois avant le premier départ de manière à pouvoir créer une relation de confiance bien plus approfondie et ainsi susciter l'engagement de la part de plusieurs usagers dans ce type de projet.

2. Sur ses résultats

Chacun a pu constater des modes de fonctionnement différents de ceux établis en France ainsi qu'une culture du prendre soin distincte. Les échanges inter-professionnels ont été très enrichissants et ont permis un décentrage de nos pratiques et de notre manière de penser le soin et l'accompagnement de la personne. Cela aboutira nécessairement sur le long court à une ouverture

d'esprit et une prise en soin plus globalisée. La découverte d'un travail en réseau inter-professionnel sans frontière et sans rupture d'accompagnement est certainement l'un des point central que chacun aura retenu et intériorisé.

Les résultats montrent finalement que les outils concrets (échelle, questionnaire, etc.) ne sont pas utilisés en première ligne pour accompagner la personne souffrant de troubles psychiques dans un logement adapté. Le constat a été radical, nos voisins européens mettent en avant, que ce soit en Suisse ou en Belgique, la nécessité du travail en réseau et en pluridisciplinarité.

B. Analyse des éléments facilitateurs et des obstacles

1. Collaboration entre chercheurs et acteurs de terrain

Au-delà du travail de réflexion menée, les moments informels partagés par les membres de l'équipe du projet ont vraisemblablement permis de créer de nouveaux liens et de renforcer l'alliance entre les différents partenaires participants à cette étude.

Les collaborations et le travail en sous-groupes a permis de faire connaissance avec tous les membres de l'équipe et ainsi de partager et de discuter de nos pratiques professionnelles respectives. Cela a finalement permis de constater que chacun pouvait avoir une influence sur la pratique de l'autre et donc qu'il était très certainement indispensable de communiquer plus régulièrement afin de faciliter l'accompagnement et la prise en charge des personnes accueillies.

Les relations intra-groupales sont certainement l'un des résultats les plus concrets de cette mission d'étude. Les conséquences ont d'ailleurs rapidement été constatées par l'ensemble des membres puisque suite aux voyages d'étude, une meilleure collaboration et plus grande aisance de communication ont été repérées. Désormais, l'échange de mail ou de coup de téléphone se fait plus spontanément et beaucoup plus régulièrement.

Concernant le volet recherche, la présence d'un acteur universitaire au sein du groupe a ouvert la frontière existante entre les milieux institutionnels et la recherche. L'association de l'aspect universitaire et du monde professionnel permet désormais de réaliser que des missions d'étude de ce type peuvent mener à des découvertes et des réflexions directement en lien avec les pratiques professionnelles respectives des membres de l'équipe de travail. Et surtout, que les résultats observés lors de cette expérience peuvent aboutir à un développement et une amélioration de l'accompagnement à un niveau micro, c'est-à-dire à une échelle institutionnelle mais également à un niveau macro et donc à une échelle nationale par l'intermédiaire du rapport final qui sera accessible à d'autres professionnels de France.

Un autre aspect est à souligner, l'intégration de deux usagers tout au long de cette mission d'étude a également participé de la faisabilité de ce projet. Ils ont chacun su trouver et prendre leur place au sein du groupe, avec la encore, la création de nouveaux liens. Leurs réflexions et leur vécu ont souvent permis aux professionnels de l'équipe du groupe de travail mais également des équipes qui nous ont accueillies en Suisse, de remettre au centre la personne accueillie. Chacun a saisi l'importance de considérer la parole de ces personnes ayant vécu l'accompagnement que nous leur proposons afin de toujours tendre vers un ajustement et une amélioration de nos pratiques. Leurs paroles est indispensable à une évolution de la prise en soins.

2. Production partagée de connaissances

Les multiples réunions de travail en amont, pendant et en aval des voyages d'études ont été des moments de partage de connaissances. Les bilans effectués à chaque fin de journée de visite ont permis de mettre en commun les observations que chacun avait effectué. L'intérêt interdisciplinaire s'est montré tout à fait intéressant lors de ces échanges puisque nous faisons état de nos connaissances par le prisme de notre formation initiale. Ainsi, le travailleur social repérait des

éléments que la directrice n'avait pas forcément saisi. Ou bien les propos de l'usager mettait en avant d'autres choses que celles avancées par la psychologue ou l'infirmière. Chacun a pu s'exprimer et être considéré par l'ensemble du collectif. Ce rapport final est d'ailleurs le fruit d'une collaboration accrue entre les membres et reflète une réflexion commune partagée.

IV. Pistes d'approfondissement / études complémentaires à mener

Trois mois après notre retour de voyage en Suisse, le groupe de travail s'est de nouveau réuni pour établir un bilan global des enseignements que chacun avait tiré de cette expérience. Ainsi, des projets futurs ont été proposés autour de 5 axes de travail et de réflexion auquel chacun a donné son avis et ses propositions d'amélioration. L'objectif étant que ces 5 points, tirés de nos observations européennes, restent la base de nos réflexions sur nos pratiques respectives. Il a été proposé que l'ensemble du groupe puisse se retrouver régulièrement pour poursuivre ce travail de mise en commun de nos connaissances dans le but d'améliorer l'accompagnement proposé.

1. Les activités pour éviter la solitude et remettre en mouvement

Les personnes souffrant de troubles psychiques bénéficiant d'un logement individuel en France semblent bien souvent confrontées à un manque d'activité et de vie sociale. Nous avons pu voir qu'en Suisse, les usagers se voyaient proposer des activités diverses intégrées dans la cité. C'est-à-dire que la personne peut aller à la bibliothèque ou bien à la piscine municipale sans être stigmatisée ou jugée comme « malade mentale ». Les deux usagers qui ont participé à cette mission ont souligné la nécessité d'orienter les personnes accompagnées vers des structures qui sont ouvertes au public, pas forcément spécifique à un public pathologique, ce afin d'éviter d'être renvoyé à leurs propres difficultés.

A Dijon, le centre Baudelaire est en cours de développement et sera ouvert à tout public qui souhaite avoir accès à des activités diversifiées. Cela évite le partage d'activités uniquement entre malades ou dans des structures dépendantes de l'hôpital.

Pour ce faire, un travail de sensibilisation est nécessaire auprès de certains lieux d'activités pour destigmatiser et donner un autre regard envers les personnes atteintes d'un trouble psychique. Il s'agira également de solliciter les structures d'activité de manière ponctuelle pour créer de nouveaux ponts et ainsi inciter les collaborations et l'insertion des personnes malades en précarité. Une réflexion sera nécessaire de la part des professionnels en charge d'accompagnement de ce public afin de dépasser les craintes que certains peuvent avoir quant à un éventuel refus de la part des autres lieux de la cité. **Aller à la rencontre de !**

Mr C. usager du groupe de travail a souligné également l'importance de l'individualité de la personne accueillie. Il raconte qu'à plusieurs reprises il lui a été proposé des activités en groupe, ce qui ne correspondait pas nécessairement à ses aspirations personnelles. En Suisse, le choix et les désirs de la personne sont écoutés et respectés, elle peut ainsi choisir son activité et peut se voir également proposer des activités individuelles. La prise en compte de la singularité de l'individu est un élément central qui est ressorti dans chacune de nos visites, chaque individu est différent et il s'agit de prendre en considération cette différence pour optimiser au mieux nos accompagnements.

Nous réfléchissons également sur la nécessité ou non de contractualiser avec la personne un certain nombre d'heures d'activité par semaine, avec une adaptation régulière des objectifs en fonction de l'avancée de la personne dans son parcours de vie. En Suisse la contractualisation qui consistait à imposer 12h d'activité libre par semaine à l'usager a permis aux personnes que l'on a pu rencontrer de retrouver un certain sens à leur vie (reprise des études, resocialisation). Nous restons néanmoins méfiant quant à ce contrat basé sur tant d'heures à effectuer. Ce contrat ne doit pas être

unanime, mais être au contraire adapté à chaque personne accueillie. Le caractère obligatoire et imposé à la personne peut être un frein dans son évolution, il s'agira alors de transformer les envies et les aspirations de la personne en objectifs.

L'idée étant de conserver une collaboration entre chaque membre de l'équipe du projet CNSA et de créer un « **capteur d'événement** » qui pourrait chercher les nouvelles activités, les nouvelles structures qui accueillent sur des événements gratuits et les partager pour qu'ensuite chacun puisse les proposer aux personnes accompagnées.

2. Les liens entre le médico-psycho-social

Les institutions doivent créer des temps de rencontre, de parole entre les professionnels pour qu'ils puissent se découvrir et faire connaissance. Ces temps informels permettent d'ouvrir certaines barrières et offrent une nouvelle communication plus libre.

L'orientation et la formation théorique du psychologue est fondamentale dans la collaboration avec le champ social. Orienter les recrutements vers des psychologues cliniciens ouverts au monde du social afin de faciliter les échanges et éviter l'imperméabilité des pratiques et réflexions.

Nous pensons à effectuer un retour de notre projet à l'ensemble des structures participantes (ADEFO, Centre Hospitalier la Chartreuse, etc.) afin de faire part :

- de notre expérience intra-groupale : relations établies entre chacun des membres du groupe, prise en compte de la parole des usagers, échanges plus fluides entre le psycho-social, etc. ;
- de nos observations au cours de nos voyages et de nos différentes rencontres.

L'objectif étant de sensibiliser les différents professionnels à de nouvelles pratiques d'accompagnement de la personne souffrant de troubles psychiques vers un logement.

3. La pluridisciplinarité des équipes, travailleurs pairs, transversalité, infirmière sociale

Il est prévu qu'un groupe d'étudiants de diverses professions sanitaires (internes, infirmières, etc.) soit accueilli dans les structures d'accueil d'hébergement d'urgence pour familiariser les futurs professionnels avec ce public-ci.

L'objectif de ces prochaines années est également de développer les médiateurs pairs dans plusieurs dispositifs, ce sont de vrais leviers dans l'accompagnement avec une attention particulière sur la non stigmatisation.

4. Le capteur de logement

Le projet a permis à la représentante de l'état d'alimenter la fiche action du Plan Départemental d'Action pour le Logement et l'Hébergement des Personnes Défavorisées et ainsi de mettre en place de nouvelles actions concrètes.

Actuellement en France, plus spécifiquement dans le département de Côte d'Or, des logements sont vacants dans le parc privé. Face à ce cela, on relève un besoin de logements pour certains ménages pour lesquels un relogement, par exemple en quartier prioritaire de la politique de la ville, est à éviter. Ces ménages en situation de précarité, pas nécessairement accompagnés, sont mal perçus par les bailleurs privés qui hésitent alors à les reloger. Pourtant, des associations disposent d'un service de logement en charge de chercher des logements dans le parc privé pour des ménages hébergés dans le dispositif Accueil, Hébergement, Insertion (AHI). De plus, si le projet « Un chez soi d'abord » est retenu par la DIHAL en Côte d'Or, une recherche de logements dans le parc privé sera nécessaire.

Le développement d'un poste de capteur de logement devra alors regrouper certaines compétences telles que :

- une bonne connaissance du monde de l'immobilier et de son réseau
- créer des liens avec les services sociaux et les associations de l'AHI
- une reconnaissance des propriétaires privés et des agences immobilières, correspondant à une « garantie » à reloger les ménages proposés par le capteur
- un panel de logements à proposer pour tenir compte des besoins et des souhaits des ménages concernés

Pour ce faire, il sera possible de s'appuyer sur l'agence immobilière sociale SOLIHA 21 qui vient de recruter une salariée expérimentée dans l'immobilier et qui pourrait être en charge de capter des logements et pour laquelle l'Etat finance déjà des mandats de gestion. En effet, la gestion immobilière est un métier spécifique qui n'est pas la mission première des opérateurs du social même si ils en ont une expérience certaine. Le soutien d'un acteur expérimenté pour la captation pourrait les soulager pour partie.

Une convention lie SOLIHA 21 et l'ADEF0 pour l'accompagnement social complémentaire nécessaire aux ménages à reloger. Une extension de ce dispositif serait souhaitable pour permettre l'accès à un logement ou à un relogement lorsque le logement occupé n'est pas adapté aux ressources des ménages, d'autant que l'Union Nationale des Propriétaires Immobiliers, et notamment son président, souhaite confier certains de ses logements à SOLIHA 21.

Cette action figure dans le Plan Départemental d'Action pour Les Personnes Défavorisées (PDALPD) 2014-2018, au regard des orientations nationales en faveur du Logement d'Abord et de la saturation du parc social, il serait donc souhaitable qu'elle puisse être portée dans le prochain PDAHLPD.

5. L'autodétermination et la place des personnes accompagnées

Un travail d'ajustement sera nécessairement à effectuer tout au long de l'accompagnement de la personne. Il s'agira de réévaluer régulièrement la situation globale de la personne pour réadapter son projet.

Pour ce faire, nous réfléchissons à la mise en place d'une grille d'auto-évaluation (cf. GEBAH) que l'utilisateur pourra remplir lui-même tous les trois mois afin de réévaluer fréquemment son projet de vie. Cela évidemment en considérant le degré de sévérité des troubles psychiques en présence, d'où la nécessité de travailler en pluridisciplinarité. Il est nécessaire de mettre en place des objectifs à court terme, d'ampleur adaptée pour éviter l'échec et la dévalorisation. Certes cette échelle d'auto-évaluation peut renvoyer à la personne des éléments positifs, valorisants mais le rôle de l'équipe sociale est de soutenir cette valorisation en renvoyant la réussite. L'accompagnement doit être sécurisé afin d'être dans une démarche d'autodétermination et d'auto-évaluation comme nous avons pu le voir en Suisse.

Conclusion

Ce projet a été porté par diverses institutions représentant une majeure partie des instances en charge de l'accompagnement de la personne souffrant de troubles psychiques vers un logement. L'originalité de ce groupe de travail se trouve dans sa collaboration avec le monde universitaire par le biais de l'accueil d'un doctorant chercheur en psychologie clinique, mais également dans l'intégration de deux personnes anciennement usagers des services d'hébergement d'urgence.

Les échanges inter et pluridisciplinaires ont vraisemblablement permis un enrichissement du compte rendu final ci-présent. Ce travail collectif a démontré qu'un dialogue entre des domaines différents aboutissait bien souvent à un objectif commun qui est le bien être de la personne accompagnée.

L'opportunité qui nous a été donnée de voyager en Suisse et en Belgique a été saisie par chacun des acteurs qui ont su tirer profit de cette expérience de rencontres et de découvertes. L'acte même de partir à la rencontre de nouvelles pratiques et de nouvelles approches de soins a déjà fait évoluer les accompagnements dans les différentes institutions concernées par ce projet.

Les rencontres ainsi que les observations des diverses institutions visitées en Suisse et en Belgique ont eut pour effet de repousser les frontières de nos propres représentations et attentes pour ainsi tendre à une ouverture d'esprit nouvelle. En conséquence, nous avons pu mieux identifier les problématiques de nos propres pratiques en France que ce soit à un niveau national, institutionnel ou encore inter-individuel.

Si l'on a pu voir qu'une approche différenciée de la France pouvait permettre à beaucoup d'usagers souffrant de troubles psychiques, rencontrés en Suisse ou en Belgique, de se maintenir dans un logement de manière pérenne, nous avons pu constater que ce travail nécessitait une réelle collaboration entre les différents acteurs du médico-psycho-social. La fonction d'habiter étant attenante finalement à un bien être physique, mental et social qui doit impérativement se refléter dans l'accompagnement que l'on propose aux personnes qui souffrent d'un trouble psychique.

L'Europe étant aujourd'hui constituée de 28 membres, peut-être aurons-nous l'occasion d'aller observer les pratiques d'accompagnement que proposent les 26 autres pays européens pour encore repousser les limites de nos savoirs et nos pratiques d'accompagnement ?

Annexes

Annexe 1 : Mesures d'urgence et plan de crise conjoint

	MESURES D'URGENCE UTILISATEURS
<p>Ce formulaire est rempli par l'utilisateur à l'admission, puis réévalué chaque année avec le coordinateur psychosocial assurant son suivi. Il est ensuite classé dans le dossier informatique de l'utilisateur (DSI) dans l'onglet « documents ».</p>	
Utilisateur :	
Nom :	Prénom :
Personne à contacter en cas d'urgence :	
Lien avec l'utilisateur :	
Nom :	Prénom :
Adresse :	
Téléphone :	Mobile :
Problèmes psychiques :	
Quelles manifestations peuvent montrer aux professionnels que vous ne vous sentez pas bien ?	
Que faire lorsque les professionnels observent ces manifestations ?	
Avez-vous un traitement médicamenteux ?	
<i>Il est de la responsabilité de l'utilisateur d'une résidence d'informer ses référents de sa médication et de quelconque changement.</i>	
Problèmes physiques, physiologiques : (Allergie, épilepsie, maladie, etc.)	
Avez-vous des problèmes nécessitant une attention particulière des professionnels de Trajets ?	
Que faire lorsque les professionnels observent ces problèmes ?	
Avez-vous un traitement médicamenteux ?	
<i>Il est de la responsabilité de l'utilisateur d'une résidence d'informer ses référents de sa médication et de quelconque changement.</i>	
<p><i>Je suis informé(e) que les professionnels de la Fondation Trajets, selon l'évaluation de mon état de santé, peuvent contacter mon réseau médical ou les urgences.</i></p>	
Fait à Genève, le	L'utilisateur
Page 1/1	FO437 - Version B du 10.02.2016

Nom :
Prénom :
Date de naissance :
Etiquette patient

Plan de Crise Conjoint

Description de la situation qui a motivé le suivi : (événements, conséquences, symptômes, antécédents)

Qu'est-ce qui pourrait provoquer un stress qui vous dépasse, et vous mettre en situation de crise ?

Comment cela se manifeste-t-il concrètement pour vous ? (pensées, émotions, réactions physiques, comportements)

Quelles stratégies personnelles ou avec votre entourage proche utilisez-vous lorsque ces signes apparaissent ? (moyens de diminuer le stress)

Quel est le début ?	Quel est le début ?	Quel est le début ?

A qui pouvez-vous demander de l'aide dans votre entourage (proches et professionnels) ? (Nom, Prénom, tél, rôle) :

En situation de crise, comment souhaiteriez-vous que les soins et traitements soient adaptés ? (fréquence des rendez-vous, médication, recours aux urgences)

En situation de crise, quels soins ou traitements souhaiteriez-vous éviter ? Raisons ? Quelles sont les alternatives ?

Mesures concrètes à prendre en situation de crise pour préserver votre environnement (poussier, garde d'enfants, animaux, domicile, travail)

Quelle médication prenez-vous habituellement :

Médicament	Dosage	Date du début	Date de l'arrêt

Lieu et date :
Rôles & signatures :

AMT070001

Y1 122012 2/2

AMT070001

Info. sur le produit

Annexe 2 : GEBAH



Trajets Hébergement
Résidence
Apprentissage du savoir
et accompagnement

**GRILLE D'ÉVALUATION DES
BESOINS D'ACCOMPAGNEMENT
EN HÉBERGEMENT**

Utilisateur :		Adresse du logement :	
Professionnel(s) participant à l'évaluation :			
Entrée dans le secteur :		<input type="checkbox"/> Admission <input type="checkbox"/> 3 mois <input type="checkbox"/> 1 an <input type="checkbox"/> Annuelle	
Entrée dans le logement actuel :		Date de l'évaluation :	Date de la précédente évaluation :

CRITERES D'ÉVALUATION	
	Définitions
1	Besoin d'accompagnement constant
2	Instruction / préparation et contrôle
3	Encouragement / supervision
4	Autonome / ressources extérieures*
5	Autonome / aucune aide

* Précisez dans les commentaires si les ressources extérieures mises en place sont durables et pérennes.

PRENDRE SOIN DE SOI		
1. Hygiène et soins : être capable de maintenir son corps et ses vêtements propres, être capable de gérer son état de santé		
ITEMS	Auto-évaluation Utilisateur	Évaluation Référent(s)
1. Avoir une hygiène quotidienne (me laver, laver mes cheveux, me brosser les dents, me coiffer, me raser, etc.)		
2. Porter des vêtements propres et adaptés en fonction des activités		
3. Percevoir mon état de santé		
4. Gérer mes médicaments au quotidien (traitement, pharmacie de secours en cas de douleurs, blessure, etc.)		
Commentaires ou remarques :		

Page 1/8

FO417 - Version B du 20.03.2013

CRITERES D'EVALUATION	
	Définitions
1	Besoin d'accompagnement constant
2	Instruction / préparation et contrôle
3	Encouragement / supervision
4	Autonome / ressources extérieures*
5	Autonome / aucune aide

* Précisez dans les commentaires si les ressources extérieures mises en place sont durables et pérennes.

COMPETENCES PRATIQUES

2. Cuisine : être capable de prévoir un menu varié et équilibré, de prévoir un budget alimentation adéquat, d'utiliser le matériel adéquat, d'appliquer les techniques et les gestes, de respecter l'hygiène, de préparer les repas.

ITEMS	Auto-Évaluation Utilisateur	Évaluation Référent(s)
1 Composer des menus équilibrés		
2 Réaliser les repas		
3 Utiliser le matériel de cuisine		
4 Gérer les denrées alimentaires (réserves, quantités, conservation, budget, liste de courses, etc.)		

Commentaires ou remarques :

(This area contains a large empty rectangular box for handwritten or typed comments and remarks.)

CRITERES D'ÉVALUATION	
	Définitions
1	Besoin d'accompagnement constant
2	Instruction / préparation et contrôle
3	Encouragement / supervision
4	Autonome / ressources extérieures*
5	Autonome / aucune aide

* Précisez dans les commentaires si les ressources extérieures mises en place sont durables et pérennes.

3. Entretien et ménage : être capable d'utiliser le bon matériel au bon endroit pour entretenir la propreté des lieux communs et individuels, ranger les bonnes affaires aux bons endroits, de tenir compte de l'écologie en respectant les règles de base du recyclage, de disposer de matériel adéquat et adapté aux besoins, de veiller à la sécurité des lieux.

ITEMS	Auto-évaluation Utilisateur	Évaluation Référent(s)
1 Entretien mon lieu de vie régulièrement (ménage, rangements, petites réparations, gestion des déchets, etc.)		
2 Entretien mon linge		
3 Utiliser les produits et outils adaptés aux différentes tâches ménagères		
4 Respecter les règles de sécurité (branchement des appareils électriques, fermer l'eau, le gaz après utilisation, etc.)		

Commentaires ou remarques :

CRITÈRES D'ÉVALUATION	
	Définitions
1	Besoin d'accompagnement constant
2	Instruction / préparation et contrôle
3	Encouragement / supervision
4	Autonome / ressources extérieures*
5	Autonome / aucune aide

* Précisez dans les commentaires si les ressources extérieures mises en place sont durables et pérennes.

4. Organisation et gestion du temps : être capable d'organiser et d'adapter des activités en tenant compte des facteurs de temps, de repos et de l'état de santé.			
	ITEMS	AUTO-évaluation Utilisateur	Évaluation Référent(s)
1	Respecter les rendez-vous ou activités planifiés et être ponctuel		
2	Respecter les horaires des lieux d'hébergement		
3	Organiser, planifier et gérer mes actions et/ou projets		

Commentaires ou remarques :

CRITERES D'EVALUATION	
	Définitions
1	Besoin d'accompagnement constant
2	Instruction / préparation et contrôle
3	Encouragement / supervision
4	Autonome / ressources extérieures*
5	Autonome / aucune aide

* Précisez dans les commentaires si les ressources extérieures mises en place sont durables et pérennes.

5. Gestion de l'argent : être capable de prioriser les dépenses, d'économiser l'argent en fonction des prévisions, d'effectuer les paiements.		
ITEMS	Auto-évaluation Utilisateur	Evaluation Référent(s)
1	Établir un budget (anticiper, prioriser, économiser, etc.)	
2	Effectuer mes paiements	
Commentaires ou remarques :		

6. Gestion des affaires administratives : être capable de donner une réponse aux sollicitations administratives ou de se renseigner aux bons endroits.		
ITEMS	Auto-évaluation Utilisateur	Evaluation Référent(s)
1	Disposer de et transmettre mes informations administratives en cas de besoin (les numéros d'AVS, d'assurances, de comptes bancaires, date de naissance, etc.)	
2	Contactar les personnes ressources pour trouver les réponses ou une aide à la rédaction du courrier	
3	Gérer mes courriers et mes contacts administratifs, rédiger des courriers, mails ou effectuer des téléphones, classer le courrier reçu/envoyé, etc.)	
Commentaires ou remarques :		

CRITERES D'ÉVALUATION	
	Définitions
1	Besoin d'accompagnement constant
2	Instruction / préparation et contrôle
3	Encouragement / supervision
4	Autonome / ressources extérieures*
5	Autonome / aucune aide

* Précisez dans les commentaires si les ressources extérieures mises en place sont durables et pérennes.

COMPETENCES SOCIALES

7. Activités : être capable de s'investir dans des activités en dehors et à l'intérieur du lieu d'habitat.			
	ITEMS	Auto-évaluation Utilisateur	Évaluation Référent(s)
1	Entreprendre des démarches pour mettre en place une/des activité(s) structurée hors-logement (activités professionnelles, bénévolat, ateliers, etc.)		
2	Maintenir mes activités structurées hors-logement		
3	Organiser mes activités de loisirs et/ou de vacances		
4	Participer activement aux activités planifiées		

Commentaires ou remarques :

CRITERES D'EVALUATION	
	Définitions
1	Besoin d'accompagnement constant
2	Instruction / préparation et contrôle
3	Encouragement / supervision
4	Autonome / ressources extérieures*
5	Autonome / aucune aide

* Précisez dans les commentaires si les ressources extérieures mises en place sont durables et pérennes.

8. Vie sociale et communication : être capable de communiquer, de se faire accepter, d'adapter son mode de communication en fonction des personnes, des situations, de développer et de maintenir une vie sociale.

ITEMS		Auto-évaluation Utilisateur	Evaluation Référent(s)
1	M'intégrer dans un groupe		
2	Identifier et respecter les règles et usages sociaux (politesse, courtoisie) selon les contextes (soirée entre amis, monde du travail, etc.)		
3	Entretenir des liens avec mes proches		
4	Connaître mes limites par rapport à mon entourage		
5	Faire respecter mon intimité/mes limites de façon adaptée		
6	Respecter l'intimité/limites des autres		
7	Réagir de manière adaptée aux situations de conflits		
8	Chercher des solutions ou aide pour faire face à mes problèmes		
9	Me rendre dans des lieux ou chez les personnes connus pour ne pas être seul		
10	Etre capable de me faire entendre par les autres		
11	Eviter les personnes et les situations à risque		
12	Tenir compte de l'avis et de la situation des autres		
13	Recevoir de façon appropriée et constructive les remarques		
14	Apporter mon aide à mon entourage selon mes compétences		

Commentaires ou remarques :

Annexe 3 : Méthodologie

I. Composition du groupe

A. Voyage en Belgique, Namur

Lors de notre premier déplacement en Belgique, plus précisément au Centre Neuro-Psychiatrique Saint Martin de Namur, le groupe s'est voulu pluridisciplinaire et pluriprofessionnel de sorte que l'expertise respective de chacun puisse apporter un pluralisme, une diversité des approches et des questionnements pour tenter d'appréhender au mieux nos interrogations initiales. Ainsi, ce groupe était constitué de :

- la directrice de l'association ADEFO : **Mme Véronique Baillet**
- la directrice adjointe pédagogique de l'association ADEFO : **Mme Anne Marechal**
- Cheffe de service CHRS Sadi Carnot Hébergement d'Urgence Personnes Seules : **Mme Dominique Fournier**
- la chargée de mission santé à la Fédération des Acteurs de la Solidarité : **Mme Florie Gaillard**
- la responsable de l'unité maintien dans le logement en charge de la prévention des expulsions pour la Direction Départementale de la cohésions sociale de Côte d'Or : **Mme Marie-Pierre Hardy**
- la psychologue de l'équipe mobile psychiatrie et précarité du CH la Chartreuse (ELIPSES) : **Mme Marie-Claude Frénisy**
- l'infirmière psychiatrique de l'équipe mobile psychiatrie et précarité du CH la Chartreuse (ELIPSES) : **Mme Sylvie Tupinier**
- trois travailleurs sociaux de l'ADEFO : **M. Bouama El Hamma, M. Thomas Huard et M. Hassen Aoudj Bouvier**
- la doctorante en psychologie du laboratoire PSY-DREPI de l'Université de Bourgogne : **Mme Adèle Davanture**

Pour ce premier voyage, il était également prévu de faire participer deux des trois usagers ayant participé aux rencontres organisées en amont du voyage. Les contraintes professionnelles de certains et les situations personnelles d'autres n'ont pas permis d'emmener avec nous les usagers initialement prévus.

B. Voyage en Suisse, Genève

Pour notre deuxième voyage en Suisse, à la Fondation Trajets de Genève, le dispositif de groupe s'est voulu identique avec une volonté de pluridisciplinarité. L'idée étant que chacun puisse confronter ce qu'ils avait identifié lors du premier voyage en Belgique mais dans un autre contexte national et institutionnel. Les acteurs du premiers voyage ont majoritairement répondu présents pour ce second déplacement, exceptés quelques uns qui n'ont pu réitérer l'expérience pour cause de contraintes professionnelles. Ainsi, le groupe de ce second voyage était constitué de :

- la directrice adjointe pédagogique de l'association ADEFO : **Mme Anne Marechal**
- la chargée de mission santé à la Fédération des Acteurs de la Solidarité : **Mme Florie Gaillard**
- la responsable de l'unité maintien dans le logement en charge de la prévention des expulsions pour la Direction Départementale de la cohésions sociale de Côte d'Or : **Mme Marie-Pierre Hardy**
- la psychologue de l'équipe mobile psychiatrie et précarité du CH la Chartreuse (ELIPSES) : **Mme Marie-Claude Frénisy**

- l'infirmière psychiatrique de l'équipe mobile psychiatrie et précarité du CH la Chartreuse (ELIPSES) : **Mme Sylvie Tupinier**
- trois travailleurs sociaux de l'ADEFO : **M. Bouama El Hamma** et **M. Hassen Aoudj Bouvier**
- deux usagers : **Mr C.** et **Mme S.**
- la doctorante en psychologie du laboratoire PSY-DREPI de l'Université de Bourgogne : **Mme Adèle Davanture**

II. Préparation de la mission et des outils de recueil de données

Comme convenu dans le projet initial, une volonté collective s'est formée autour de l'idée de proposer à des usagers de participer à l'élaboration du protocole du projet ainsi qu'aux deux déplacements en Belgique et en Suisse de manière à ce qu'ils puissent apporter un regard autre que ceux des professionnels. Pour ce faire, psychologue, infirmière et travailleurs sociaux se sont affairés à demander à des usagers qu'ils connaissaient et qu'ils estimaient en mesure de participer à ce type de projet, s'ils voulaient bien participer à l'élaboration de notre protocole de voyage et par la suite partir avec nous sur le terrain. Trois usagers ont finalement répondu présents, chacun avec des parcours de vie différents et un lien au logement bien distinct. Pour une question éthique, nous les appellerons respectivement Mr C. et Mme S.

La création du protocole d'observation et des outils utilisés lors des deux voyages a été envisagée lors de trois rencontres groupales, en amont des déplacements, avec les usagers qui devenaient alors acteur du projet. Le dispositif méthodologique mis en place lors de ces rencontres avait pour objectif de mieux cerner les problématiques rencontrées par les usagers, premiers acteurs des dispositifs proposés en France. Cela a débouché sur des aspects plus spécifiques concernant la prise en charge et l'accompagnement de ces personnes vers un logement. Aspects qui seront alors investigués dans les deux pays européens qu'il est prévu de visiter à posteriori.

A. Première rencontre avec les usagers

1. Présentation du projet et de nos objectifs

Nous expliquons ensuite le projet dans lequel nous sommes engagés et pour lequel nous avons besoin de leur avis en tant que premier acteur des différents dispositifs en question. Nous leur expliquons ainsi tout l'intérêt de leur présence en mettant l'accent sur leur capacité à agir dans ce projet et leur possibilité de devenir acteur de nouvelles propositions pour la prise en charge de personnes ayant des difficultés à « habiter ». Ils saisissent très rapidement l'intentionnalité de cette mission : « faire changer les choses ».

Dès la présentation du projet et de ses objectifs, des idées émergent de la part de Mme S. qui s'exprimera spontanément sur l'un des aspects qui l'a le plus affectée au cours de son parcours : **la durée d'attente entre le moment où l'on a recueilli ses aspirations et l'instant où nous lui avons proposé une solution de logement.**

Un document papier leur est transmis récapitulant l'ensemble du projet, les objectifs de leur participation à ce dernier ainsi que les coordonnées téléphoniques de deux des professionnels participant au projet (annexe A).

2. Réalisation des dessins

Le choix de la médiation par le dessin a été effectué en lien avec plusieurs recherches s'appuyant sur la richesse et les bénéfices que peuvent apporter les productions graphiques notamment dans le domaine du relogement. Cette méthodologie a pu en effet être mise à l'oeuvre par Rouay-Lambert en 2004, qui a utilisé la représentation graphique par plan pour appréhender les espaces vécus par

les individus. Elle constatera que « le langage graphique procure des informations moins filtrées et maîtrisées que le langage oral » (Rouay-Lambert, 2004).

Ainsi, pour marquer le début de notre atelier, une consigne leur est proposée :

*« Chacun d’entre nous allons réaliser trois dessins, tous axés autour de la question du logement. Le premier devra faire état de votre lieu de vie actuel ; le second devra représenter le logement que vous aimeriez avoir au quotidien ; et le troisième sera le logement de vos rêves.
A la suite de nos réalisations, nous présenterons chacun notre tour ces différents logements. »*

Des feuilles blanches format A4 ainsi que des feutres de différentes couleurs étaient à disposition. La participation des professionnels à cet atelier a vraisemblablement permis aux usagers de plus facilement se laisser aller à la créativité. De manière consciencieuse et malgré tout ludique, chacun d’entre nous s’attelait à son travail de création. Vient ensuite le moment de présentation de nos dessins respectifs.

- **Dessin 1 « Le logement actuel » de Mr C.**



Nous débutons notre tour avec Mr C. qui s’essaie spontanément à l’exercice.

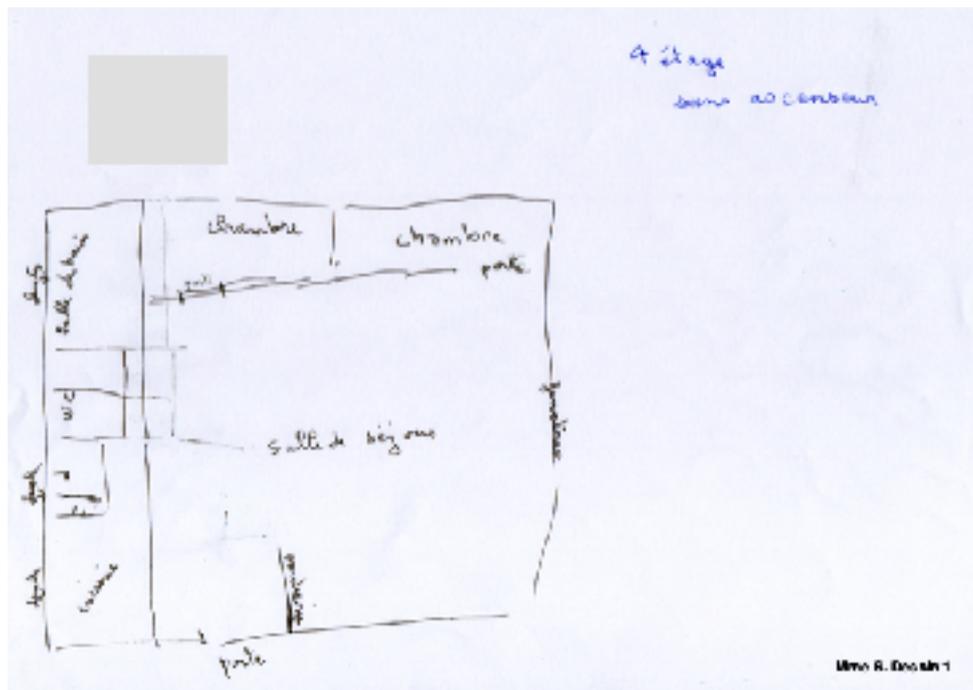
Mr C. nous décrit son appartement de manière très factuel, nous explique où se situe la cuisine, le salon, la chambre et la terrasse. La **taille de son appartement** est un élément qu’il critique, il aspire à un logement plus grand. Il nous fera part aussi de la **trop grande luminosité** de son salon qui semble déranger, parfois, se voyant obligé de fermer ses volets la journée pour ne pas être empris de cette lumière trop intense. Malgré tout, à travers ses explications, les projections sont multiples, il semble « habiter » ce lieu avec des envies d’aménagement notamment de l’extérieur : sa terrasse. Il nous parlera en effet de l’importance pour lui d’avoir ce dehors, il souhaiterait acheter des plantes (des cyprès précisément) dont il s’occuperait avec plaisir afin de voir fleurir ses arbres au printemps. On voit là comme le logement dans lequel il se trouve correspond à des besoins élémentaires lui permettant ainsi d’être à la fois dehors et dedans, de ne pas se sentir enfermé et

isolé du monde extérieur. Cet élément est intéressant à souligner au regard de son parcours de vie qui sera énoncé ultérieurement.

S'il l'on s'intéresse au dessin maintenant, on voit que la production reste construite, cohérente et cadrée. Les espaces sont bien délimités même si l'on n'identifie pas clairement les différentes pièces. Une seule est cependant bien définie : la terrasse, clairement nommée et qui, comme on peut le voir, occupe un périmètre important. On peut remarquer néanmoins le vide de son intérieur avec peu de mobiliers.

Globalement, Mr C. se sent bien dans son logement, cela apparaît comme une ressource qui lui permet aujourd'hui de pouvoir se reconstruire et se projeter dans l'avenir.

- **Dessin 1 « Le logement actuel » de Mme S.**



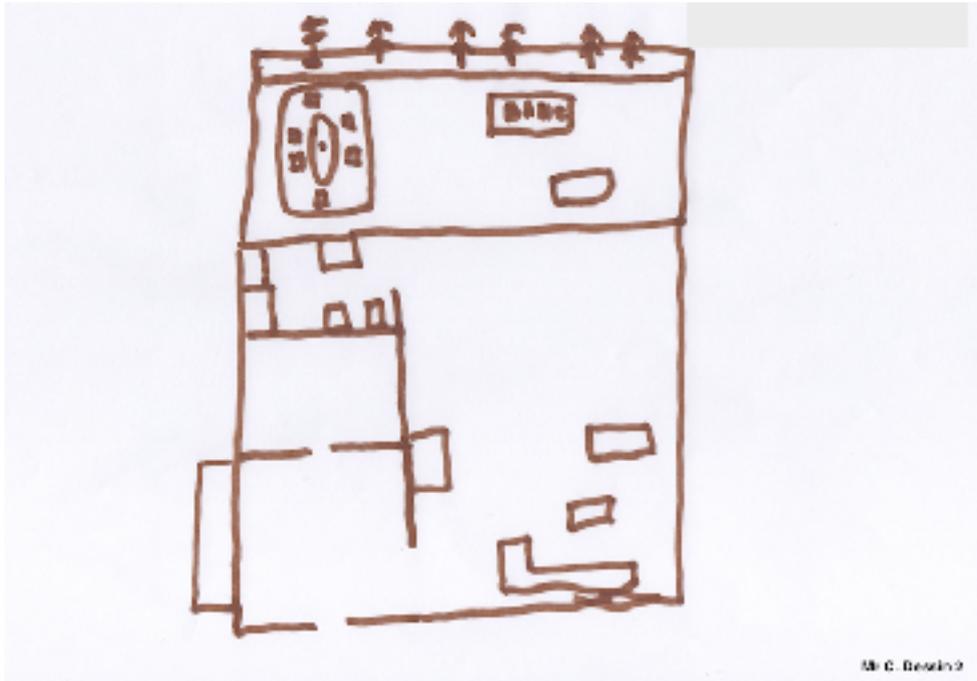
Vient le tour de Mme S. qui semblait appréhender l'exercice de présentation.

Mme S. expliquera elle aussi que son **logement est trop petit**. Elle habite dans un appartement situé au quatrième étage, sans ascenseur. Cette mère de six enfants insistera plus particulièrement sur les **problématiques qu'elle rencontre dans la vie quotidienne** : la difficulté à monter ses courses, la fatigabilité des allers-retours quand elle oublie quelque chose dans son appartement, l'absence d'une chambre supplémentaire pour pouvoir offrir un espace individuel à ses fils.

Le dessin vient là encore révéler un vide de l'habitation avec cette fois une absence totale de mobilier. Les pièces sont toutes clairement identifiées et nommées, les limites entre chacune sont quant à elle plus ou moins claires. Elle avait oublié les fenêtres, ouverture vers l'extérieur. Ce n'est qu'après avoir observé les dessins des autres participants qu'elle s'est rendue compte de son oubli.

Ce logement semble tout à fait convenir à Mme S., elle aimerait en effet pouvoir y mettre davantage de meubles notamment pour recevoir, elle aime accueillir, ce qui, en l'état actuel des choses est compliqué. En effet, elle dira que pour pouvoir recevoir six personnes, elle est obligée de déplacer le lit de l'un de ses fils dans le salon pour que tous les invités puissent s'asseoir convenablement. On voit donc que l'obtention d'un logement est une chose mais l'aménager et y habiter en est une autre. Une nouvelle fois peu de critique sont émises quant au logement qu'on a pu lui proposer, seuls quelques aspects pratiques ont refait surface.

- **Dessin 2 « Le logement souhaité pour le quotidien » de Mr C.**



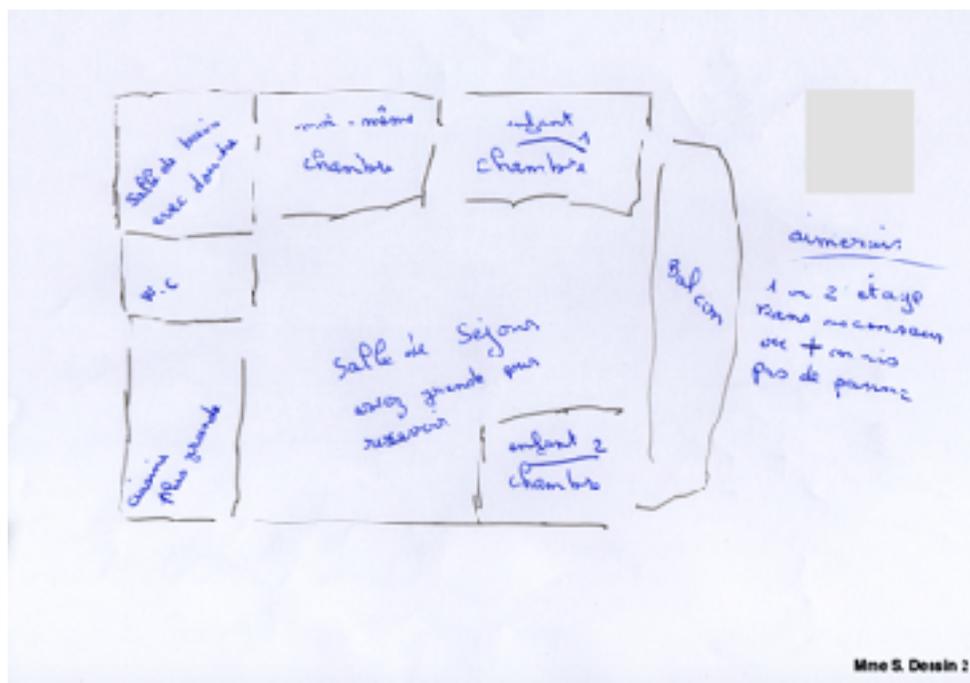
Passons maintenant au deuxième dessin proposé : « le logement souhaité pour le quotidien ». Mr C. débute une nouvelle fois.

Il nous expliquera ne pas vouloir un autre appartement que celui qu'il occupe actuellement, il précisera son désir d'aménager sa terrasse mais en aucun cas il ne mentionne le souhait de changer de logement pour un autre.

Si l'on compare les dessins 1 et 2, on remarque peu de différences, si ce n'est sur la taille du logement qui apparaît plus grand sur le second. La plus nuance réside sur l'aménagement de la terrasse, on voit que Mr C. a pu rajouter du mobilier (une table pour recevoir, un banc et une chaise longue) et également des arbres, qui, dit-il, lui permettront d'avoir plus d'intimité. L'intérieur en revanche n'a pas changé, aucun meuble supplémentaire n'apparaît comme s'il était encore difficile « d'habiter » ce lieu.

- **Dessin 2 « Le logement souhaité pour le quotidien » de Mme S.**

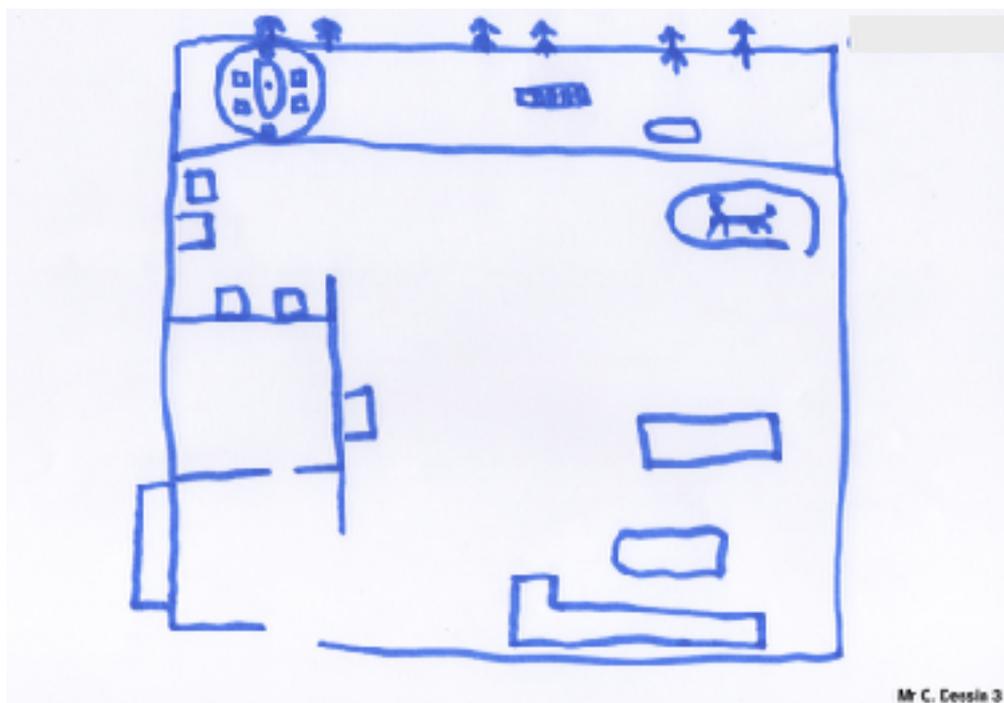
L'infrastructure de son appartement souhaité pour le quotidien apparaît la même que celui qu'elle occupe aujourd'hui. Le soucis de taille revient de manière plus importante, elle se laissera ainsi aller spontanément à ses désirs. Elle précise vouloir une plus grande cuisine car elle adore cuisiner et recevoir, aujourd'hui elle ne peut passer des heures à préparer des plats pour sa famille au vue de la taille réduite de sa cuisine. Elle aimerait une salle de bain avec une douche, car la baignoire n'est pas pratique selon elle. Evidemment, trois chambres pour que chacun de ses fils ait une intimité et puisse accueillir leur copine comme ils le souhaitent. Un extérieur, un balcon suffirait pour que ses enfants puissent aller fumer dehors sans nécessairement redescendre en bas de l'immeuble. Une grande salle pour recevoir, accueillir. Elle souhaiterait aussi être dans un étage moins élevé pour éviter les contraintes des escaliers, elle accepterait si l'ascenseur n'était pas sans cesse en panne.



L'absence de mobilier est une nouvelle fois remarquable, avec de grandes pièces, chacune ayant une attribution particulière, mais sans meubles pour autant. L'infrastructure générale prime une fois encore sur l'intérieur qui semble manifestement rester vide.

- **Dessin 3 « Le logement rêvé » de Mr C.**

Vient enfin le troisième dessin « le logement rêvé ». Mr C. débute.



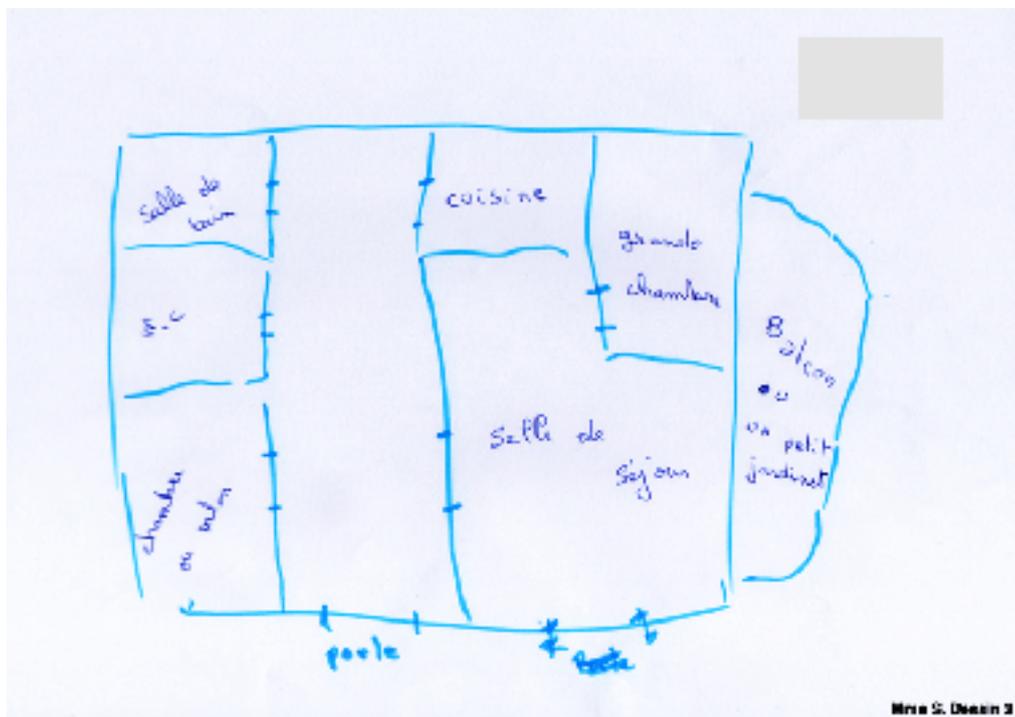
Le logement rêvé de Mr C. ne se distingue vraisemblablement pas du deuxième dessin et très peu du premier. Il nous décrira en effet le même habitat avec un détail en plus : un chien qui aurait « son

coin à lui ». Ce troisième dessin se présente néanmoins de plus grande taille par rapport aux deux précédents mais l'intérieur n'est que peu investi. Mr C. précisera qu'il ne s'autorise plus à rêver et qu'il préfère se contenter du quotidien et de ce dont il peut bénéficier au jour le jour.

Finalement, son projet de logement rêvé ne semble pas inaccessible. Pour cause, un projet complètement surréaliste et inatteignable engendrerait de la souffrance car impossible à réaliser. Ainsi, Mr C. préfère rester ancré dans le réel avec des désirs concrets et adaptés à ses besoins. L'écart entre ses représentations d'un logement rêvé et le réel apparaît donc moindre, cela nous pousse à croire que les capacités d'habiter de cet usager lui permettront d'investir à nouveau un « chez-soi » dans lequel il pourra se sentir bien.

- **Dessin 3 « Le logement rêvé » de Mme S.**

Dans ce troisième dessin, Mme S. tente de projeter son logement rêvé.



Cela va se traduire par un appartement bien plus grand que les précédents, avec des chambres plus spacieuses, un extérieur plus grand avec la présence cette fois-ci d'un « jardinet ». Elle insiste une nouvelle fois sur la nécessité pour elle d'avoir un « grand salon », voir un deuxième, pour pouvoir recevoir et accueillir ses proches. Elle dira qu'elle rêve d'une petite maison mais qu'elle n'a pas dessiné cela, comme si elle ne s'autorisait pas à imaginer et à poser sur le papier, ses fantasmes.

Dans sa description, l'accent sera de nouveau mis sur des aspects pratiques et très factuels, l'intérieur de son appartement ne contient toujours pas de meuble, elle ne se contente là encore, que de dessiner le contour de son logement, l'enveloppe contenante de celui-ci, comme si cela représentait déjà un « rêve » d'avoir un « chez-soi ».

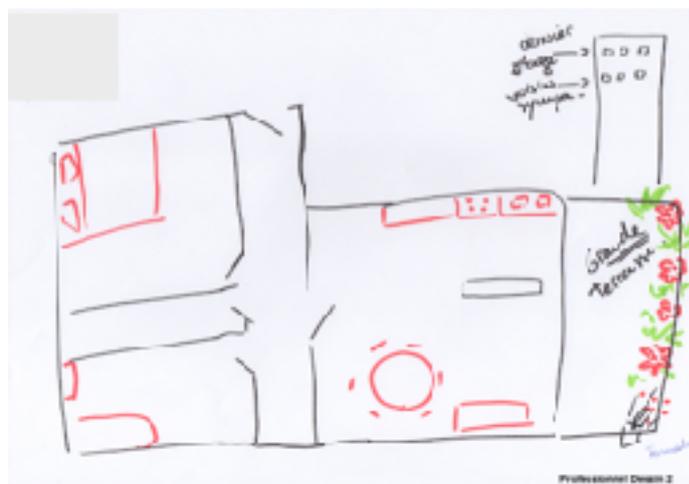
- **Et les dessins des professionnels ?**

En comparaison avec les dessins des professionnels, eux aussi mis au travail pour cet exercice de créativité, on remarque plusieurs choses. Dans un premier temps on peut voir que l'absence de mobilier se retrouve également, les extérieurs sont souvent privilégiés au détriment de l'aménagement de l'intérieur des logements. Cela vient mettre en lumière tout l'aspect intime que

peut représenter l'intérieur du « chez soi ». Révéler à des « inconnus » l'aménagement de notre propre chez soi apparaît difficilement pensable pour tous les membres autour de la table ce jour, comme si cet aspect de l'habiter représentait une partie trop personnelle pour que l'on puisse s'autoriser à la présenter à l'Autre. Aussi, cela peut venir signifier qu'il apparaît trop complexe pour chacun d'entre nous de nous représenter notre propre intérieur, notre aménagement personnel et intime. Plusieurs auteurs ont souligné cet aspect identitaire rattaché au « chez soi », il est donc difficile pour certains de pouvoir se lire, à un instant t et en présence d'Autres, et, par conséquent, de pouvoir réellement définir son « chez soi ». L'absence de meuble et d'aménagement de l'intérieur des habitats ne viendrait donc pas signifier un vide interne mais plutôt une incapacité de se représenter symboliquement son intérieur, se traduisant ainsi par un surinvestissement des extérieurs.



Dessin 1 - Logement actuel



Dessin 2 - Logement souhaité pour le quotidien



Dessin 3 - Logement rêvé

Dans un second temps, on peut observer, notamment sur les troisièmes productions, un écart entre celles des professionnels et celles des usagers. En effet, comme on a pu le voir précédemment, les usagers restent très terre à terre, dans le concret et pense surtout à l'adaptation de leur habitat à leur quotidien. En revanche, les professionnels, n'ayant pas eu cette même expérience en terme de logement, se laissent plus facilement aller à une certaine rêverie. L'activité fantasmagorique de ces derniers semble plus emprunte à la créativité, les filtres sont facilement levés et les fantasmes sont retranscrits à travers des envies de « piscine à débordement », « de jacuzzi avec vue sur la

montagne ». A contrario, les dessins des usagers nous suggèrent que l'accès à leur vie fantasmatique et à leurs désirs les plus profonds est plus difficile, comme s'ils ne s'autorisaient pas à lever les interdits et à se laisser aller à une rêverie purement fantasmatique. Cela peut même apparaître comme un élément de souffrance de penser ces fantasmes (cf. Mr C.).

Cette remarque peut apparaître ainsi comme un élément facilitateur dans les démarches de demande de logement. L'écart entre les représentations et le réel n'étant pas significatif chez les usagers, on peut facilement imaginer que leur souhait en terme d'habitation concordera avec le projet que le travailleur social est en mesure de proposer.

3. Les parcours de vie

Suite à la production de dessin qui a vraisemblablement instaurer un climat de confiance, nous leur proposons d'aborder leur parcours de vie quant à leur logement. Il ne leur ai pas demandé de nous expliquer leurs problématiques intimes mais principalement de nous raconter leur histoire en terme de logement.

• **Parcours de vie de Mr C.**

Mr C. souhaite commencer. La question du logement est dans son cas très étroitement liée à d'autres problématiques de vie qui ont vraisemblablement engendrer beaucoup de souffrances. Mr C. a toujours travaillé, c'était simplement un moyen pour lui de gagner de l'argent, il ne trouvait pas d'autre intérêt à sa pratique professionnelle. Un événement de vie tragique l'a amené a quitter le logement familial dans lequel il habitait, pour la rue. Il vécu 17ans sur les trottoirs et ce, de son plein grès. Il nous soulignera l'importance pour lui de bien distinguer « le clochard », personne qui se laisse dépérir, du « Sans Domicile Fixe » qui est une personne qui va d'un endroit à un autre sans attache particulière à un lieu et qui semble garder une certaine pulsion de vie. Il nous dira être passé par ces deux statuts qu'il différencie nettement. Sa vie était rythmée par des alcoolisations massives, des états d'incurie majeurs, une perte de fonctionnalité des membres inférieurs et des nuits passées près de poubelles, devenues son point de repère et derrière lesquelles il pouvait se cacher. Il nous explique avoir été aidé par les passants qui lui donnaient souvent de quoi manger, notamment « ses voisins » comme il les appelle, expression qui vient traduire toute l'importance et la symbolique qu'il avait mis dans le bout de trottoir qu'il « habitait » désormais. Mr C. a connu beaucoup d'hospitalisations forcées dut à ces épisodes d'alcoolisation. Plusieurs fois la Croix Rouge est venue lui apporter de l'aide en l'accompagnant dans des démarches d'hébergement. Plusieurs fois il a pu rencontrer des travailleurs sociaux qui tentaient de lui proposer un toit où dormir mais pendant ces dix sept années, Mr C. a toujours refusé un quelconque logement car « ce n'était pas le bon moment », il dira « je ne voulais pas m'en sortir ».

Mr C. a beaucoup voyagé sur le territoire français, il connu une période où il se décrivait comme « routard ». Puis, après 17ans et un retour sur Dijon, il eu comme un « déclic », il ne supportait plus ses conditions de vie et ses alcoolisations massives qui le mettait chaque fois un peu plus en danger. Il fut donc appel à la Croix Rouge pour demander un séjour de sevrage.

A la suite de cela, la rue a continué un petit moment pour Mr C. jusqu'au jour où, alors qu'il faisait la manche, il fit la rencontre d'une personne gérante d'un bar qui lui proposa spontanément de l'héberger dans un appartement qu'il possédait au centre ville. Cette proposition effrayait Mr C. au départ, toujours réticent à l'idée d'habiter un lieu fermé, mais il finit par accepter pour pouvoir bénéficier d'un endroit où poser ses sacs « en sécurité », nous dit-il. Le premier mois il n'habitait donc pas ce logement, il possédait les clés, y déposait ses affaires mais ne pouvait y rester car cela générerait trop d'angoisses. Au totale, il pu bénéficier de cette aide pendant cinq mois, cela a été le point de départ d'un réel cheminement psychologique pour Mr C. qui s'est décidé à faire les démarches pour obtenir un logement. Les soins et l'accompagnement apportés par l'équipe de

psychiatrie et de précarité l'ont largement encouragé à obtenir un appartement dans lequel il réside encore aujourd'hui.

Aujourd'hui Mr C. garde des séquelles de son passage en rue, il marche désormais avec une canne et souhaite s'inscrire dans toutes les démarches qui tendent à aider son prochain. Il s'investit effectivement dans des projets qui ont pour but d'aider ces personnes en rue et ne recherche désormais que des activités qui lui permettent d'être utile. Il travaille actuellement dans une entreprise de ménage et gagne suffisamment sa vie pour vivre dans l'appartement qui lui a été proposé. Pour lui, tout va bien désormais, il a « posé ses sacs » selon ses dires, car il a de nombreux projets en construction, il a « atteint ses rêves ».

Ce témoignage nous montre qu'un passage en rue peut se faire à la suite d'un événement qui est venu faire rupture dans la vie de Mr C. Cela a manifestement engendré une grande souffrance l'entraînant dans les méandres d'une trouble dépressif majeur, voir d'une mélancolie, ce associé à une addiction à l'alcool. Il est important de voir que cette situation de rue a été souhaitée à un moment clé de la vie du sujet, sa qualité de vie reflétant l'état psychique dans lequel il se trouvait au moment de l'événement de vie tragique. Ce désir de rester en rue et de connaître la précarité est important a souligné car il témoigne de la subjectivité du sujet et de son choix. On voit bien que plusieurs fois, Mr C. a eu la possibilité d'intégrer des foyers d'hébergement, de constituer un dossier pour accéder à un logement, mais cela a été refusé pendant 17ans de sa vie car il ne trouvait pas de sens à ces démarches. Et c'est cela qui semble important dans chacune des démarches qui sont entreprises auprès de ce public en rue souffrant de troubles psychiques majeurs. La souffrance et la détresse psychologique dans laquelle se trouvait Mr C. ne pouvait lui permettre de se penser dans un logement avec des conditions de vie décentes. L'intervention de l'équipe mobile de psychiatrie apparaît comme un élément central dans la prise en charge de ce sujet. Les soins psychiatriques adonnés en premier lieu à ce public-ci apparaissent comme une nécessité avant d'entreprendre toutes démarches sociales et d'hébergement. Et ce n'est qu'après un cheminement et un parcours psychologique effectué du côté du sujet que les choses peuvent alors se débloquent. Sans cette volonté initiale de l'usager en rue, toutes démarches de relogement apparaissent caduques. La question de la temporalité psychique apparaît ici centrale pour pouvoir entreprendre des démarches d'aide auprès de ce public. Une étude confirme que ces rechutes ne sont pas des échecs mais des étapes nécessaires dans le processus de détachement du milieu SDF et de la rue, avant d'intégrer celui de l'insertion (Rouay-Lambert, 2003)

• **Parcours de vie de Mme S.**

Mme S. vivait auparavant dans un appartement de type T6 qu'elle aurait « perdu » en 2014 pour des « raison bêtes ». Elle travaillait depuis de nombreuses années dans une entreprise où elle aurait connu un syndrome dépressif majeur l'amenant à quitter son travail. Elle abordera brièvement ses problèmes de couples qui n'ont fait qu'aggraver la situation. Elle n'a jamais connu la rue car elle s'est immédiatement mise en lien avec une association d'aide au logement pour bénéficier d'un hébergement d'urgence. Il lui a été proposé une chambre comme espace de vie alors qu'elle se trouvait avec trois de ses enfants. Il lui arrivait même d'héberger un autre de ses enfants majeurs pendant l'hiver car ce dernier n'avait, lui non plus, pas de toit où dormir. Elle passa une année au sein de cette chambre, cette période était très difficile, elle se sentait « comme dans une prison » et avait un sentiment d'enfermement profond, de perte de liberté et d'absence d'autonomie totale. Un élément majeur a marqué le vécu de la famille au sein de ce foyer : la présence de blattes. Cela a vraisemblablement laissé une trace importante chez Mme S. et ses enfants, il leur arrivait de ne pas pouvoir dormir à cause de ces insectes qui étaient en nombre. Aujourd'hui encore, la première chose qu'il vérifie en visitant un nouvel hébergement est la présence de blattes.

Le logement est décrit comme un aspect central dans le bien-être et la qualité de vie de Mme S., ce qui l'a poussé à faire d'autres démarches pour obtenir un nouvel endroit où héberger ses enfants. Ainsi, un rendez-vous avec un travailleur social a permis d'échanger sur ses envies et ses aspirations en terme de logement, ce dans le but d'un passage en évaluation SIAO pour pouvoir aller dans un Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale.

Mme S. a toujours témoigné d'une certaine volonté à s'en sortir, elle n'a jamais baissé les bras et s'est battue pendant trois longues années pour retrouver un logement convenable. Très rapidement elle a souhaité retrouver du travail. Elle a donc postulé spontanément dans une société d'aide à la personne où elle avait un contact, elle obtiendra un Contrat à Durée Déterminé qui participera de sa reconstruction, « c'était une nouveau départ, j'ai de nouveau repris confiance en moi ». Des suites de son nouvel emploi, une place en CHRS lui a été accordé avec sa famille. Cette fois-ci, le logement était plus grand, bénéficiait de deux chambres et d'une plus grande cuisine.

Depuis juillet 2017, elle vit dans l'appartement qu'elle a pu nous décrire précédemment. Cela a été une véritable renaissance, elle ressentait un besoin intense de quitter les foyers d'hébergement qu'elle côtoyait depuis maintenant trois ans. Elle accepta son appartement actuel, sans grandes convictions, mais elle préférerait cela à un retour dans le collectif. La collectivité n'était désormais plus supportable, sa souffrance était telle qu'elle faillit « faire une connerie », soit passer à l'acte. Il y avait une nécessité vitale de changer d'environnement. Aujourd'hui, elle est toujours en cours de démarches pour obtenir son propre appartement, une évaluation SIAO est actuellement en instance, ce dans l'espoir qu'un logement puisse lui être accordé. Elle semble aujourd'hui épanouie et nous décrit un sentiment de « liberté » car elle n'a plus les éducateurs en permanence « sur le dos » et ne côtoie plus le « social » au quotidien. On voit bien le contraste à travers l'utilisation du paradigme prison / liberté, l'obtention d'un appartement en dehors des foyer d'hébergement s'est traduit pas une nouvelle reconnaissance de son parcours et un accès retrouvé à l'autonomie.

Ce sentiment d'autonomie, Mme S. semble y tenir tout particulièrement. Elle nous expliquera ne pas toujours avoir entretenu de bonnes relations avec les travailleurs sociaux notamment une assistante sociale. Elle souhaitait en effet pouvoir effectuer elle-même ses démarches administratives comme elle l'avait toujours fait, elle s'en sentait capable et ne voulait pas qu'on la dépossède de cette capacité. Hors, Mme S. a mal vécu l'aide apportée par la professionnelle, elle avait l'impression qu'on faisait tout à sa place et qu'on lui renvoyait finalement qu'elle n'était plus en mesure de s'occuper de cela. Ce vécu a été très violent pour Mme S. qui ne s'est pas laissée faire et qui a su utiliser ses ressources pour pouvoir prétendre à ce minimum d'autonomie. La relation entre la professionnelle et Mme S. a néanmoins su évoluer et s'accorder, l'assistante sociale a pu saisir la problématique de la dame et l'a ainsi accompagné sans néanmoins faire à sa place. Pour autant, un sentiment d'incompréhension entre les deux protagonistes a persisté, Mme S. nous dira en effet que l'assistante sociale n'arrivait pas à entendre sa demande, qu'elle n'était pas sur le même niveau d'écoute et que les propositions que l'utilisateur pouvait lui faire était immédiatement récusées pour des raisons budgétaires.

A travers l'expérience de cette dame, on voit à quel point il est important de considérer l'autre comme un être humain, en capacité de et de pouvoir entendre toute sa subjectivité. On a pu voir que les hébergements dont a pu bénéficier Mme S. était bien souvent inappropriés à sa situation familiale, et au-delà même, dans un état insalubre majeur. Le collectif a été également très mal vécu par cette dame, aussi bien par la présence des autres usagers que par le personnel qui la renvoyait à une position infantile qui semble difficilement pensable, elle nous dira même « je n'avais pas besoin de maternage ». Ce témoignage vient mettre en lumière toute la nécessité de préserver, d'entretenir ou de faire renaitre, quand cela apparait possible, l'autonomie des usagers hébergés dans ce type de structure. Le vécu de la présence des professionnels au quotidien peut être ressenti comme

castrateur et ainsi renvoyé à une régression infantile qui peut avoir des répercussions majeures chez certains sujets.

La question du temps a été aussi soulignée par Mme S., trois ans se sont écoulés avant qu'elle puisse de nouveau obtenir un habitat autonome pour elle et sa famille. Trois ans au cours desquels elle n'a eu de cesse de puiser dans ses ressources pour pouvoir prétendre à une reconstruction. Elle redoute encore aujourd'hui un retour en foyer d'hébergement qui n'a pas laissé une trace positive dans la psyché de cette famille.

Leurs démarches arrivent bientôt à terme. Mme S. travaille toujours en tant qu'aide à la personne et semble plus que jamais déterminée à se reconstruire.

La problématique de Mme S. est tout à fait différente de celle de Mr C., elle ne présente pas de difficultés à habiter un lieu puisqu'elle a toujours accepté, certes par défaut, les logements qu'on a pu lui proposer. Sa capacité à investir un nouvel hébergement va davantage résider dans les aspects pratiques du lieu, indépendamment d'un collectif social lui permettant ainsi de bénéficier de ce sentiment de « liberté » et d'autonomie qu'elle prône tant. Si ces aspects sont respectés et que les professionnels tâchent de garder une distance suffisante avec Mme S. en lui accordant une confiance certaine quant à ses capacités à s'en sortir, il apparaît alors possible un réinvestissement véritable d'un « chez-soi » pour la dame.

4. Conclusion de cette première rencontre

Plusieurs éléments se sont dégagés de cette première rencontre.

On a pu constater à travers la réalisation des dessins, que les projets, même les plus fantasmés par les usagers présents ce jour, ne relèvent pas de l'impensable et de l'irréalisable, ce en contraste avec les professionnels qui ont pu dessiner également des logements bien plus prétentieux. Mais alors d'où viennent les difficultés quant à la « bonne » réalisation de la démarche d'habiter chez ces personnes souffrant de troubles psychiques ? En tout cas, pas de leurs représentations et de leurs projections en terme de logement. Cela viendrait finalement davantage de leurs capacités réelles à « habiter » un lieu, de leur capacité à être seul et isolé du monde extérieur, de leur capacité à se retrouver avec eux-même et face à leur monde interne, de leur capacité à réinvestir un « chez soi » dont les expériences antérieures ont pu laisser des traces douloureuses. A travers cette première séance, une affirmation commence de prendre forme. Si l'on s'appuie en effet sur les productions des deux usagers présents ce jour, on peut constater que leurs dessins, même rêvés, ne laissent pas entrevoir d'écart majeur entre leurs représentations et les éventualités réelles de logement qu'il est possible de leur proposer. La problématique concernant « l'habiter » ne se situe donc pas uniquement dans la relation dyadique construite sur l'évaluation SIAO entre l'utilisateur et le travailleur social. Elle semble se situer à un autre niveau : les capacités psychiques de l'utilisateur à habiter un lieu avec tout ce que cela peut venir signifier pour lui. Il sera donc intéressant de constater si au cours des prochaines séances cette hypothèse tend à se confirmer, ce en comparaison d'autres profils de personnalité, d'autres parcours de vie et d'autres troubles psychiques.

A travers la lecture des deux parcours de vie des sujets, d'autres éléments sont venus éclairer les difficultés que chacun a pu rencontrer dans son vécu en lien avec le logement. Comme nous avons pu le voir, la question de la temporalité psychique et du respect de celle-ci apparaît centrale dans une démarche d'acceptation d'un nouveau logement. Aussi, la prise en charge et l'accompagnement psychologique et/ou psychiatrique de ces individus semble un élément socle dans la reconstruction d'un projet d'habiter chez les usagers. Comme nous avons pu le voir pour Mr C. la compréhension de son vécu personnel a pu mettre en lumière ses difficultés à pouvoir habiter un nouvel espace.

S'il a été dit précédemment que la problématique concernant « l'habiter » ne se situe pas uniquement dans la relation dyadique entre le travailleur social et l'utilisateur, c'est qu'une partie des difficultés rencontrées par les usagers dans leur projet de logement se trouve dans les échanges

entre ces deux protagonistes. Comme nous l'a montré Mme S., le vécu de la présence et des échanges avec les professionnels a été compliqué, lui renvoyant son « incapacité à ». Les incompréhensions réciproques de chacun des deux sujets (usager et professionnel) n'ont pas permis d'aboutir à une représentation du logement en adéquation avec les aspirations de Mme S. Ainsi, l'aspect relationnel et le niveau d'écoute des travailleurs sociaux peut être parfois mal vécu par les usagers et ainsi entraver l'accès et le maintien dans le logement des usagers.

B. Elaboration de la grille d'observation / d'investigation

Comme convenu à la précédente rencontre, nous leur proposons tour à tour de nous faire de leur réflexion quant aux éléments qu'ils semblent pertinents à investiguer lors des voyages. Ces dernières sont répertoriées en Annexes B et C, chacune ayant une visée différente.

L'Annexe B sera en effet davantage orientée vers les usagers que nous allons rencontrer en Suisse et en Belgique. L'Annexe C quant à elle s'adresse aux professionnels.

Plusieurs éléments ressortiront comme majeurs dans les parcours de ces trois usagers, avec pour chacun des différences de point de vue qui finissent malgré tout par converger vers des constat commun.

L'hébergement en foyer les a tous renvoyé à un sentiment d'infantilisation notamment par la présence des professionnels. Ils se sont même comparés à des « animaux » dans une « bergerie » constatant par ailleurs que l'étymologie du mot « hébergé » était la même que pour la « bergerie ». Mr C. expliquera d'ailleurs que c'est l'une des raisons pour lesquelles il préférerait dormir dans la rue plutôt que de passer ses nuits en foyer où il se sentait « rabaissé ». Le manque d'intimité, la non possession des clés de leur chambre apparaissent là encore comme des symboles forts qui participent de ce sentiment d'infantilisation voire presque de déshumanisation.

Ils mettront tous en avant la nécessité et le besoin d'être écouté, d'avoir un contact relationnel et une reconnaissance de la part des professionnels présents sur la structure d'accueil. Ils revendiquent, paradoxalement, le besoin d'avoir une attention particulière, la sensation d'exister pour quelqu'un, que le professionnel s'inquiète de leur situation sans pour autant instaurer une relation asymétrique de pouvoir sur l'usager.

La question du suivi, de l'accompagnement et des relais entre professionnels a également pris une place prépondérante dans leur réflexion. Le sentiment « d'abandon » ressort lorsque leur situation évolue et qu'ils changent de structure d'hébergement, ils regrettent en effet que l'accompagnement s'arrête de manière brutale majorant ainsi une énième rupture dans leur parcours. Cela entraîne alors une difficulté à recréer de nouveau lien avec les professionnels qui les attendent dans la nouvelle structure, ils nous décriront bien cette peur que « tout s'arrête du jour au lendemain ». Cette remarque va de pair avec l'absence de relais entre les professionnels, bien que la séparation avec certains travailleurs sociaux soit indispensable dans la reconstruction de leur projet de vie, le manque de communication entre les différents acteurs entraîne un sentiment d'incompréhension de la part des usagers. Ils doivent en effet réexpliquer tout leur parcours, parfois redonner des éléments administratifs qu'ils ont déjà communiqué aux précédentes structures.

Le seul élément qu'ils soulignent comme étant un point fort est la présence de l'équipe mobile de psychiatrie et précarité (ELIPSES), seul objet permanent dans leur parcours. Certains diront que sans cet accompagnement de la rue à l'appartement ils n'auraient certainement pas réussi à s'en sortir. Les tâches administratives, les responsabilités du quotidien viennent en effet faire violence aux usagers qui passent de la rue à un appartement. Ils décrivent d'ailleurs bien cet écart majeur entre l'infantilisation ressentie dans les foyers et la responsabilité qu'implique d'habiter un appartement autonome.

III. Protocole de travail et d'analyse pendant le déplacement

Avant le départ du premier voyage d'études à destination de l'ENP Saint Martin de Namur (Belgique), l'ensemble du groupe (professionnels et usagers) s'est réuni afin de finaliser les démarches administratives et de débattre des méthodes de travail durant le séjour. Au cours de cette réunion chacun s'est approprié la grille de questions ouvertes élaborée précédemment lors de groupes de travail. Le groupe a collectivement convenu de considérer cette grille comme un support lors de la conduite de nos réunions sur le terrain d'étude, laissant à chacun la liberté de spécifier ou d'élaborer des questionnements supplémentaires selon les éléments présentés par les intervenants des structures d'accueil. Un bloc notes a été fourni par l'association ADEFO aux membres du groupe.

Le protocole de travail sur place a été redéfini lors de cette dernière réunion collective en amont du voyage : des temps d'échanges en collectif ont été formalisés à la fin de chaque journée de rencontres sur le terrain dont le programme nous a été transmis par la structure d'accueil. La programmation de ces temps de réunion a été pensée pour permettre au groupe d'échanger librement sur ses impressions suite aux temps de rencontre : les ressources, points forts, et questionnements multiples suscités lors des rencontres enrichis du point de vue et de l'expérience propre de chaque professionnel et personne accueillie.

Ces temps d'échanges formalisés de deux heures à la fin de chaque journée de travail, permettant à chacun individuellement et collectivement d'explicitier son vécu du voyage d'études, ont été conçus pour aboutir à une mise en commun finale, formalisée par un temps d'échanges collectif d'une demi journée précédant le voyage retour. Ce temps de travail final a pour but de réaliser la mise en commun des éléments relevés et questionnés par chacun durant le voyage, et d'échanger ensemble sur les points saillants pouvant en ressortir.

Ce même protocole de travail a été défini pour les deux voyages successifs à Namur puis à Genève. Entre les deux voyages, une réunion a été organisée pour informer l'ensemble des participants du groupe de travail pré-voyages composés de personnes accueillies, toutes n'ayant pas pu partir, de la teneur des échanges et des apprentissages du premier voyage d'études afin de continuer à associer l'ensemble du groupe à la démarche d'étude.

Au cours du voyage, des temps des échanges informels se sont ajoutés aux temps d'échanges formalisés dans l'emploi du temps, et ont grandement contribué à nourrir les élaborations collectives plus formelles. Les conversations faisant suite aux rencontres et aux visites ont été animées, riches, et ont passionné l'ensemble du groupe. Ces confrontations d'idées faisant suite aux présentations des professionnels belges et suisses ont été constantes tout au long des journées, et ont permis de complexifier la réflexion des participants par l'apport de nouveaux éclairages. Chaque participant a échangé son point de vue de manière informelle avec l'un ou l'autre des participants durant les deux séjours, traduisant une atmosphère de travail très positive et particulièrement stimulante face aux apprentissages constants issus des rencontres des structures et des professionnels sur le terrain.

Ces échanges vifs ont démontré un grand intérêt pour la démarche d'étude et la confrontation des pratiques qu'elle permet, illustrant par là la pertinence de l'initiative engagée. La pluridisciplinarité professionnelle, caractéristique fondatrice du groupe, mais également son caractère intergénérationnel et la pluralité des expériences de ses membres, ont induit une dynamique d'échanges particulièrement enrichissante pour chacun lors des deux voyages.

Le fonctionnement des temps formalisés d'échanges à la fin de chaque journée d'étude a dû être explicité et établi collectivement lors des premières sessions. Les découvertes issues des rencontres ayant été enthousiasmantes pour chacun, le groupe a eu besoin de clarifier ses pratiques de temps collectif afin de mieux structurer ses débats. Ainsi, afin de pouvoir organiser ses discussions, le

groupe a reposé des règles d'échanges qui ont été entendues par tous : il a été établi de ne pas couper la parole d'un interlocuteur, de pratiquer une écoute active, de ne pas monopoliser la parole, et de ne pas mener plusieurs conversations sur différents sujets en sous-groupe de discussions. Il a été convenu de laisser des temps de latence dans la discussion afin que chacun puisse réfléchir à son rythme sur la base de ce qui est en train de se dire et avoir l'opportunité de rebondir. Il a été proposé d'entamer les échanges formels de fin de journée par un tour de table des participants, chacun bénéficiant ainsi d'un temps de parole désigné pour exprimer ses remarques liées à la journée dans un laps de temps limité à deux minutes chacun. Le respect de ces règles a été immédiat et a permis d'améliorer la qualité du dialogue de façon remarquable. Ces règles ont permis de structurer les temps de bilan collectif finalisant chaque voyage d'étude, et de faciliter la prise de notes simultanée puis les synthèses écrites. Ces temps ont été marqués par des comparaisons de pratiques sur plusieurs enjeux de la prise en charge globale en santé mentale en lien à l'hébergement des personnes et ont été l'occasion de consensus communs sur des approches du travail ou usage d'outils potentiellement intéressants à réutiliser en contexte français.

L'intensité des échanges et la dynamique de groupe positive ont fait émerger l'envie de poursuivre ces temps de travail à la suite du voyage. Des temps d'échanges collectifs ont été prévus afin de poursuivre un premier bilan général des voyages, et de maintenir la démarche collective.

Annexe A : Support informatif pour les usagers

L'ACCÈS ET LE MAINTIEN DANS LE LOGEMENT, ON A BESOIN DE VOUS !

Qu'est ce que ce projet ?

Ce projet consiste à évaluer les dispositifs de notre société qui permettent de guider les personnes à la rue **vers un logement**. Nous cherchons à comprendre le fonctionnement des différentes démarches d'accompagnement actuellement mises en place dans les structures d'accueil de manière à identifier certains points de blocage.

Nous allons recueillir à la fois l'avis des travailleurs sociaux qui exercent dans les structures d'hébergement mais également **votre avis**, porte parole des autres usagers et premiers concernés. Il est important pour nous de pouvoir vous entendre en tant qu'usagers de ces dispositifs afin de mieux cerner les problèmes qui peuvent parfois intervenir dans l'accompagnement à l'accès et au maintien dans le logement.

Une fois les principaux problèmes identifiés, notre mission sera de rechercher dans d'autres pays d'Europe de nouveaux outils, de nouvelles manières de faire.

Pourquoi faire ?

Les objectifs de ce projet sont multiples mais se regroupent autour d'un seul et même point : **améliorer l'accompagnement des personnes à la rue ou en difficultés afin qu'elles puissent accéder à un logement approprié, dans lequel elles pourront se sentir bien**. Recueillir votre avis et votre expérience nous permettra d'être au plus près de la réalité et donc de mieux prendre en compte les difficultés que vous avez pu rencontrer.

Comment cela va-t-il se passer ?

Le projet durera 6 mois. Nous avons prévu de constituer un groupe de huit à dix personnes qui se réunira deux fois en début d'année 2018 pendant 2h environ puis quatre fois au printemps 2018.

Les échanges à l'intérieur de ce groupe resteront **anonymes**, il ne sera pas utile de dévoiler votre identité ou votre vécu personnel aux autres personnes présentes. L'intérêt est que vous puissiez **échanger chacun de manière libre et respectueuse** sur vos différents parcours concernant l'hébergement. Ces discussions permettront de cerner les points communs et les problématiques que chacun des participants a pu rencontrer dans l'accès à un logement. La **convivialité** de nos réunions vous donnera l'occasion aussi de **proposer** des

choses qui, selon vous, permettront d'améliorer l'accompagnement des usagers.

Vous ne serez ni jugé, ni évalué lors de nos rencontres, nous souhaitons entendre votre voix et vos ressentis en tant que **citoyens** concernant l'accompagnement actuel en terme de logement.

Et après ?

Vous serez bien évidemment informé de l'avancée du projet et des découvertes effectuées dans les autres pays européens si vous participez à cette étude. Une attention particulière sera portée sur votre point de vue concernant les nouveaux outils que nous souhaiterions mettre en place. Nous voulons construire un projet basé sur l'avis des professionnels **mais aussi, et surtout, sur votre avis.**

Qui participe ?

Le projet est proposé par la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie. Il regroupe plusieurs acteurs : l'Association Dijonnaise d'Entraide des Familles Ouvrières (ADEFO), l'Agence Régionale de la Santé (ARS), l'équipe mobile de psychiatrie et précarité (ELIPSES), la Direction Départementale de la Cohésion Sociale de la Côte d'Or, La Fédération des Acteurs de la Solidarité, le laboratoire Psy-Drepi de l'Université de Bourgogne **et VOUS.**

Les dates de rencontre

Si vous souhaitez devenir acteur de ce projet, nous vous attendons pour nos deux premières réunions de groupe à : **Foyer Sadi Carnot, 21000 Dijon**

Jeudi 11 janvier de 9h30 à 12h

Jeudi 15 février de 9h30 à 12h

Jeudi 22 février de 9h30 à 12h

Contacts

Si vous avez des questions, n'hésitez pas à contacter :

Mme Frénisy Marie-Claude au 06 71 98 19 78

M. Lamouroux Rémi au 03 80 60 95 91

Annexe B : Grille thématique pour le groupe d'utilisateur

Eléments que nous souhaitons questionner auprès des personnes.	Réponses des personnes
<p>Le logement adapté aux besoins de la personne (dessins)</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>L'appartement : taille / luminosité / bruit / propreté / état</i> - <i>Loyer / facture</i> - <i>Satisfaction vis-à-vis du lieu de vie actuel. (les + et les -)</i> - <i>L'écart avec l'attendu ? (représentations)</i> - <i>Localisation de l'appartement / voisinage / vie sociale / déplacement / citoyenneté</i> - <i>Appropriation du logement : mobilier, décoration...</i> - <i>Les bienfaits d'un logement (si ça marche pourquoi)</i> 	
<p>Les ruptures suite à une proposition de logement (parcours)</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Le temps de présence dans le dernier logement</i> - <i>L'élément déclencheur de la rupture (point de rupture)</i> - <i>L'autonomie (hygiène / entretien / alimentation)</i> - <i>La santé</i> - <i>Refus des éléments proposés par le travailleur social</i> - <i>Un accompagnement médical ou social au moment de la rupture ?</i> 	

<p>L'évaluation SIAO</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Prise en compte du point de vue de la personne accompagnée</i> - <i>Ressenti pendant l'évaluation</i> - <i>Lien avec le travailleur social</i> - <i>Lien entre les partenaires</i> - <i>Liberté de parole</i> - <i>Etre écouté</i> - <i>Oser demander.</i> - <i>La santé est évoquée</i> 	
<p>L'accompagnement global</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Trop d'accompagnement, pas assez, autrement ?</i> - <i>Liberté de parole / de choix</i> - <i>la question du temps de l'accompagnement</i> - <i>l'accompagnement <u>dans</u> le logement</i> - <i>Accompagnement individuel / collectif</i> - <i>Suivi par d'autres partenaires ? le lien, l'articulation, le secret...</i> - <i>Liberté de parole</i> - <i>La personne ose demander</i> - <i>La personne se sent écoutée</i> 	

Annexe C : Guide d'entretien pour les professionnels de Suisse et Belgique

Eléments que nous souhaitons questionner auprès des professionnels.	Réponses des professionnels
<p>Organisation administrative du pays, fonctionnement des secteurs locatif, médical et social</p> <p>Logement</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Quelles sont les aides financières pour le logement ?</i> - <i>Quels sont les prix moyens des loyers ?</i> - <i>Existe-t-il des structures publiques et privées d'habitat ?</i> - <i>Qui décide des attributions de logement dans le parc social ? Sur quels critères ?</i> - <i>Existe-t-il des agences immobilières à vocation sociale pour le parc privé ?</i> - <i>Existe-t-il des structures intermédiaires entre le foyer d'urgence et l'appartement privé ?</i> - <i>Quels structures d'hébergement sont mises en place sur le pays, sur le canton ?</i> - <i>Quels sont leur fonctionnement et leur règlement ?</i> - <i>Quelles sont les procédures d'expulsion locative (délais-traitement) et de prévention ?</i> <p>Soins</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Existe-t-il un service de tutelle / curatelle ?</i> - <i>Existe-t-il une sectorisation médicale ? Si non, comment sont répartis les prises en charge des usagers sur le territoire ?</i> - <i>Quelles aides financières pour la maladie / handicap ?</i> - <i>Structures privées / publiques pour les soins?</i> <p>Personnes en rue</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Quelle prise en charge est proposée pour les personnes en rue ? (existence d'un 115 ?)</i> 	

<p>Organisation spécifique de la structure d'accueil</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Comment trouvez-vous les logements proposés aux usagers ?</i> - <i>Qui sont vos partenaires ?</i> - <i>Qui obtient le logement ?</i> - <i>Quelles garanties demandez-vous pour obtenir un logement et à qui ?</i> - <i>Quels sont vos critères d'accueil des usagers / quel est le public accueilli ?</i> - <i>Qui oriente les personnes dans votre structure ?</i> - <i>Quels sont les critères de sortie des usagers ?</i> - <i>En moyenne, combien de personnes accueillez-vous dans la structure ?</i> - <i>Qui travaille au sein de la structure ?</i> 	
<p>Accompagnement dans l'accès à un logement</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Quels acteurs sont proposés dans l'accompagnement des usagers ?</i> - <i>Combien de temps dure cet accompagnement ?</i> - <i>Existe-t-il un accompagnement psychiatrique ? Si oui, de quel type ? Par qui est-il effectué et comment ?</i> - <i>Quels relais sont mis en place entre les différentes structures et entre les professionnels pour le suivi de l'utilisateur ?</i> - <i>Existe-t-il des liens entre le social et le médical ?</i> - <i>Existe-t-il une obligation de soins ?</i> - <i>Comment les usagers sont-ils réintroduits dans le monde du travail ?</i> - <i>Quel accompagnement est proposé pour les aider dans les tâches de la vie quotidienne ? (ménage, facture, cuisine, etc.)</i> - <i>Les professionnels poursuivent-ils leur accompagnement une fois le logement trouvé ?</i> - <i>Est-ce que l'accompagnement social, bail locatif, et observance des soins sont conditionnés les uns aux autres ou sont-ils indépendants ?</i> 	

Méthodologie mise en place pour recueillir les aspirations des usagers en terme de logement

- *Qui évalue les nouvelles entrées ?*
- *Comment sont évaluées les nouvelles entrées ?*
- *Comment sont recueillies les aspirations et la satisfaction des usagers en terme de logement ?*
- *L'utilisateur a-t-il plusieurs choix de logement ? Le visite-t-il ?*
- *Combien de temps, en moyenne, prennent les démarches administratives avant d'obtenir et d'intégrer un logement ?*
- *Comment est travaillée l'évolution de la personne ?*

Planning des visites en Belgique



Rue Saint-Hubert 84 • 5100 Dave (Namur)

Programme pour le voyage d'étude ADFEC - 12 au 15 Mars 2018

Personnes de contact : jocelyndelover@fracarita.org - 081/321.300

Christine.maes@fracarita.org

Lundi 12 Mars

15h - 19h : Accueil à la réception, modalités pratiques, horaire et installation.

Mardi 13 Mars

9h - 10h30 : Présentation de l'hôpital, organisation des soins de Santé Mentale en Belgique,

Inscription de notre hôpital dans cette réforme et présentation des Projets Européens.

10h30 - 10h45 : Pause

10h45 - 12h : Présentation et visite des MSP

12h - 13h : Repas

13h15 - 14h30 : Présentation et visite du centre de jour

14h30 - 16h : Présentation des initiatives d'habitations protégées et Visite de la Villa Chalon.

Mercredi 14 Mars

9h - 10h30 : Présentation de Phileas et de l'outreaching

11h - 12h : Présentation du 107 et équipes mobiles

13h - 16h : Visite culturelle de Namur

Judi 15 Mars

9h - 10h30 : Conclusions et débriefing du séjour



T. +32(0)81 - 30 28 86
F. +32(0)81 - 30 14 79

enp.st.martin@fracarita.org
www.enp-st.martin.be

Planning des visites en Suisse



Planning visite ADEFO - 26 au 29 mars 2018

	Lundi 26 mars	Mardi 27 mars	Mercredi 28	Jeudi 29
Matin	Arrivée de Dijon	10h - 12h00 Immersion avec équipe des Appartements (4 groupes)	10h00 - 12h30 - Visite/entretien Consultation secteur recherche (AARF) - Mise en contexte des éléments vus lors des visites - Questions/échanges/précisions suite aux visites	Visite Genève
		12h00 - 13h00 Repos Restaurant Trajets	12h00 - Repas Rest. Trajets ?	
Après-midi	14h - 18h Présentation de Trajets - Management - Hébergement - Administratifs - Résidences - Appartements	14h00 - 17h00 (hors Trajets) - Visite accompagnement à domicile (EHI) - Entretien avec un régisseur partenaire	14h - ... ? Mise à disposition d'une salle de travail à Trajets (sans professeurs de Trajets)	Retour par Dijon
Soirée		Immersion (4 groupes) - Appartements Troinex - Résidence Plateau - Maison du Roi-deux - Résidence Les Chênes 18h - 20h30 (avec repas du soir)		

Annexe 4 : Ressources documentaires

I. Connaissances documentaires

Trouble de voisinage chronique, difficultés relationnelles entre le bailleur et le locataire, isolement, mise en danger de la personne sont autant de situations auxquelles sont confrontés quotidiennement les professionnels du secteur médico-social. Ces intervenants de première ligne tentent un peu plus chaque jour de résoudre ces cas complexes. Ces expériences concrètes viennent révéler l'urgence de s'interroger sur les enjeux précédemment exposés concernant les difficultés d'habiter d'un sujet et ce dans un contexte de troubles psychiques. Plusieurs notions clés vont ainsi être mises au travail au travers de ce projet telles que la santé mentale, la précarité ou encore l'habiter, chacune venant éclairer et apporter des éléments de compréhension à notre pratique professionnelle pour tendre vers un idéal de prise en charge futur.

A. Le concept de « bonne santé » et la notion de « santé mentale »

Si l'on s'interroge aujourd'hui sur le concept de « bonne santé » ou plus précisément sur « qu'est-ce qu'être en bonne santé ? », une définition semble pouvoir y répondre : « La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité » (Organisation Mondiale de la Santé, 1946). Cette approche reflète la nécessité pour un individu, qui tend à être en bonne santé, d'attacher une importance à chacune des sphères constituant son « bien-être » et ce de manière globale. Cette considération dynamique et plurifactorielle du concept de « bonne santé » incite également les politiques de santé publique à réévaluer les prises en charge à un niveau médico-socio-psychologique et ainsi proposer une offre de soin pluridisciplinaire.

Directement en lien avec cette première considération de la santé, la notion de santé mentale est elle-même définit comme telle : « On définit la santé mentale comme un état de bien-être qui permet à chacun de réaliser son potentiel, de faire face aux difficultés normales de la vie, de travailler avec succès et de manière productive et d'être en mesure d'apporter une contribution à la communauté. » (Organisation Mondiale de la Santé, 2016). Non plus considérée uniquement comme l'absence de trouble psychique, la santé mentale apparaît ici comme une entité qui fait partie intégrante de la santé. On comprend ainsi l'effet majeur que peut entraîner une altération de cette composante. En effet, la présence de symptômes plus ou moins graves peut altérer le fonctionnement quotidien du sujet impactant ainsi la sphère professionnelle, relationnelle, familiale et sociale. Un individu qui n'est pas pris en charge suffisamment précocement se retrouve alors rapidement dans une détresse à la fois psychologique et sociale. Et c'est quand cette détresse envahit de manière majoritaire les différentes composantes de la vie de l'individu que la rencontre avec les professionnels des secteurs médico-socio-psychologiques est provoquée.

B. Troubles psychiques et précarité

Dans un schéma idéal, l'intervention des professionnels devraient s'effectuer de manière précoce afin d'éviter au sujet de glisser vers une précarité sociale et psychologique sans précédent.

Bien souvent, la situation commence par se dégrader de manière silencieuse avec la perte de l'emploi par exemple, entraînant petit à petit le sujet dans une difficulté financière et une rupture des liens avec la société. La perte de revenus amène l'individu à reconsidérer son mode de vie, ses loisirs et son logement avec, dans les situations les plus précaires, une perte de l'habitat et une errance entre les différents lieux d'hébergement et la rue. Régulièrement les liens relationnels avec les amis et la famille sont aussi brisés. Le sujet entre petit à petit dans une spirale infernale qui accroît son isolement et sa détresse. Les symptômes prennent de plus en plus d'ampleur et font de

plus en plus de bruit, à tel point que, régulièrement, ce sont des personnes tierces qui font appel aux services d'urgence pour venir en aide à l'individu en souffrance.

Gros-Jean et Padieu (1995) considèrent le phénomène précédemment décrit sous le nom « d'exclusion » et le définissent ainsi : « Processus de cumul de ruptures avec les formes essentielles du lien social : habitat, famille, couple, travail et avec les formes essentielles des modes de vie dominants dans une société donnée. ». Wrésinski (1987) propose quant à lui la notion de « précarité » expliquée comme « l'absence d'une ou plusieurs sécurités, notamment de l'emploi, permettant aux personnes et aux familles d'assurer leurs obligations professionnelles, familiales et sociales et de jouir de leur droits fondamentaux ». Cette définition nous amène à réfléchir sur les conséquences que ce sentiment d'insécurité peut avoir sur le sujet ou la famille. La souffrance psychique ne viendrait-elle pas prendre racine dans ces situations complexes et ainsi entraîner le déclenchement du processus d'exclusion ? Si l'on suit ce raisonnement, nous considérons le trouble psychique comme secondaire à la situation de précarité, hors, des auteurs ont pu mettre en lumière la problématique inverse, celle proclamant que le trouble psychique pouvait être la cause de la mise en situation d'exclusion et de précarité du sujet. Cela interroge ainsi un autre aspect de notre société actuelle : l'accès à une prise en charge psychologique et/ou psychiatrique pour chacun d'entre nous. D'autres auteurs définissent la précarité comme étant « un ensemble de situations de privation et de fragilisation où s'articulent l'instabilité des trajectoires, la difficulté d'anticiper l'avenir et la désaffiliation sociale » (Fieulaine et al., 2006). Les situations de précarité sont ainsi marquées par l'instabilité et l'incertitude, ce qui aura nécessairement un impact sur la santé mentale. Mais soyons vigilants encore une fois. Ces mêmes auteurs nous précisent que la population précaire ne présente pas des caractéristiques spécifiques de pathologies mentales mais représente plutôt une condensation des problèmes observés dans la population générale. En effet, ces personnes sont moins dans des démarches préventives et davantage dans des pratiques à risques, accompagné par un moindre recours aux soins et une difficulté d'y accéder en règle générale.

Dans un rapport de 2005, le Haut Comité pour le Logement des Personnes Défavorisées développe ce lien entre trouble psychique et exclusion et mettra en exergue un fonctionnement à double sens de cette problématique, avec un mouvement réciproque entre la maladie psychiatrique et les situations de précarité. Cet état des lieux est principalement basé sur la difficulté d'évaluer la situation originale de l'individu qui se retrouve désormais à la rue et en rupture avec la réalité. Aujourd'hui, une majorité des personnes souffrant de troubles psychiques graves se retrouvent en errance, sans profession et complètement isolées (Laporte, Méner et Chauvin, 2010). L'étude de Chauvin et Parizot (2009) vient confirmer ce constat d'une surreprésentation de la maladie mentale au sein de la population sans logement.

C. Le concept de l'« habiter »

Bien qu'une réciprocité existe entre maladie mentale et situation précaire, rendant difficile l'appréhension de l'étiologie de l'état de souffrance du sujet, un facteur majeur vient tout de même interagir de manière prépondérante : le logement. Que nous dit la définition de la précarité ? Que le sujet est empêché, impuissant car en manque de moyens et en perpétuelle insécurité. Ce sentiment d'insécurité est principalement rattaché à une absence d'abri, de logement, de refuge dans lequel le sujet peut venir se ressourcer et surtout se sentir en sécurité. De nombreux auteurs ont pu développer l'importance d'avoir un logement et les répercussions que cela pouvaient entraîner si ce dernier venait à manquer. Heidegger (1951) souligne bien que l'habitation est le « trait fondamental de la condition humaine » suggérant par là que l'habitat ne représente pas seulement un bien matériel mais une condition nécessaire à l'Homme (Bley, 2016). Dans cette même pensée, Bachelard (1957) nous propose de penser la maison comme à l'origine de notre imaginaire et de la dialectique moi / non-moi. La maison protège, met à l'abri, rassure et nourrit l'intimité. La

construction d'un chez-soi donne également accès à une place dans l'espace social. Mais cet exercice n'est pas chose aisée, en effet, Heidegger marque bien une distinction entre le fait d'occuper un logement et la capacité d'habiter. C'est dans cette différenciation même que les réflexions doivent prendre racine par l'intégration plénière de la subjectivité et de l'histoire de vie de l'individu, plus particulièrement chez les personnes porteuses de troubles psychiques. Le rapport au passé est en effet fondamental pour comprendre la vulnérabilité actuelle de l'individu, Delor et Hubert (2000) parle même de « fragilité biographique », parfois repérée dans les entretiens effectués par les professionnels des domaines médico-psycho-social, comme un facteur de vulnérabilisation. Cette approche proposée par Heidegger met surtout en exergue une composante majeure dans la compréhension des échecs de mise et de maintien dans le logement des personnes : l'habiter est un processus actif. En cela, il ne s'agit pas uniquement de mettre une personne dans un appartement pensant que cela résoudra l'ensemble de ses problèmes liés à la précarité. La distinction entre habiter et occuper un logement est fondamentale pour saisir la complexité que peut représenter ce travail de mise et de maintien dans le logement.

Dans un contexte de rue, plusieurs auteurs ont pu travailler la question de l'habiter chez les « sans-abri ». Zeneidi-Henry (2003) ou encore Hatzeld (2003) ont voulu mettre en avant ce que qu'est la notion « d'habiter l'espace public ». Ils ont pu constater que, faute d'avoir un refuge, c'est le corps qui était placé comme élément de « chez-soi », avec un surinvestissement de ce corps intime pourtant visible par tous. On comprend donc tout le processus sous-jacent qui doit se mettre à l'oeuvre lorsque ces mêmes personnes ont pour tâche de réinvestir un logement, un abri, ou même une chambre d'hébergement d'urgence. Néanmoins, malgré la complexité du mécanisme, il ne s'agit pas d'entretenir le mal logement ou le maintien dans la rue. Furdion (2000) nous décrit en effet les interactions existantes entre le mal-logement et les troubles de santé mentale :

- le mal-logement est source d'exposition à des risques sanitaires, les lieux d'habitation insalubres entraînant des problèmes de santé singuliers (cancers liés à l'amiante, saturnisme, tuberculose, poux, galle, fièvre des tranchées) ;
- le mal-logement aggrave les pathologies préexistantes (décompensation de pathologies chroniques) de part la difficulté à suivre un traitement régulièrement ou d'avoir une hygiène scrupuleuse ;
- l'absence d'un chez soi rend plus difficile l'accès aux soins parce que les questions de santé passant souvent bien après la sécurité et la nourriture (Crandall et al, 2003) et qu'il y a une perte de confiance dans les systèmes de soins du fait d'expérience répétées et de discriminations ;
- les personnes atteintes de troubles mentaux sont celles qui ont le moins accès aux soins parmi la population identifiée comme sans-domicile. Si en effet certains troubles préexistent à la perte du logement, les conditions de vie dans les centres d'hébergement et plus encore dans la rue ont tendance à favoriser leur développement (insomnie, dépression, troubles de types psychotiques).

Dans une même dynamique, la Fédération Européenne des Associations Nationales Travaillant avec les Sans-Abri (FEANTSA) a élaboré une typologie du mal- et du non-logement par le biais de la grille ETHOS (2007). Cette grille européenne pense le logement comme un regroupement de composantes dont l'absence pourrait venir alimenter le processus d'exclusion précédemment défini. Avoir un logement se résumerait à trois domaines principaux :

- le domaine physique : la personne et sa famille possède exclusivement une habitation adéquate
- le domaine social : la personne bénéficie d'un lieu de vie privée pour entretenir ses relations sociales
- le domaine légal : la personne détient un titre légal d'occupation.

Il s'agira alors de penser cette notion « d'habiter », ce en s'appuyant sur les travaux d'Agneray et al. (2013) qui nous décrivent tout ce qu'engendre le processus d'appropriation de l'habitat. La première étape consiste en un processus d'identification où l'individu, garant de son intimité,

s'installe dans un habitat afin d'en prendre possession. Intimité construite en grande partie par l'histoire de vie du sujet. Les processus psychiques engagés lors de cette première phase permettraient, selon certains auteurs, « d'engager l'espace habité comme la construction de soi » (Djaoui, 2011). Les actions d'appropriation menées auront ainsi pour objectif d'articuler les éléments hérités du passé et de l'histoire de vie du sujet et les éléments futurs, projets d'avenir. La seconde étape de ce travail d'appropriation de l'habitat vient faire appel à « l'héritage » de l'individu, c'est-à-dire tout ce que son histoire familiale et personnelle a pu laisser comme traces qu'elles soient matérielles, génétiques ou autres. L'individu n'a pas d'autre choix que de « faire » avec cet héritage tout en composant avec le présent. Le troisième temps de l'appropriation s'appuierait sur les projets d'avenir. En effet, l'habitat s'inscrit dans un projet de vie, il devient le lieu où se construisent et se créent une partie du futur de chacun (fonder une famille, convenir de projets professionnels, etc.). Enfin, le dernier élément nécessairement indispensable est l'action d'appropriation. Cette notion rejoint celle énoncée par Heidegger de par le caractère actif du processus. Comme nous avons pu brièvement l'évoquer précédemment, le lieu où l'on vit ne représente pas uniquement un bien matériel, neutre et passif. Selon Djaoui (2011), l'habitat est « un construit particulièrement frappé par l'imaginaire des habitants. Avant même d'habiter un lieu nous en imaginons les potentialités et notre inscription en ses murs ».

Ce processus d'appropriation de l'habitat vient donc nous révéler la complexité que peut représenter cette notion « d'habiter ». Cette capacité propre à l'être humain emmène avec elle un « héritage » individuel, familial et collectif mais également tous les projets d'avenir et de construction d'une vie. C'est à l'articulation de ces composantes passées et futures que se crée le rapport immédiat et singulier du sujet avec l'habitat.

Annexe 5 : Bibliographie

- Agneray F, Tisseron S, Mille C, Wawrzyniak M, Schauder S. (2013). L'habitat et ses liens avec le psychisme : aspects psychopathologiques et cliniques de l'attachement à l'habitat. *Evolution Psychiatrique* 80(2015), 489-499.
- Bachelard G. (1957). *La poétique de l'espace*. Paris : PUF (2012).
- Billiard, I., Debordeaux, D. & Lurol, M. (2000). *Vivre la précarité, trajectoires et projets de vie*. La Tour d'Aigues, Éditions de l'Aube.
- Bley, L. (2016). La « maison » en psychanalyse. Cliniques du seuil. *Evolution Psychiatrique* 82(2), 373-382.
- Bouillon, F., Girard, V. & Musso, S. (2007). Dossier n° 7 - Du droit au logement aux expériences de l'habiter. *Bulletin Amades* [En ligne], 69.
- Bresson, M. (2003). Le lien entre santé mentale et précarité sociale : une fausse évidence. *Cahiers internationaux de sociologie*, 2 (115), 311-326.
- Chauvin, P., Laporte, A., & Le Ménier E. (2010). *Les travaux de l'Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale 2009-2010, Chapitre : La santé mentale et les addictions des personnes sans logement personnel. Quelques éclairages issus d'une enquête de prévalence en Île-de-France*. Paris : La Documentation française, 413-434.
- Chauvin, P., Parizot, I., Simonnot, N. (2009). Access to Healthcare for the Undocumented Migrants in 11 European Countries. *Médecins du Monde, European Observatory on Access to Healthcare*,
- Chauvin, P. & The Europromed Working Groupe. (2002). *Prevention and Health Promotion for the Excluded and Destitute in Europe*, Amsterdam, IOS Press.
- Delor, F. & Hubert, M. (2000). Revisiting the concept of « vulnerability ». *Social Science et Medicine* 50(11), 1557-1570.
- Djaoui, E. (2011). Approches de la « culture du domicile ». *Gerontol Soc*, 136(1), 77-90. Nicolas
- Fieulaine, N. & al. (2006). Précarité et troubles psychologiques : l'effet médiateur de la perspective temporelle. *Les Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale* 4(72), 51-64.
- Firdion, J.M. (2000). Une revue de la littérature sur les jeunes sans domicile. CNAF, *Recherches et Prévisions* n°60, juin, 79-97.
- Folsom, D.P., Hawthorne, W., Lindamer, L., Gilmer, T., Bailey, A., Golshan, S. et al. (2005). Prevalence and risk factor for homelessness and utilization of mental health services among 10340 patients with serious mental illness in a large public mental health system. *American Journal of Psychiatry*, 162(2), 370-376.

- Furtos, J. (2011). La précarité et ses effets sur la santé mentale. *Le Carnet PSY*, 7(156), 29-34.
- Girard, V., Estecahandy, P., Chauvin, P. (2010). La santé des personnes sans chez-soi. Plaidoyer et propositions pour un accompagnement des personnes à un rétablissement social et citoyen. Rapport à la ministre de la Santé et des Sports. *La Documentation française*.
- Gros-Jean, CH., & Padieu, C. (1995). Les exclus. *Revue des Affaires sociales*, 2.
- Hatzfeld, M. (2003). Habitat des SDF et hospitalité urbaine. in Marpsat M., Fréchon I., Firdion J.-M., et Hatzfeld M. (dir.), *Les SDF. Représentations, trajectoires et politiques publiques*, Paris, PUCA, p. 52-61.
- Heidegger M. (1958). *Bâtir, habiter, penser*. Essais et conférences. Mesnil-sur-l'Estrée : Gallimard, p. 170-93.
- Lion, G. (2014). En quête de chez-soi. Le bois de Vincennes, un espace habitable ?. *Annales de géographie* 3(697), p. 956-981.
- Perreti, G. (2006). Sans-domicile : une cible mouvante. Une typologie de l'histoire résidentielle des individus. *Recherche et Prévisions*, 85, 39-50.
- Pichon, P., & Torche, T. (2007). S'en sortir. Accompagnement sociologique à l'autobiographie d'un ancien sans-domicile fixe. *Matières à penser*.
- Rouay-Lambert, S. 2003. Sortir de la rue, une voie sans issue ?. *Visibles, proches, citoyens : les SDF*, actes du colloque du PUCA, décembre 2003.
- Serfaty-Garzon, P. (1985). Expérience et pratiques de la maison. In: Altman I, Werner CM, editors. Home environments: human behavior environment, advance theory and research. *New York Plenum Press*, 8, 65-86.
- L'union Sociale pour l'Habitat (2006). L'accès et le maintien dans le logement des personnes ayant des difficultés de santé mentale. *Les collection d'Actualités habitat*, 103, 9-43.
- Wresinski, M., J. (1987). Grande pauvreté et précarité économique et sociale. Rapport au conseil économique et social. *Journal Officiel*.
- Zeneidi-Henry, D. (2003). La rue domestiquée. Reformulation de la notion d'espace domestique à travers l'expérience des SDF. in Collignon B. et Staszak J-F., *Espaces domestiques*, Paris, Bréal, p. 20-33.