LES BESOINS EN RESIDENCES ACCUEIL EN FRANCHE-COMTE

Etude des besoins des personnes avec troubles psychiques présentes dans les structures de l'AHI et des réponses apportées aux personnes en résidences accueil

à la demande de la DRJSCS et de l'ARS de Franche-Comté

Septembre 2015

Réalisation :

Marielle BOSSU
Jean-Claude JACQUINET
Conseillers techniques

avec l'appui de **Martine LANDANGER**
Directrice

Centre Régional d'Etudes et d'Actions et d'Informations
en faveur des personnes en situation de vulnérabilité

11 rue Jean Giono – BP 76509 - 21065 DIJON Cedex - Tel : 03.80.28.84.40 - Fax : 03.80.28.84.41
E-mail : creai@creaibourgogne.org - Site internet : www.creaibourgogne.org

Remerciements

Le CREAI Bourgogne Délégation Franche-Comté tient à remercier l'ensemble des acteurs professionnels et locataires pour leur disponibilité et leur participation à cette étude ; soit par la transmission de données, la disponibilité lors d'entretiens ou lors des groupes de rencontre, pour leur réactivité et l'intérêt que chacun a pu faire preuve lors des rencontres organisées.

SOMMAIRE

I – CONTEXTE ET METHODOLOGIE DE L'ETUDE ..... p 4

1. Contexte de la demande et objectifs de l'étude ..... p 4

2. Méthodologie et déroulement de l'étude ..... p 8

2.1 Comité de suivi ..... p 8
2.2 Périmètre de l'étude ..... p 8
2.3 Approche quantitative ..... p 9
2.4 Approche qualitative ..... p 10

II – ETAT DES LIEUX DE LA SITUATION DES PERSONNES AVEC TROUBLES PSYCHIQUES ACCUEILLIES DANS LES STRUCTURES DE L'AHI ..... p 14

1. Localisation de l'offre du champ de l'étude en Franche-Comté ..... p 14

1.1 Maisons relais et CHRS ..... p 15
1.2 Résidences accueil, SAVS, SAMSAH et CMP ..... p 16
1.3 Offre de places en Hébergement d'Urgence, CHRS, Maison Relais et Résidence Accueil par département au 30 juin 2015 ..... p 17
1.4 Etat de l'offre par département selon la population et ratio de l'offre d'accueil dans les structures franc-comtoises ..... p 18
1.5 Ratio de personnes ayant des troubles psychiques dans la population accueillie En Hébergement d'Urgence, CHRS, Maison Relais et Résidence Accueil ..... p 19
1.6 Caractéristiques générales de la population ayant des troubles psychiques Accueillie en Hébergement d'Urgence, CHRS, Maison Relais et Résidence Accueil ..... p 21
1.6.1 Sexe ..... p 21
1.6.2 Age ..... p 22
1.6.3 Protection juridique ..... p 23
1.6.4 Situation familiale et asilaire ..... p 23
1.6.5 Reconnaissance de la situation de handicap par la CDAPH ..... P 24
1.6.6 Ressources financières ..... p 25
1.7 La situation antérieure des personnes accueillies ayant des troubles psychiques ..... p 26
1.7.1 L'hébergement / prise en charge antérieure ..... p 26
1.7.2 Les raisons du changement d'hébergement ou de prise en charge ..... p 28
1.8 La santé des personnes accueillies ayant des troubles psychiques ..... p 29
1.8.1 Les problèmes de santé ..... p 29
1.8.2 Les suivis médicaux ..... p 31
1.9 Les difficultés et besoins des personnes accueillies ayant des troubles psychiques ..... p 32
1.9.1 Les difficultés repérées ..... p 32
1.9.2 Les besoins repérés ..... p 33

1.10 Les évolutions souhaitables dans les accompagnements des personnes accueillies ..... p 35
1.10.1 Selon les professionnels ..... p 35
1.10.2 Selon les personnes accompagnées ..... p 36

1.11 Focus sur les admissions, refus et sorties des résidences accueil ..... p 37
1.11.1 Les origines des admissions en RA ..... p 37
1.11.2 Les refus d'admission ..... p 39
1.11.3 Les sorties des RA ..... p 40

SYNTHESE INTERMEDIAIRE ..... p 41

III – CONSTATS REALISES A PARTIR DES RENCONTRES AVEC LES ACTEURS DES SECTEURS SOCIAUX, MEDICO-SOCIAUX, SANITAIRES, HEBERGEMENT/LOGEMENT DE LA FRANCHE-COMTE..... p 42

1. A partir des rencontres avec les professionnels des SIAO ..... p 42

2. A partir des rencontres avec les partenaires (réels ou potentiels) des résidences accueil ..... p 46

3. A partir des rencontres avec les résidences accueil ..... p 52

IV – PRECONISATIONS ..... p 55

1. En termes de création de places en RA ..... p 55
2. En termes d'orientation et d'accompagnement ..... p 58
3. En termes de professionnalisation des acteurs ..... p 60
4. En termes de développement d'espaces collaboratifs (partenariats) ..... p 62
5. En termes de politique sociale ..... p 65

SYNTHESE ..... p 67

BIBLIOGRAPHIE ..... p 68

SIGLES UTILISES AU COURS DE L'ETUDE ..... p 72

ANNEXES ..... p 75

ANNEXE 1 : Structures intégrées dans le champ de l'étude ..... p 76
ANNEXE 2 : Questionnaire envoyé aux structures de l'AHI ..... P 78
ANNEXE 3 : Questionnaire aux résidents RA ..... p 82
ANNEXE 4 : Liste des personnes rencontrées lors des réunions « partenaires » ..... p 85

I - CONTEXTE ET METHODOLOGIE DE L'ETUDE

1. Contexte de la demande et objectifs de l'étude

Dans le cadre des crédits spécifiques alloués en 2014 à l'ARS et à la DRJSCS de Franche-Comté pour la réalisation des missions du CREAI dans cette région, une action revêtant un intérêt commun, sur le champ de la santé mentale, a été définie comme axe de travail prioritaire.

Le projet consiste à évaluer les besoins des publics adultes souffrant de troubles psychiques pouvant être accompagnés dans les dispositifs sociaux que constituent les résidences accueil au sein de l'offre d'hébergement/logement de l'Accueil Hébergement Insertion, pour disposer d'éléments d'analyse sur l'adaptation ou l'inadaptation de l'offre et l'éventuel besoin de mettre en place d'autres accompagnements possibles.

La demande s'inscrit dans le cadre des décisions à prendre en termes de programmation de l'offre pour la DRJSCS de Franche-Comté, notamment en lien avec la réalisation du diagnostic 360° « *du sans abrisme au logement* » sur lequel s'appuie, entre autres, la mise en œuvre du plan pluriannuel contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale adopté le 21 janvier 2013. L'enjeu de ces diagnostics est de disposer, sur chaque territoire, d'une vision objectivée, globale et partagée, des problématiques des personnes (de la rue aux difficultés d'accès ou de maintien dans le logement) mise en perspective avec l'offre existante. Ils permettent de rassembler la connaissance sur toutes les situations à prendre en charge et sur les solutions existantes sur le territoire afin de mettre en place des plans d'actions pour mieux programmer les places à la fois quantitativement, qualitativement et prévenir les ruptures de prises en charge.

Plus globalement, 2015 est présentée par Sylvia Pinel, Ministre du Logement, de l'Egalité des territoires et de la Ruralité, comme « une année charnière pour l'hébergement et l'accès au logement des plus démunis » avec un budget de 1.3 milliard € pour la mise en œuvre du service public d'hébergement et d'accès au logement, notamment suite à l'évaluation de l'IGAS de la première année de mise en œuvre du plan pluriannuel contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale. L'axe principal est orienté vers la fin de « la gestion au thermomètre » et la réduction du recours aux nuitées hôtelières pour réorienter les crédits davantage vers des dispositifs mieux adaptés aux besoins des personnes et dans des conditions plus dignes, tels que les maisons relais, résidences sociales. Le plan prévoit notamment, d'ici à 2017, 1 500 places en logement adapté. L'instruction du 2 juin 2015 relative à la campagne budgétaire de l'AHI précise d'ailleurs encore très récemment « l'amélioration des taux de sorties vers le logement adapté permettra de réduire le recours à l'hôtel ».

L'IGAS souligne en effet la nécessité et l'importance de la mise en place d'un suivi social entre hébergement et logement et le parcours amenant du premier au second. Le programme expérimental « logement d'abord », s'inspirant du « Housing first » des Etats Unis et du Canada, et le renforcement du Droit Au Logement Opposable, constituent également un contexte particulier dans lequel cette étude se situe avec des intérêts forts de s'emparer des réflexions en cours pour améliorer enfin la situation des personnes cumulant diverses vulnérabilités pour accéder, tout simplement, à un « chez soi ». Même si cela a été rappelé de nombreuses fois dans différents rapports et programmes politiques desquels ont découlé de nombreuses lois (loi n° 82-526 du 22 juin 1982 relative aux droits et obligations des locataires et des bailleurs, loi n° 89-462 (dite « loi Mermaz ») du 6 juillet 1989 tendant à améliorer les

rapports locatifs, loi n° 90-449 du 31 mai 1990 ("loi Besson") visant la mise en œuvre du droit au logement, loi n° 98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions, loi n° 2000-1208 du 13 décembre 2000 relative à la solidarité et au renouvellement urbain, projet de loi du 5 mars 2007 instituant le droit au logement opposable ("Loi Dalo"), etc.), il est encore nécessaire de redire, en 2015, qu'en France, le droit au logement est un droit constitutionnel qui découle des 10e et 11e alinéas du préambule de la Constitution du 27 octobre 1946, tout comme au niveau international, la Déclaration universelle des Droits de l'Homme de 1948 reconnaît dans son article 25-1 que le droit au logement fait partie des droits sociaux[1].

Par ailleurs, le 20ème rapport annuel (2015) sur l'état du mal logement en France de la Fondation Abbé Pierre pour le logement des défavorisés souligne que « de nombreuses personnes malades ou en souffrance psychique se retrouvent également à la rue aujourd'hui, plutôt qu'à l'hôpital, en raison d'une prise en compte très insuffisante de leurs besoins par la collectivité publique […]. La réduction du nombre de lits en hôpital psychiatrique et la rationalisation des coûts dans le secteur hospitalier qui s'est accéléré depuis les années 2000 ont conduit à laisser de côté toutes ces personnes vulnérables, sans que soient proposées d'autres modalités de prises en charge». Cette population, vulnérable par ses troubles de santé mentale, souffre d'une « double peine » en raison de sa précarité et, dès lors, de son accès au logement. Comme le souligne Christian Laval, sociologue, chercheur associé au centre Max Weber à l'Université Lyon II, *« l'image négative dont pâtissent les personnes en situation de précarité sociale et de vulnérabilité psychique pèse lourdement dans les démarches qu'elles entreprennent pour accéder à des soins de qualité et à un logement digne. Dans un contexte où le marché du logement est tendu, propice à des conduites accrues de sélection discriminante, avoir un « chez soi » devient un bien rare consécutif à un long parcours d'obstacles pour les personnes démunies socialement et économiquement. L'accession au parc privé, les files d'attentes dans le logement social, la succession des logements et des hébergements précaires se posent comme un chemin d'épreuves émotionnelles, sociales et cognitives pour les requérants »*[2].

Certains entretiens conduits durant cette étude, mais aussi les éléments de parcours qui ont pu être recueillis sur la population enquêtée, abonde dans le sens de ce constat : il est en effet fréquent d'identifier des parcours contraints et ballotés entre une hospitalisation, un retour à la rue, un domicile familial, un hébergement d'urgence, une ré-hospitalisation, etc. Par ailleurs, la saturation de places dans les établissements sociaux et médico-sociaux constitue également un frein important à l'orientation adéquate de personnes avec un handicap psychique qui, dans certains cas, pourraient relever d'un foyer de vie pour personnes handicapées.

Cette demande est donc mise en regard également du Projet Régional de Santé 2012-2016 de Franche-Comté mentionnant les différents axes suivants en lien avec cette action :

- Dans la fiche « Personnes en situation de précarité/vulnérabilité » du Schéma Régional de Prévention, dans l'objectif n° 1, le sous objectif 1.2.2 porte sur *« l'amélioration et la formalisation de l'opérationnalité d'un travail en réseau pluridisciplinaire entre structures de l'AHI/IREPS/Réseaux de santé/PASS ».* Le sous objectif 1.3.1 mentionne par ailleurs *« le développement de l'aptitude et des*

[1] "Toute personne a droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé, son bien-être et ceux de sa famille, notamment pour l'alimentation, l'habillement, le logement, les soins médicaux ainsi que pour les services sociaux nécessaires"

[2] Edito de la revue Rhizome « Actualités et sens de l'accompagnement au logement » - janvier 2014

connaissances personnelles nécessaires à l'adoption de comportements favorables à la santé au sein de parcours d'insertion socio-professionnelle, des structures AHI, des foyers accueillant des migrants ». L'objectif n° 2 s'attache au *« développement de l'efficience des programmes de prévention et de promotion de la santé conduits auprès des personnes en situation de précarité »* et notamment dans le sous objectif 2.2.1 à travers *« la formalisation des collaborations entre DRJSCS et ARS »*.

- Dans la fiche « Santé mentale » du Schéma Régional de Prévention, l'objectif n° 3 consiste en *« la promotion d'une politique de développement professionnel continu sur la santé mentale notamment la formation des personnels en contact avec des personnes en difficulté psychiatrique ou psychique »* (3.1) et *« le soutien à la formation des personnels de la justice, du social et de l'enseignement sur les troubles mentaux pour faire évoluer les comportements »* (3.1.1).

- Par ailleurs, dans la fiche « psychiatrie » du SROS, le diagnostic précise *« si les collaborations nécessaires menées avec les acteurs professionnels de santé, du médico-social et du social (maison relais, appartements relais …) se sont bien développées, celles-ci pâtissent encore des difficultés de concrétisation des nouveaux dispositifs d'accompagnement des personnes dans la réinsertion (Service d'Accompagnement médico-social pour Adultes Handicapés, Résidences Accueil, Groupe d'Entraide Mutuelle …) ».*

- Dans la fiche « personnes vulnérables » du SROMS, le diagnostic précise que *« hormis l'existence de quelques structures spécialement dédiées à l'hébergement de personnes présentant des troubles psychiques, type maison relais ou CHRS spécialisé, le manque de logements adaptés génère des difficultés pour assurer une continuité des soins et une prise en charge de qualité des troubles psychiques »* et que *« la sortie d'un dispositif d'accueil, d'hébergement et d'insertion ne peut être liée au seul fait d'avoir trouvé un logement mais induit une approche globale et individualisée de la personne (Ex : addictions, souffrance psychique) et un accompagnement adapté vers l'autonomie ».*

- Enfin, dans l'objectif 3.2 de la fiche « le handicap psychique de l'adulte » du SROMS, il est fait mention *« d'améliorer la continuité des prises en charge entre l'offre sanitaire, médico-sociale et sociale pour répondre aux besoins de parcours individualisés, de développer en partenariat avec la DRJSCS, les DDCSPP, les collectivités territoriales et les associations, l'offre en logement adapté (maison relais, résidence accueil,…) et favoriser l'accès à un logement ordinaire pour les personnes autonomes (appartement associatif, intermédiation locative,…) »*.

L'ensemble de ces précisions contextuelles s'inscrivent dans la suite du plan « Psychiatrie et santé mentale 2005-2008 » du Ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille, faisant état du manque de solutions de logement pour les personnes en situation de précarité et d'exclusion ayant un trouble psychique ou, pour les plus handicapées d'entre elles de solutions d'hébergement adaptées à leurs besoins. C'est ainsi que le programme expérimental de « Résidences Accueil » est mis en place pour tenter de pallier les difficultés d'accès au logement d'un nombre important de ces personnes se trouvant soit à la charge de leur famille, soit hospitalisées en psychiatrie sans nécessité thérapeutique

(et représentant *a priori* à l'époque 13 000 patients), voire sans domicile[3]. La note d'information du 16/11/2006 relative à la mise en place de ce programme d'expérimentation précise « *qu'il s'agit de proposer une offre de logements adaptés pour les personnes en situation de précarité ou d'exclusion, ayant un handicap psychique. Ces résidences accueil qui relèvent du champ du logement social, présentent trois caractéristiques essentielles dont les modalités sont précisées dans le cahier des charges : la présence d'un hôte ; un accompagnement social ; un accompagnement sanitaire. L'expérimentation des résidences accueil portera une attention particulière aux spécificités du projet social, ainsi qu'aux modalités des partenariats qui peuvent être établis avec les équipes de soins et les équipes d'accompagnement social et médico-social* ».

Ainsi, depuis quelques années, quatre résidences accueil ont donc vu le jour en Franche Comté (dont une ouverte très récemment, fin mars 2015). Elles offrent actuellement 12 places à Pontarlier, 15 à Dole, 15 à St Claude et 22 à Valentigney, soit un total de 64 places. Pour précision, la note d'information rappelait également que « *cette expérimentation n'interfère pas avec le dispositif des maisons relais qui continuent bien évidemment à accueillir des publics variés, comme le préconise la circulaire du 10 décembre 2002, dès lors qu'ils se trouvent « dans une situation d'isolement ou d'exclusion lourde et dont la situation sociale et psychologique, voire psychiatrique, rend impossible à échéance prévisible, leur accès à un logement ordinaire. Le principe de mixité des maisons relais, qui leur a d'ores et déjà permis d'accueillir des personnes handicapées psychiques, n'est pas remis en cause* ». Notons qu'il existe actuellement 13 maisons relais en Franche-Comté proposant 178 places.

Malgré le développement de cette offre, différentes ressources documentaires et constats font état d'une insuffisance ou inadaptation supposées des logements et accompagnements adaptés pour les personnes souffrant de troubles psychiques, que ce soit en termes d'absence de réponse adéquate en milieu ordinaire après un passage en service psychiatrie pour traitement aigu de la maladie, de maintien dans une hospitalisation en service psychiatrie faute de solution en aval, d'accueil dans des dispositifs sociaux d'hébergement inadaptés, etc. Dès lors, de nombreux établissements ou services accueillent et accompagnent dans les structures de l'Accueil de l'Hébergement et de l'Insertion (AHI) des personnes en situation de vulnérabilité (personnes en difficulté, personnes handicapées) qui souffrent psychiquement avec des troubles de nature, d'intensité et d'origine variable, dont certains sont durables et invalidants et constituent un handicap reconnu. Il apparait généralement que l'organisation, les fonctionnements de ces structures et les compétences et qualifications des personnels, ne permettent pas toujours d'offrir des lieux et des accompagnements adaptés à la diversité des situations des personnes et à la spécificité de leurs besoins et attentes.

Cette étude a ainsi pour objectif :

- d'identifier quantitativement la population concernée par ces problématiques parmi celles présentes dans les structures de l'Accueil Hébergement Insertion, et les besoins de ces personnes pour mieux y répondre
- et, en parallèle, d'analyser qualitativement l'offre et le fonctionnement des résidences accueil et leurs liens et articulations avec les structures, services et dispositifs médico-sociaux et/ou sanitaires de leur environnement.
- de formuler des préconisations sur l'adaptation de l'offre au regard des besoins repérés.

[3] Note d'information DGAS/PIA/PHAN no 2006-523 du 16 novembre 2006 relative à la mise en place d'un programme expérimental de résidences accueil pour les personnes en situation de précarité ou d'exclusion, ayant un handicap psychique

2. Méthodologie et déroulement de l'étude

2.1 Comité de suivi

Un comité de suivi, composé de l'ARS Franche-Comté, la DRJSCS Franche-Comté et du CREAI Bourgogne délégation Franche-Comté a été mis en place pour organiser la mise en œuvre de l'action et faire le point sur l'avancement des travaux au fur et à mesure du déroulement de l'étude. Une réunion intermédiaire a eu lieu fin avril pour présenter les premiers éléments d'analyse et une seconde a été organisée en septembre pour la restitution finale. En complément, des échanges réguliers ont eu lieu avec la DRJSCS, notamment pour la collecte de données disponibles en sa possession et veiller au respect du périmètre de l'étude.

2.2 Périmètre de l'étude

Afin d'obtenir des données comparables parmi l'ensemble des structures enquêtées, le CREAI a proposé de définir la population des personnes « ayant des troubles psychiques » comme l'ensemble de celles présentant une ou plusieurs des caractéristiques suivantes :

- celles présentant des troubles psychiques suffisamment caractérisés pour qu'il y ait eu un séjour en psychiatrie (en établissement public ou privé) ou un suivi en Centre Médico-Psychologique ;

- et/ou celles bénéficiaires de l'Allocation Adultes Handicapés et atteintes de troubles psychiques[4] ;

- ou encore celles dont les structures ne disposent pas des informations ci-dessus mais qui, selon les professionnels de ces structures, présentent des troubles psychiques graves et durables.

Concernant le périmètre du volet quantitatif de l'étude portant sur les structures de l'AHI à enquêter, la DRJSCS a souhaité intégrer les établissements suivants :

- l'ensemble des CHRS pour leurs places « insertion », « stabilisation » et « urgence »,

- les maisons relais,

- les structures proposant des places d'hébergement d'urgence mais sans inclure l'hébergement de stabilisation hors CHRS, ni l'hébergement d'insertion hors CHRS, ni les places financées ALT.

Concernant le volet qualitatif, le périmètre a porté exclusivement sur les résidences accueil (cf liste des structures du champ de l'étude Annexe 1).

[4] Selon les MDPH, cette donnée est plus ou moins accessible. La codification des pathologies et déficiences du « flux » des personnes handicapées suivies par les MDPH en 2014 est encore en cours pour 3 des 4 MDPH franc-comtoises.

2.3 Approche quantitative

Ce premier volet a consisté en l'objectivation des besoins des publics présents dans les structures de l'Accueil, de l'Hébergement et de l'Insertion (AHI) au regard de leurs troubles psychiques et dont les réponses apportées et l'accompagnement sont insuffisants ou inadaptés. Plusieurs sources ont permis cette collecte de données :

- Entretiens avec les acteurs de l'orientation dans l'hébergement/logement

Des rencontres ont été organisées avec les quatre SIAO de Franche-Comté pour appréhender l'offre de l'AHI sur chaque département, l'organisation des orientations, les besoins des populations. Sur le département du Doubs, le SAO/115 et le SIAO Insertion n'étant pas encore fusionnés début mars, deux rencontres distinctes ont eu lieu.

- Enquête auprès des structures de l'AHI

En complément, une enquête a été adressée par voie électronique sous la forme d'un fichier Excel aux structures de l'AHI entrant dans le périmètre de l'étude, pour identifier, anonymement, les personnes accueillies au 31/12/2014 ayant des troubles psychiques et leurs caractéristiques pour préciser notamment les difficultés rencontrées et besoins[5]. Les données sur l'âge, le sexe, la protection juridique, la situation familiale et asilaire, les ressources financières, la reconnaissance du handicap, les suivis médicaux, l'hébergement antérieur des personnes et les raisons du changement d'hébergement, les problèmes de santé, les suivis médicaux ont également été recherchés. Le besoin d'accompagnement en résidence accueil ou vers un autre type d'accompagnement tel qu'expertisé par les professionnels a aussi été étudié, ainsi que les attentes formulées par les intéressés eux-mêmes (cf questionnaire Annexe 2). L'enquête a été renseignée par les personnels des structures. Après plusieurs relances opérées par le CREAI puis par la DRJSCS, un taux de réponse de 100 % a été atteint pour les MR, 80 % en CHRS, 40 % en structures d'accueil HU.

Les effectifs des structures répondantes et de leur nombre de places sont détaillés dans le tableau ci-dessous :

Type de structures enquêtées	Nbre de structures	Nombre de personnes accueillies au 30/06/2015 dans les structures enquêtées	Nombre de structures répondantes (% de répondant)	Nombre de personnes accueillies au 30/06/2015 dans les structures répondantes
Hébergement d'Urgence	35	508 (39,3 %)	14 (40 %)	367 (35,7 %)
CHRS	19	606 (46,9 %)	15 (79 %)	482 (46,9 %)
Maison Relais	13	178 (13,8 %)	13 (100 %)	178 (17,3 %)
Total	67	1292 (100 %)	42 (63 %)	1027 (100 %)

[5] Toutes les données transmises dans le cadre de l'enquête l'ont été sous une forme anonyme et ont fait l'objet d'un traitement préservant cet anonymat. Elles ont été collectées suite à une déclaration faite auprès de la CNIL qui a rendu compte d'un avis positif pour procéder à cette enquête. Les destinataires de l'enquête ont été informés que le destinataire des données était le CREAI Bourgogne-Franche-Comté, et que conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée en 2004, ils bénéficiaient d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui les concernent, qu'ils pouvaient exercer en s'adressant au CREAI - 11 rue Jean Giono BP 76509 – 21065 DIJON CEDEX. Ils pouvaient également, pour des motifs légitimes, s'opposer au traitement des données les concernant.

A posteriori, nous pouvons supposer qu'une réunion d'information préalable avec les gestionnaires des structures aurait été souhaitable pour présenter l'enquête, ses enjeux, son périmètre, etc. En effet, du fait de la complexité d'identification des places d'urgence notamment, mais aussi des frontières parfois fines entre les dispositifs MR et RA, certaines structures ne savaient pas si elles devaient répondre ou pas à l'enquête, ce qui pourrait expliquer certaines non réponses ayant nécessité des relances. D'autre part, il semble que certaines structures d'HU n'ont pas répondu car n'accueillant pas de personnes avec des troubles psychiques ou ne disposant pas de cette information. Sans réponse de leur part, cela reste cependant une hypothèse. A noter que 63 % des structures ont répondu, ce qui représente 80 % des personnes accueillies.

2.4 Approche qualitative

Le second volet qualitatif a ciblé les accompagnements en résidences accueil et leurs liens avec les structures et services sanitaires, sociaux et médico-sociaux.

- Entretiens avec les professionnels des résidences accueil

Le CREAI a rencontré les directions et les hôtes de chaque résidence accueil du territoire franc-comtois pour un entretien semi directif approfondi d'une durée moyenne de 3 h sur les lieux même des résidences. Ces réunions avaient pour objet de recueillir des informations sur le fonctionnement de la RA, les personnes accueillies, les accompagnements, les partenariats mis en place notamment et collecter les précisions nécessaires sur les situations des résidents, les suivis de santé, les difficultés rencontrées, les besoins des personnes accueillies, les refus d'admission, les sorties de la résidence et motifs, etc[6].

- Consultation des personnes accueillies

Le regard des habitants eux-mêmes sur les modalités de leur accompagnement a également été recherché à travers des rencontres sur place, ou en proposant un questionnaire anonyme à ceux qui ne souhaitaient pas échanger directement (cf questionnaire Annexe 3). Dans ce cas, les hôtes ont assuré, si besoin, le soutien nécessaire à la passation du questionnaire auprès des résidents en veillant à limiter le possible biais lié à leur proximité avec ces derniers. Au total, 7 résidents ont été rencontrés et 20 questionnaires ont été recueillis.

Les documents tels que rapport d'activité, projet d'établissement etc…, ont également été mis à disposition du CREAI dans la plupart des cas pour permettre de compléter la compréhension du fonctionnement de la structure.

[6] Le traitement de données statistiques s'est fait aussi sur la population présente au 31/12/2014 dans ces résidences accueil, hormis concernant celle de Valentigney n'ayant ouvert qu'en mars 2015.

- **Consultation des professionnels des secteurs social, médico-social, sanitaire et de l'hébergement/logement**

En parallèle, le CREAI a consulté, par le biais des directions et sous forme de groupes de travail sur les territoires, les partenaires du secteur social (CCAS notamment), médico-social (SAVS, SAMSAH, etc), sanitaire (CMP, etc), du logement (bailleurs), MDPH, associations du secteur (UNAFAM, UDAF, etc) (cf liste des acteurs Annexe 4) pour collecter des informations complémentaires sur les personnes orientées en résidence accueil (ou qui pourraient l'être), les soutiens apportés, les nécessités de renforcement ou d'allègement des accompagnements, etc. Il s'est agit notamment de mieux identifier l'articulation des missions et des actions, les périmètres territoriaux, les complémentarités, les partenariats assurant la continuité des réponses entre les acteurs au profit des usagers afin d'éviter les ruptures.

Trois groupes de travail d'une durée de 3 h ont été mis en place : un avec les acteurs du Jura, un avec ceux du Doubs et un pour la Haute-Saône et le Territoire de Belfort. Dans ces deux derniers territoires, la question a été soulevée par la DRJSCS d'organiser ou non cette rencontre dans la mesure où aucune résidence accueil n'existe à ce jour sur ces départements. Cependant, d'après les échanges avec les SIAO 70 et 90, et compte tenu de la présence de personnes ayant des troubles psychiques et en difficulté d'accès au logement, de l'existence de certains partenaires en lien avec ces problématiques sur ces territoires et des projets de création de résidence accueil, il a paru important au CREAI d'associer ces deux territoires afin de mieux identifier les caractéristiques de la population potentiellement concernée et les maillages partenariaux déjà existants (cf liste Annexe 4).

Constatant le peu de liens actuels entre ces partenaires et les RA, les échanges se sont orientés sur un contenu plus large que l'analyse des seuls partenariats existants. Dès lors, le CREAI s'est attaché à recueillir des éléments sur les dispositifs d'accompagnements sociaux, médico-sociaux, sanitaires, vers et dans le logement, existant actuellement en faveur des personnes ayant des troubles psychiques, ainsi que dans une dimension prospective en termes de possibles développements de liens avec des RA.

- **Entretiens avec les plateformes de coordination en psychiatrie et santé mentale et le président de la commission «santé mentale, psychiatrie et handicap psychique » de la CRSA**

Afin d'améliorer la coordination entre professionnels permettant d'optimiser leur action, a été posé en Franche-Comté le principe des plateformes de coordination en psychiatrie et santé mentale dans le but de *« développer et d'organiser les concertations, coopérations, coordinations, information et formation pluri professionnelles et pluri institutionnelles, pour fluidifier des parcours de prévention et de soins individuels ou collectifs»*[7]. Le chantier est donc vaste. Six plateformes ont été constituées en janvier 2014, portées par trois établissements (CHS de Novillars, CHS du Jura, CHS de Saint Rémy et Nord Franche-Comté). Au cours de l'année 2014, des diagnostics portant sur les liens et pratiques professionnelles et d'installations des plateformes ont été réalisés par le cabinet ALCIMED[8] permettant de proposer des programmes de travail pour l'année 2015.

[7] Source : SROS volet Psychiatrie

[8] ALCIMED, Accompagnement à la mise en place de 6 plateformes de coordination en psychiatrie et en santé mentale. Rapports de phase 2, Septembre 2014. Voir le détail dans la bibliographie.

Ainsi, la méthodologie de conduite de l'étude a prévu la rencontre des acteurs engagés dans ces plateformes, notamment leurs coordonateurs. En amont de ces entretiens, et à leur demande, les trois directions des centres hospitaliers concernés ont été rencontrées, dont une conjointement avec le coordonateur. Un autre coordonateur a participé à une réunion du groupe de travail partenaires[9].

Comme envisagé dans le cadre de la convention de réalisation de cette étude, les liens avec les travaux de la commission spécialisée de la CRSA « santé mentale, psychiatrie et handicap psychique » ont été recherchés. Une rencontre avec le président de cette commission, par ailleurs Directeur Général d'un Centre Hospitalier Spécialisé et gestionnaire d'une Résidence Accueil, a permis de relever la complexité de l'orientation des personnes concernées. L'échange s'est centré principalement sur le Centre Hospitalier et la Résidence Accueil.

Enfin, cette action devant alimenter les diagnostics territoriaux dits à 360° (du sans-abrisme au logement), la participation du CREAI à une réunion des travaux en cours du diagnostic avait été envisagée. Finalement, cela n'a pu être réalisé pour des raisons de délais et la DRJSCS a fait le lien entre les travaux respectifs.

Précisons qu'au cours de la conduite de l'étude, une réunion a également été envisagée avec les DDCSPP pour identifier le regard qu'elles portent sur les différentes problématiques sous jacentes à l'étude sur le plan territorial. Compte tenu des contraintes calendaires, la rencontre n'a pu avoir lieu. Une réflexion sur la diffusion des résultats de l'étude et sur le prolongement de l'analyse entre direction régionale et directions départementales, notamment en lien avec l'instruction du 2 juin 2015 relative à la campagne budgétaire de l'AHI, conduira probablement à recueillir leurs compléments de lecture en termes de spécificités territoriales.

Les travaux décrits ci-dessus se sont déroulés selon le calendrier suivant :

Calendrier	Etapes et réunions
16 décembre 2014	- Comité de suivi : Elaboration du périmètre de l'étude
9 février 2015	- Comité de suivi téléphonique : Validation du périmètre de l'étude et de la méthodologie
Février 2015	- Construction des outils (enquête et trames d'entretiens)
09 mars 2015	- Réunion avec le 115/SAO du Doubs (Besançon) - Réunion avec le SIAO du Jura (Lons Le Saunier)
16 mars 2015	- Réunion avec le SIAO du Doubs (Besançon) - Réunion avec le SIAO du Territoire de Belfort (Belfort)
17 mars 2015	- Réunion avec le SIAO de Haute-Saône (Vesoul)
18 mars 2015	- Lancement de l'enquête AHI
24 mars 2015	- Réunion avec la résidence accueil de la Croix Marine (Dole)
27 mars 2015	- Réunion avec la résidence accueil de l'APAT (Pontarlier)
31 mars 2015	- Réunion avec la résidence accueil de l'UDAF (St Claude)

[9] Pour précision, un des 4 coordonnateurs était en arrêt de travail lors de la conduite de cette étude.

Calendrier	Etapes et réunions
02 avril 2015	- Réunion avec la plateforme de coordination en psychiatrie et santé mentale de l'Aire Urbaine (St Rémy)
14 avril 2015	- Réunion avec la plateforme de coordination en psychiatrie et santé mentale du Doubs (Novillars)
20 avril 2015	- Réunion avec la plateforme de coordination en psychiatrie et santé mentale du Jura (Dole)
22 avril 2015	- Comité de suivi : Présentation des premiers résultats
20 mai 2015	- Groupe de travail des partenaires des secteurs social, médico social, sanitaire et du logement du Jura (Lons Le Saunier)
20 mai 2015	- Groupe de travail des partenaires des secteurs social, médico social, sanitaire et du logement du Doubs (Besançon)
27 mai 2015	- Réunion avec la résidence accueil de l'AHFC (Valentigney)
2 juin 2015	- Groupe de travail des partenaires des secteurs social, médico social, sanitaire et du logement du Territoire de Belfort et de Haute-Saône (Belfort)
15 Septembre 2015	- Comité de suivi : Présentation des résultats de l'étude

Simultanément, un important travail d'exploration bibliographique a été conduit pour mieux appréhender la complexité du périmètre de l'étude lié à cette problématique à l'interface des secteurs du social, du médico-social, du sanitaire et du logement, au sein de politiques très en mouvement ces derniers temps. La présence de ces 4 champs d'intervention au carrefour des réponses apportées au public constituent une réalité complexe mobilisant des acteurs et des professionnels issus de cultures professionnelles différentes. Leurs articulations développées dans des espaces collaboratifs restent une interrogation présente tout au long de cette étude.

II - ETAT DES LIEUX DE LA SITUATION DES PERSONNES AVEC TROUBLES PSYCHIQUES ACCUEILLIES DANS LES STRUCTURES DE L'AHI

Les résultats présentés résultent de l'enquête effectuée auprès des structures de l'AHI (Accompagnement Hébergement Insertion) de Franche-Comté selon le périmètre défini pour l'étude et complété par les données concernant les RA recueillies lors des entretiens conduits avec les professionnels de ces dernières[10].

1. Localisation de l'offre du champ de l'étude en Franche-Comté

L'approche territorialisée présente aujourd'hui dans l'ensemble des politiques publiques nécessite le développement d'une logique d'observation partagée reposant notamment sur des représentations cartographiques de l'offre et des besoins.

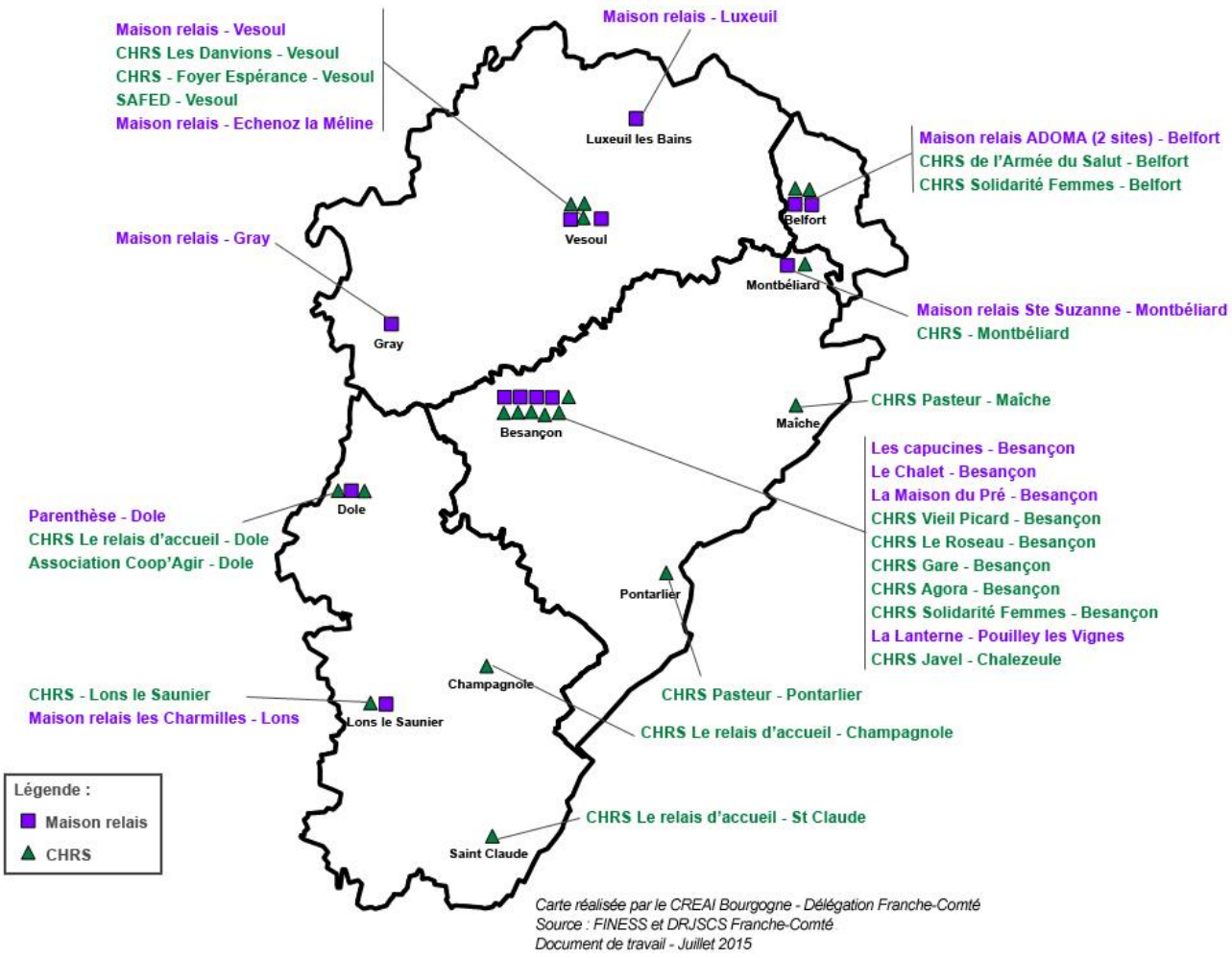
Deux cartes permettent de localiser l'implantation des Maisons relais et CHRS d'une part et d'autre part les Résidences d'accueil et leurs partenaires médico-sociaux et sanitaires immédiats définis dans les textes : les SAVS, SAMSAH et CMP.

Cette approche territoriale demanderait d'être complétée afin d'éclairer de façon plus fine les décideurs et les acteurs.[11]

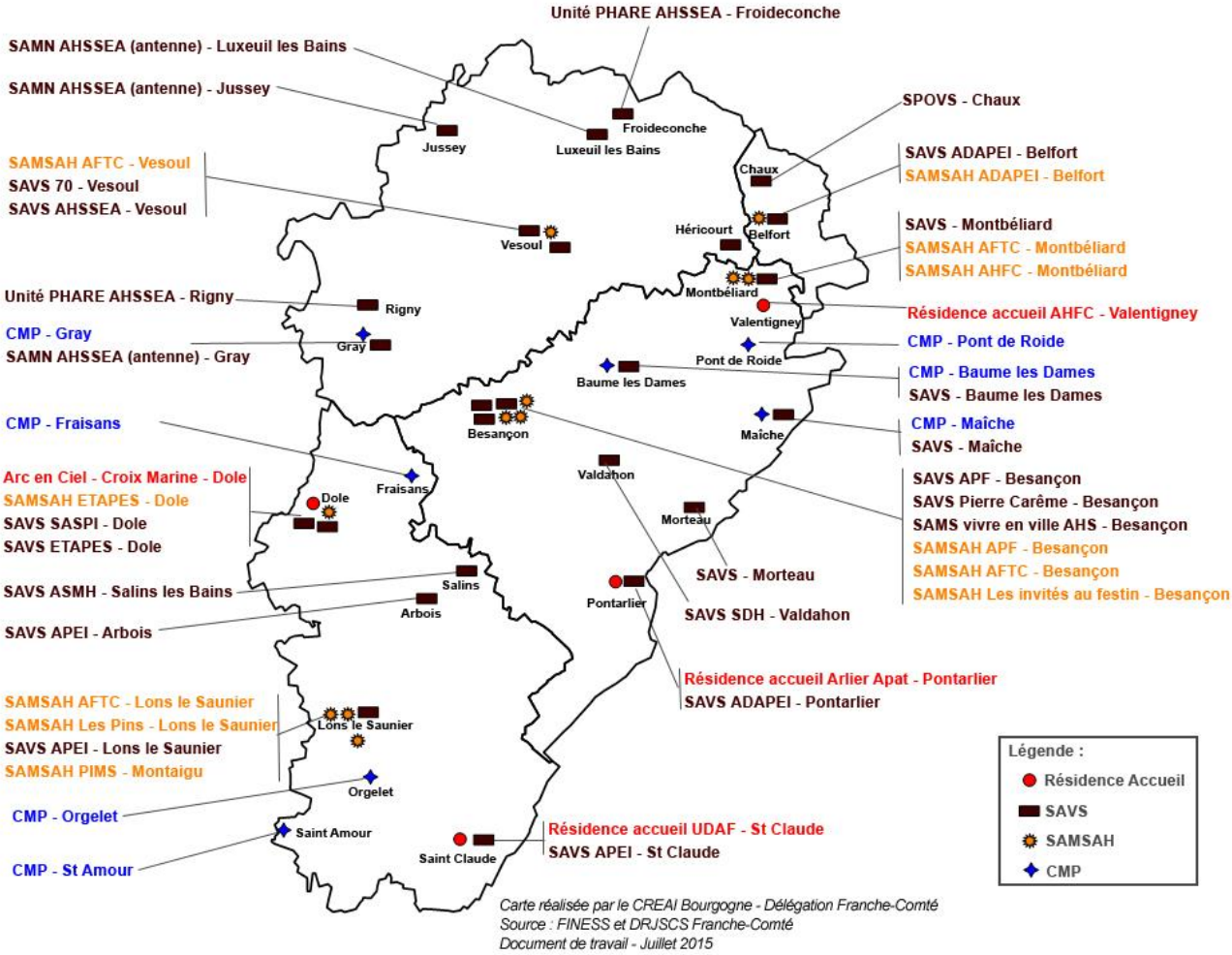
[10] Précision technique : pour faciliter la lecture et l'interprétation des graphiques, notamment quand plusieurs réponses étaient possibles aux questions car dès lors la somme des proportions dépassent 100%.

[11] BARREYRE Jean-Yves, PEINTRE Carole, Guide méthodologique pour une démarche d'évaluation et de concertation territoriale dans le champ de la vulnérabilité, ANCREAI, Juillet 2015, 59 p
MOINE Alexandre, SORITA Nathalie, Travail social et territoire. Concept, méthode, outils. Presses de l'EHESP, Politiques et interventions sociales, Rennes, Mai2015, 250 p

1.1 Maisons relais et CHRS



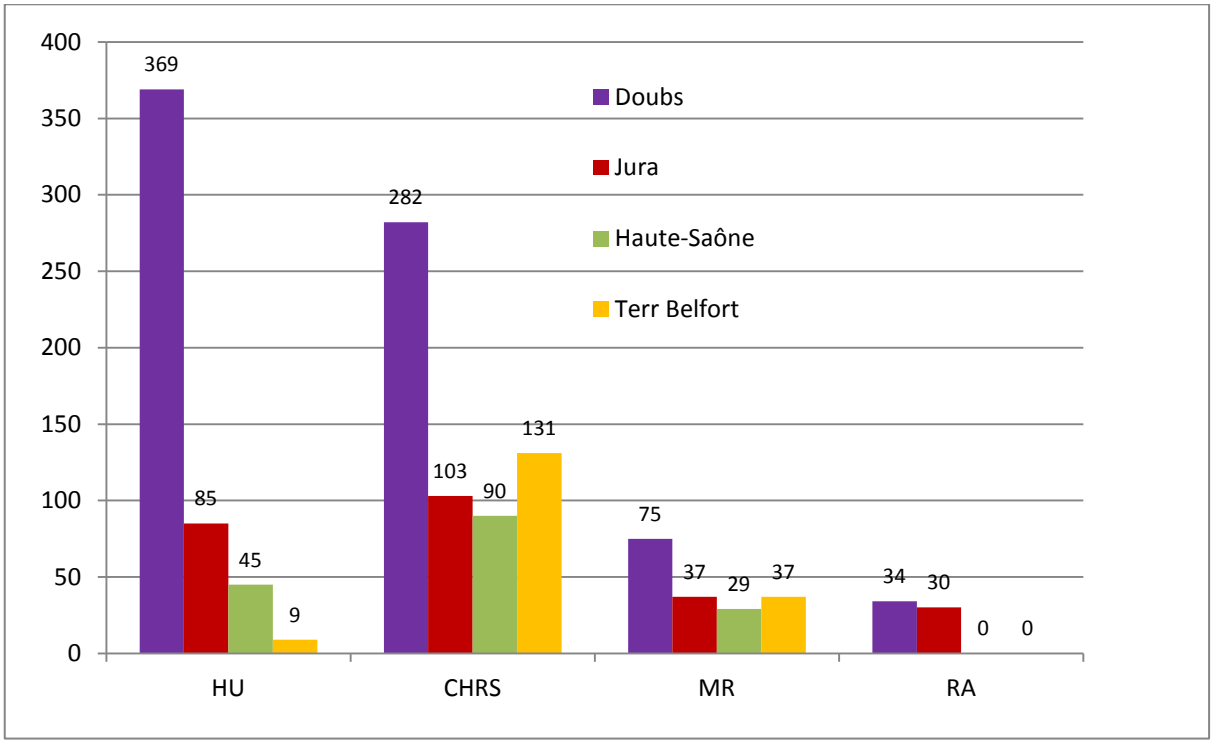
1.2 Résidences accueil, SAVS, SAMSAH et CMP



Carte réalisée par le CREAI Bourgogne - Délégation Franche-Comté
Source : FINESS et DRJSCS Franche-Comté
Document de travail - Juillet 2015

1.3 Offre de places en Hébergement d'Urgence, CHRS, Maison Relais et Résidence Accueil par département au 30 juin 2015

Au 30 juin 2015, on comptabilise un total de 1 356 places en Franche-Comté dans le périmètre de l'étude, réparties comme suit par département :



Sources : DRJSCS au 20 juillet 2015, traitement Creai

A noter que dans le Doubs, 38 places sur les 75 places en MR sont gérées par Les Invités au Festin (27) et Présence (12) identifiée initialement comme RA. Et 22 places de RA sont disponibles depuis mai 2015 (à Valentigney).

A noter l'absence de place de Résidence accueil en Haute-Saône et dans le Territoire de Belfort, mais des places en Maison relais qui accueillent des personnes ayant des caractéristiques proches des RA … (Voir tableau ci-après)

1.4 Etat de l'offre par département selon la population et ratio de l'offre d'accueil dans les structures franc-comtoises

Le ratio est réalisé à partir du recensement de la population de 20 ans et plus au 1er janvier 2014.

Part des populations et de l'offre départementale en comparaison de la région

Offre	Pop 20 ans +	Part / Population régionale	Total de l'offre	Part / l'offre régionale
Doubs	**400182**	**45 %**	**760**	**56 %**
Jura	**198383**	**22,2 %**	**255**	**18,8 %**
Haute-Saône	**182988**	**20,5 %**	**164**	**12,1 %**
Terr de Belfort	**109192**	**12,3 %**	**177**	**13 %**
Total	**890745**	**100 %**	**1356**	**100 %**

Ratios départementaux de l'offre de places par type de structures[12]

Offre	Pop 20 ans +	% Pop	HU	‰	CHRS	‰	MR	‰	RA	‰	Total offre	‰
Doubs	400182	45	369	**0,92**	282	**0,70**	75	**0,19**	34	**0,08**	760	**1,90**
Jura	198383	22,2	85	**0,43**	103	**0,52**	37	**0,19**	30	**0,15**	255	**1,29**
Haute-Saône	182988	20,5	45	**0,25**	90	**0,49**	29	**0,16**	0	**0,00**	164	**0,90**
Terr de Belfort	109192	12,3	9	**0,08**	131	**1,20**	37	**0,34**	0	**0,00**	177	**1,62**
Total	**890745**	**100**	**508**	**0,57**	**606**	**0,68**	**178**	**0,20**	**64**	**0,07**	**1356**	**1,52**

Source : Insee RP au 1er janvier 2014, Population de 20 ans et plus

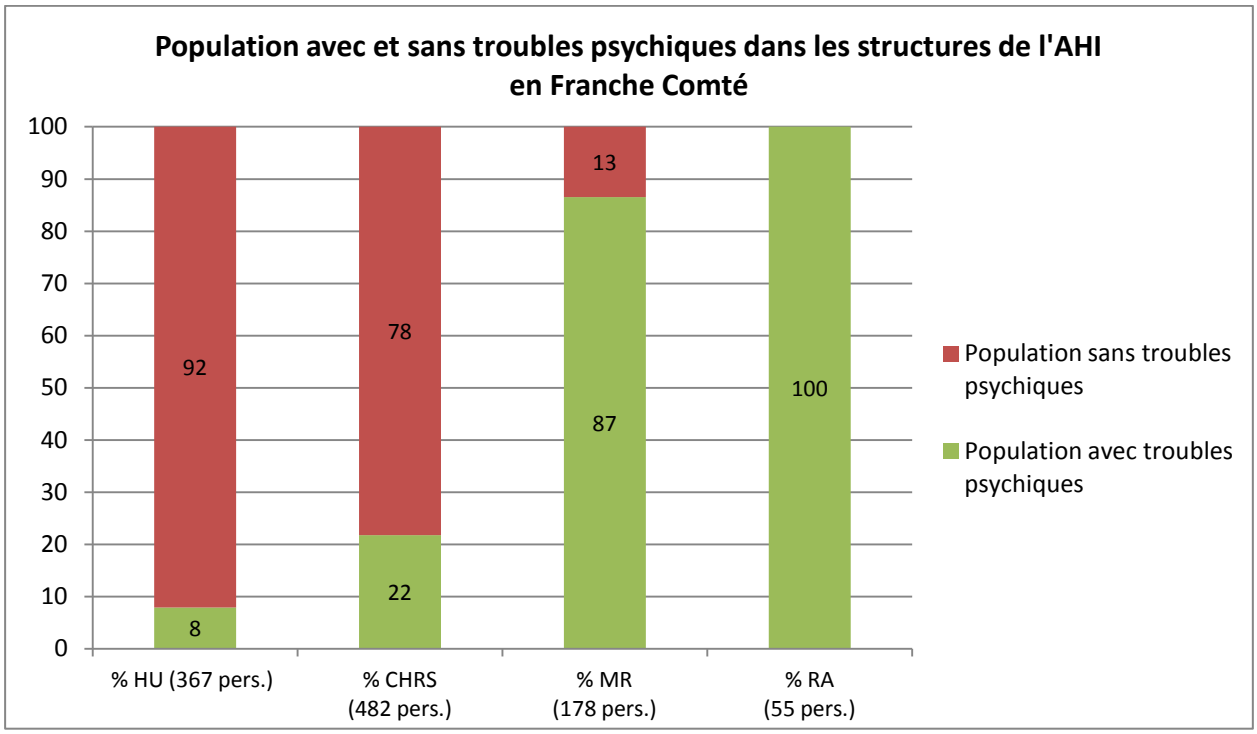
La Haute-Saône apparait la moins dotée en ressources d'hébergement et de logement dans le périmètre de l'étude. Le Doubs, à l'opposé, est le mieux doté en Franche-Comté.
Le taux de places en CHRS dans le Territoire de Belfort est le plus élevé de Franche-Comté et tire le ratio global de ce territoire vers le haut.
Le Jura équilibre son offre grâce à son offre de places RA, en offrant un taux deux fois supérieur à la moyenne sur l'offre de places en Résidence accueil.
Avec 56 % des places offertes et 45 % de la population franc-comtoise, le Doubs apparait le mieux doté, notamment en places HU, alors que l'offre en CHRS, MR et RA est proche de la moyenne régionale.

[12] Compte tenu des données disponibles, le calcul des ratios a été fait à la fois sur la base des personnes accueillies dans les structures au 31/12/2014 et sur le nombre total de places au 30/06/2015. Cela introduit donc un biais tout à fait relatif dans la mesure où la variation du nombre de places est faible sur cette période, voire inexistante notamment en MR et RA. Ces résultats restent cependant à interpréter avec prudence notamment pour l'HU. De même pour les CHRS nous notons quelques variations selon les structures qui ont répondu ou non à l'enquête apportant un léger biais dans les résultats.

A noter que cette lecture départementale de l'offre peut ne pas correspondre aux « territoires vécus » du fait d'un découpage territorial regroupant des zones trans-départementales. C'est le cas de la zone dite « urbaine » (pour la plateforme en psychiatrie et santé mentale) qui regroupe la Haute-Saône, le Territoire de Belfort et la partie nord du Doubs. Ainsi, la création récente de la RA à Valentigney répond aux besoins d'un territoire à cheval sur trois départements. Les deux départements (70 et 90) qui n'offrent pas de places en RA bénéficient de fait d'une offre implantée dans le département du Doubs dans une proximité de la demande.

1.5 Ratio de personnes ayant des troubles psychiques dans la population accueillie en Hébergement d'Urgence[13], CHRS[14], Maison Relais et Résidence Accueil

La proportion d'ensemble des personnes ayant des troubles psychiques est de 28 % dans les structures hors résidence accueil avec des ratios qui varient d'un type d'offre d'hébergement/logement à un autre.



Ces données générales font apparaitre un taux de 87 % de personnes présentant des troubles psychiques actuellement accueillies en maison relais. Cette proportion interroge dès lors le critère de « variété des profils et des parcours des publics » orientés en principe en maison relais, en référence à la circulaire relative à cette offre de logement.

[13] Pour rappel, en HU, sont étudiées les personnes ayant des troubles psychiques, hormis les places insertion et stabilisation hors CHRS et hormis les places financées ALT, avec un taux de réponse de 14 structures sur 35 ayant ce type de places.

[14] Pour rappel, en CHRS, sont prises en compte les personnes ayant des troubles psychiques accueillies sur les places d'insertion, de stabilisation et d'urgence, avec un taux de réponse de 15 CHRS sur 19.

Les résidences accueil, quant à elles, créées dans le cadre du programme expérimental de 2006 émanant des maisons relais **pour les personnes en situation de précarité ou d'exclusion ayant un handicap psychique**, ont vocation à accueillir ce type de public, ce qui est totalement conforté par un ratio de 100 % de la population ayant des troubles psychiques en RA[15].

L'accompagnement proposé en maison relais et en résidence accueil comportant des similitudes (présence d'un hôte ou couple d'hôtes, logique de projet s'inscrivant dans l'habitat durable, cadre de vie associant logements privatifs et espaces collectifs, etc.) et la circulaire de 2006 sur les RA précisant que le principe d'accueil de personnes avec troubles psychiques en MR n'est pas remis en cause (principe de mixité), il n'est donc pas surprenant de trouver une telle proportion de cette population en MR. Pour autant, ces résultats interrogent malgré tout sur les besoins subsistants si l'on considère que les RA ont davantage vocation à adapter leur fonctionnement aux besoins spécifiques des personnes ayant des troubles psychiques.

Notons également que 22 % de la population en CHRS (482) présentent des troubles psychiques, soit une centaine de personnes (106).

Concernant l'HU, la proportion est moindre. Nous précisons toutefois que cette donnée est à lire avec prudence, non seulement en raison des explications ci-dessus mais aussi car il semble difficile de recueillir des données fiables sur ce type d'information du fait des courtes durées de présence de la population en HU.

Globalement, à partir de ces données quantitatives, la présence d'une population avec troubles psychiques dans l'ensemble des dispositifs d'hébergement / logement étudiés en Franche-Comté est importante.

La suite du rapport détaille d'autres caractéristiques de la population permettant d'éclairer la question relative à l'évolution de l'offre concernant cette proportion non négligeable de personnes ayant des troubles psychiques dans certaines structures de l'AHI.

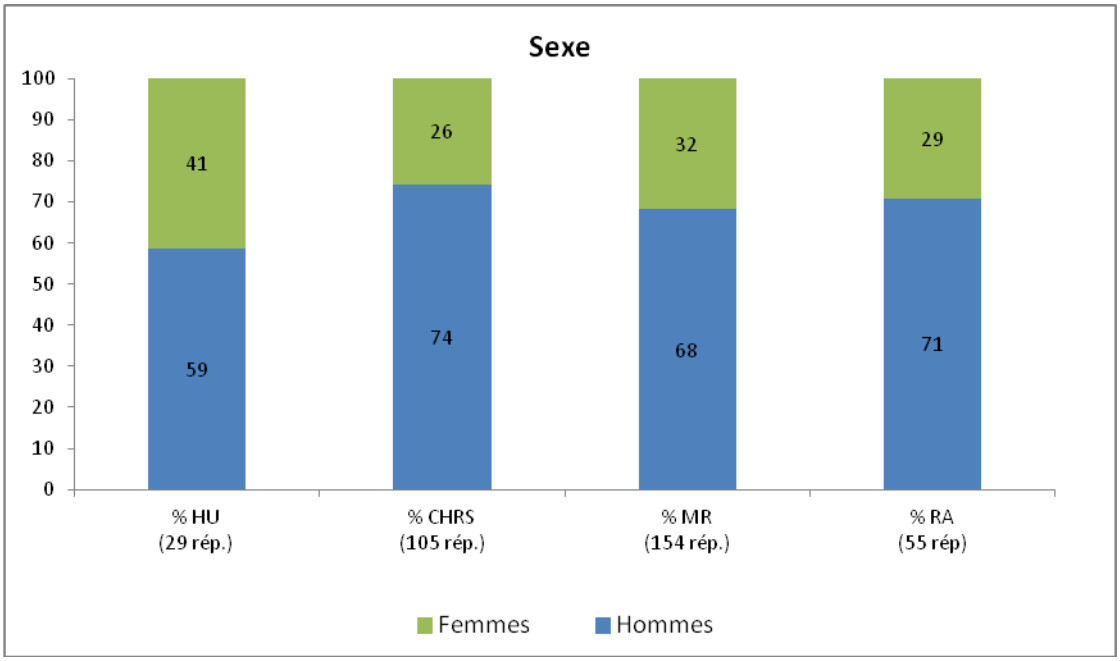
[15] Concernant les RA, l'effectif de la population enquêtée est de 55 personnes et non de 64 (64 correspondant au nombre de places totales en RA) car la RA de Valentigney, récemment ouverte, n'avait pas encore procédé à toutes ces admissions au moment de l'enquête.

1.6 Caractéristiques générales de la population ayant des troubles psychiques accueillie en Hébergement d'Urgence, CHRS, Maison Relais et Résidence Accueil

Ces données sont issues de l'analyse des éléments des réponses à l'enquête menée auprès des structures de l'AHI et des RA.

1.6.1 Sexe

Quelle que soit la structure d'accueil, la proportion d'hommes présentant des troubles psychiques est nettement plus importante que celle des femmes, variant de 59 % en HU à 74 % en CHRS.



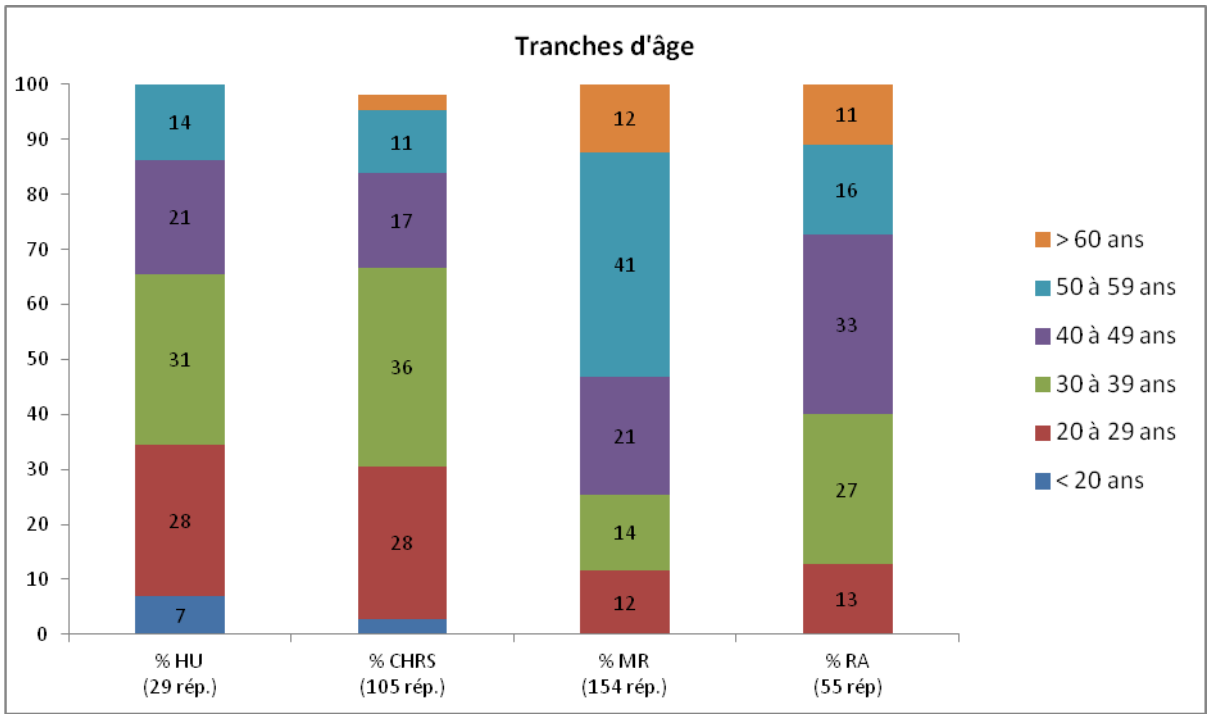
Nous constatons qu'au niveau national, la proportion de femmes en CHRS est de 45 %[16]. Par ailleurs, les données sur la répartition hommes-femmes en services de psychiatrie étant d'environ 50/50, il semble que ce ne soit pas le facteur « des troubles psychiques » qui fasse varier les proportions. Il est constaté par ailleurs que l'accueil de femmes se fait fréquemment dans d'autres types de structures que l'HU, les CHRS, les MR et RA, notamment quand elles ont des enfants leur permettant d'intégrer une structure d'accueil « mère-enfants ». Cette différence d'effectifs entre la présence d'hommes et de femmes dans les structures enquêtées peut s'expliquer par un accueil des femmes en résidences sociales ou sur les places Insertion et stabilisation hors CHRS qui n'ont pas été enquêtées ici.

Ce déséquilibre hommes-femmes en RA n'est pas sans poser la question de l'équilibre du groupe de résidents en RA, de l'organisation de la vie collective en conséquence et de la professionnalisation des hôtes. Cette question sera évoquée plus avant.

[16] Etudes et résultats, DRESS, juin 2015, n° 0918, « L'hébergement social, hors urgence : plus de 81 000 personnes sans logement accueillies en établissements »

1.6.2 Age

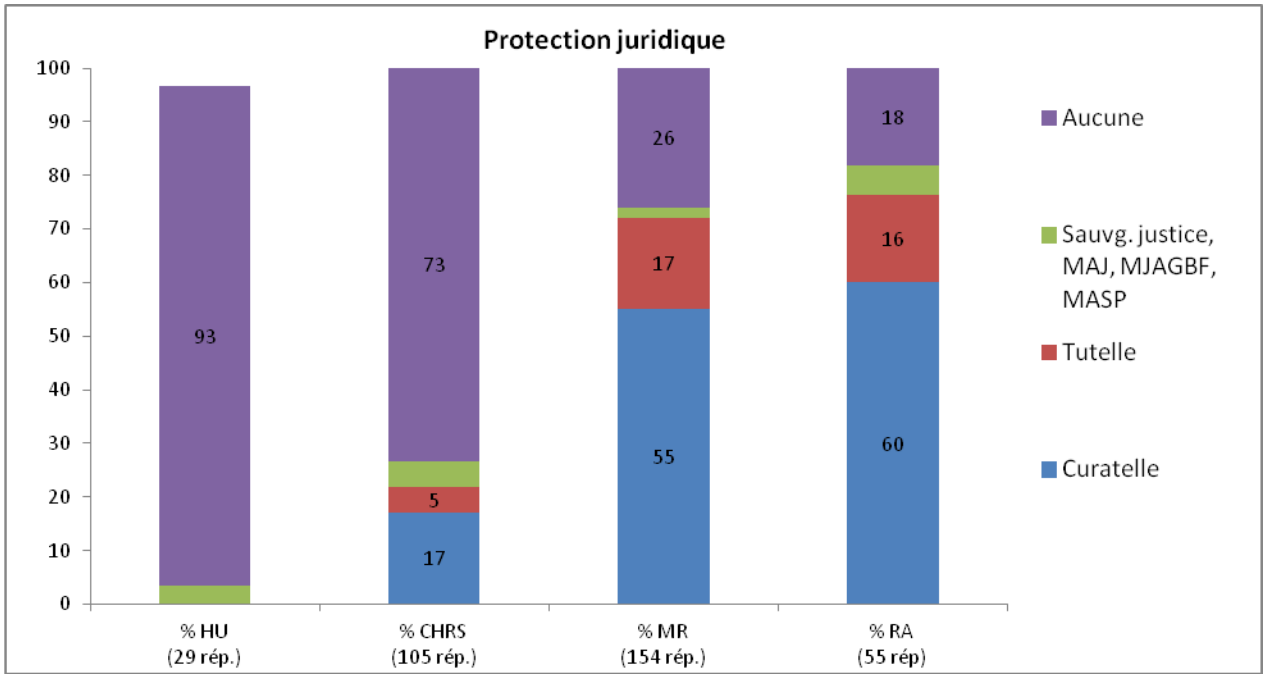
L'éventail des âges va de 18 à 81 ans, avec une population globalement plus âgée en maison relais et résidence accueil qu'en CHRS et HU. Les moyennes sont ainsi de 36 ans en HU, 35 ans en CHRS, 47 ans en MR, 42 ans en RA.



Le constat d'une population plus âgée en MR et RA s'explique sans doute par un effet de parcours dans laquelle les personnes sont entrées, à savoir que les personnes sont au préalable passées par différents dispositifs d'accueil d'hébergement, notamment CHRS, ou, pour certaines d'entre elles, ont été longuement hospitalisées et n'accèdent que plus tardivement à une offre de logements adaptés. La moyenne d'âge supérieure en MR s'explique probablement par la création plus ancienne de cette offre dans laquelle certains résidents restent et vieillissent. On relèvera que parmi ces structures, c'est en résidence accueil que se trouve la proportion la plus importante de la tranche d'âge des 40-49 ans.

1.6.3 Protection juridique

Sur l'ensemble de la population enquêtée, un peu plus de la moitié bénéficie d'une protection juridique, dont 40 % une curatelle. A l'inverse, en HU et CHRS, une faible proportion a une protection juridique (7 % en HU, 27 % en CHRS). En MR 55 % des personnes font l'objet d'une curatelle et 60 % en RA. La tutelle concerne 12 % de la population globale, cette proportion étant largement supérieure en MR (17 %) et RA (16 %).



Cette variabilité des situations quant aux types de protections juridiques de la population selon le type d'hébergement/logement d'accueil s'explique probablement par la configuration des parcours antérieurs. En effet, comme nous le verrons ultérieurement, les personnes en MR et RA sont très fréquemment sortantes de services de psychiatrie, étape du parcours où la mise sous protection juridique est systématique. Les similitudes en matière de protection juridique sont à souligner concernant les publics de ces 2 structures.

1.6.4 Situation familiale et asilaire

La plupart des personnes ayant des troubles psychiques et accueillies dans les structures enquêtées sont célibataires. 6 % sont en couple en CHRS, HU et MR et 4 % en RA. La plupart n'ont pas d'enfant en garde ou à charge financière : 10 % en HU, CHRS et MR, et aucune en RA. En HU, les parents concernés ont pour la plupart leur(s) enfant(s) en garde, en CHRS ils sont plus fréquemment à charge financière (sans garde de leurs enfants).

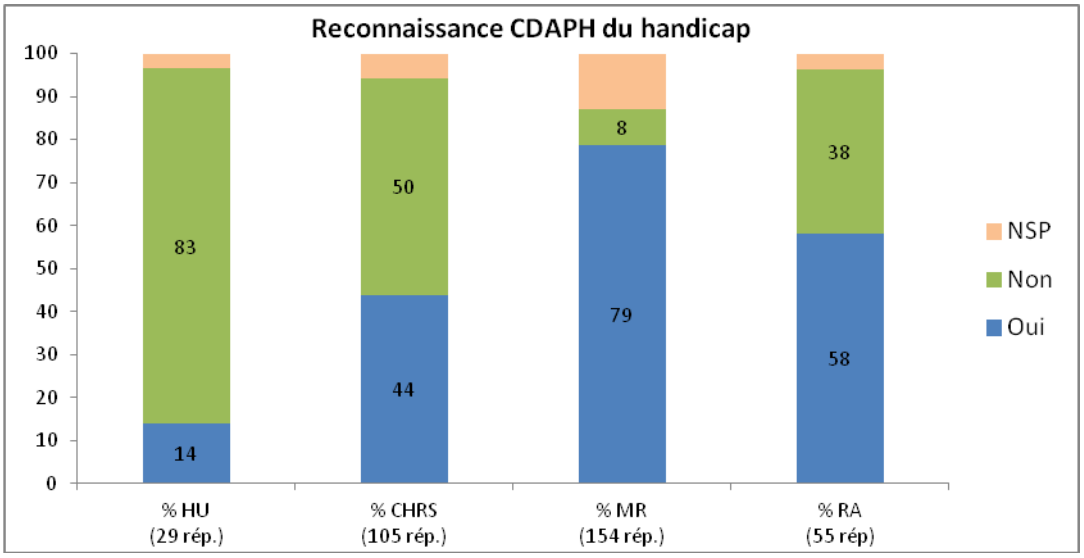
Ces données sur les situations familiales de la population enquêtée, en situation de précarité et ayant des troubles psychiques, trouvent probablement leur explication dans le fait que l'ensemble des problématiques rencontrées par ces personnes ne positionne pas les questions de vie affective, sexuelle, familiale comme prioritaires mais plutôt comme des questions périphériques. L'isolement affectif et sexuel n'est pourtant pas étranger à la souffrance ou aux troubles psychiques.

En lien avec ces données, précisons qu'actuellement, l'accueil de couples ou d'enfants en RA n'est pas précisément organisé. Les résultats ci-dessus montrent qu'une faible proportion de la population considérée est en couple ou a des enfants. Cette question ne devrait pas se poser davantage dans l'hypothèse d'un plus grand nombre d'accueil en résidence accueil. Cependant, eu égard au respect des droits des usagers et notamment de la vie privée des personnes, une réflexion sur ces sujets mériterait d'être considérée pour les quelques personnes potentiellement concernées.

Des personnes ayant le statut de demandeurs d'asile (4 %) composent également la population enquêtée (soit 12 personnes)[17]. La moitié se trouve en CHRS (dont 5 sur des places Insertion et 1 sur une place Urgence) et la moitié en HU.

1.6.5 Reconnaissance de la situation de handicap par la CDAPH

Une proportion importante de personnes est titulaire d'une reconnaissance d'un droit au titre du handicap, notamment en MR (79 %) et RA (58 %).



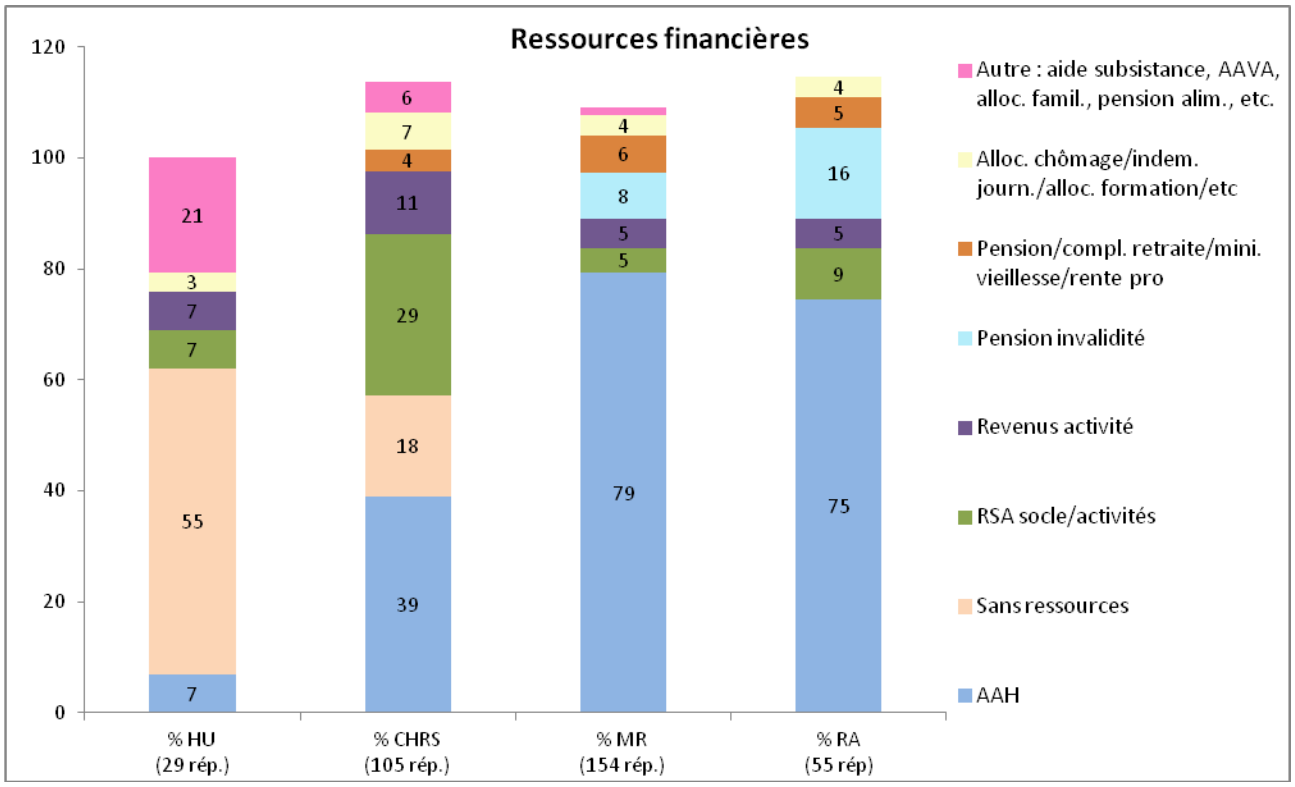
De la même manière que pour la protection juridique, la proportion moindre de personnes ayant une reconnaissance de handicap en HU s'explique par le fait que la réalisation de ce genre de démarche ne se pratique pas dans une étape d'urgence de mise à l'abri, mais plutôt ultérieurement quand une logique d'accompagnement global peut être mise en place. En CHRS d'ailleurs, les personnes sont plus nombreuses à avoir une reconnaissance de handicap sur des places CHRS Insertion ou Stabilisation que sur des places CHRS Urgence. Cette reconnaissance permet à la personne d'une part, de bénéficier d'un « statut » administratif, à défaut d'un autre statut à travers l'emploi, la famille, une maladie de longue durée, etc., et d'autre part l'obtention de certaines allocations correspondant à sa situation.

Par ailleurs, on relève un nombre plus important de personnes avec cette reconnaissance en MR plutôt qu'en RA. Le passage plus systématique par un service de psychiatrie d'un Centre Hospitalier pour les personnes en RA et l'arrivée plus récente dans ces nouvelles structures peut expliquer l'absence de mobilisation à ce stade d'une reconnaissance de handicap, à l'inverse de la population en MR, plus ancienne dans le dispositif pour laquelle ce type de démarche a déjà pu être engagé.

[17] Pour 10 personnes, l'information n'a pas été renseignée.

1.6.6 Ressources financières[18]

Sur l'ensemble de la population enquêtée, 58 % des 343 personnes sont bénéficiaires de l'AAH, 13 % touchent le RSA et 10 % sont sans ressources. Notons que dans 9 cas sur 10, quand les personnes ont le RSA, il s'agit du RSA socle. Très peu ont des revenus d'activité (7 %).



En HU, la population est majoritairement sans ressource (55 % des 29 personnes) et 24 % vivent de diverses allocations comme l'aide à la subsistance, l'AAVA, l'allocation chômage, l'allocation temporaire d'attente, etc.

En CHRS, presque 40 % des 105 personnes perçoivent l'AAH et près de 30 % le RSA. 8 % sont sans ressources.

En MR et RA, les personnes sont très majoritairement allocataires de l'AAH (respectivement 79 % et 75 %). En MR, 95 % des 154 personnes n'ont qu'une seule ressource, en conséquence, la majorité des personnes allocataires de l'AAH n'a que cette seule ressource. En RA, 16 % des 55 personnes ont une pension d'invalidité et 9 % le RSA (dont une seule personne le RSA activité).

Sur l'ensemble de la population, 87 % des personnes ayant des ressources financières n'en ont qu'une seule. Les situations peuvent donc être qualifiées de très précaires pour l'ensemble de la population.

Soulignons également que l'attribution de l'allocation AAH est en principe sous tendue par une reconnaissance du handicap (plus précisément d'un taux d'incapacité permanente d'au moins 80 %, ou compris entre 50 et 79 % (dans ce cas, la personne doit remplir la condition supplémentaire d'avoir une

[18] 3 réponses différentes étaient possibles à cet item. Les résultats sont présentés de manière cumulée.

restriction substantielle et durable pour l'accès à l'emploi). Or, nous constatons un écart entre le nombre de personnes ayant une reconnaissance au titre du handicap (58) et le nombre de personnes allocataires de l'AAH (75). Ces résultats questionnent les modalités d'attribution de cette allocation.[19]

Le fréquent refus de constituer un dossier de reconnaissance de leur handicap pour ces personnes souffrant de troubles psychiques invalidants est constaté comme constitutif des effets de leur maladie. Elles ont souvent du mal à se voir reconnaître un taux d'incapacité de 80 %, et des disparités d'un département à l'autre[20] sont observées : « *les décisions d'attribution du taux sont prises sur la base d'un entretien souvent trop rapide (5 minutes) avec le psychiatre de la MDPH. Les précisions apportées par le médecin psychiatre lors de la constitution du dossier ont relativement peu de poids. En cas de refus, la procédure de conciliation à la MDPH fait intervenir une contre-expertise, mais elle est généralement très longue et sans garantie de succès. L'attribution d'un taux d'incapacité inférieur à 80 %, et donc d'une durée initiale d'AAH moins longue, répond au souci d'éviter pour certains patients les effets néfastes de la stigmatisation et du découragement ; il peut également permettre de suivre plus régulièrement les personnes concernées, à l'occasion du renouvellement de l'allocation, et de les convaincre de la nécessité des soins si la prise en charge médicale est insuffisante. Les associations de patients et de familles soulignent cependant les difficultés supplémentaires ainsi créées pour les patients insuffisamment entourés, qui peuvent avoir du mal à établir le dossier de renouvellement et subir des interruptions de versement de l'allocation. S'il y a un entourage proche, celui-ci est confronté à la difficulté de motiver le patient pour les démarches de renouvellement, en raison des situations fréquentes de déni de la maladie et du handicap. D'après l'UNAFAM, le simple fait que l'état de santé de la personne lui interdise d'accéder à un emploi pourrait suffire à déposer une demande d'AAH. De fait, s'il a l'AAH, il est reconnu comme handicapé mais il y a aussi des personnes handicapées qui ne font pas de démarches et ne sont donc pas reconnues comme telles alors qu'elles répondent à la définition de la loi de 2005. Notons que les personnes qui ont une déficience d'origine psychique, représentent 25 % des demandeurs d'AAH et 28 % des AAH accordées. Cette déficience occupe le 2ème rang des demandes après la déficience motrice (29 % des demandeurs). C'est le premier motif d'attribution de l'AAH.* »

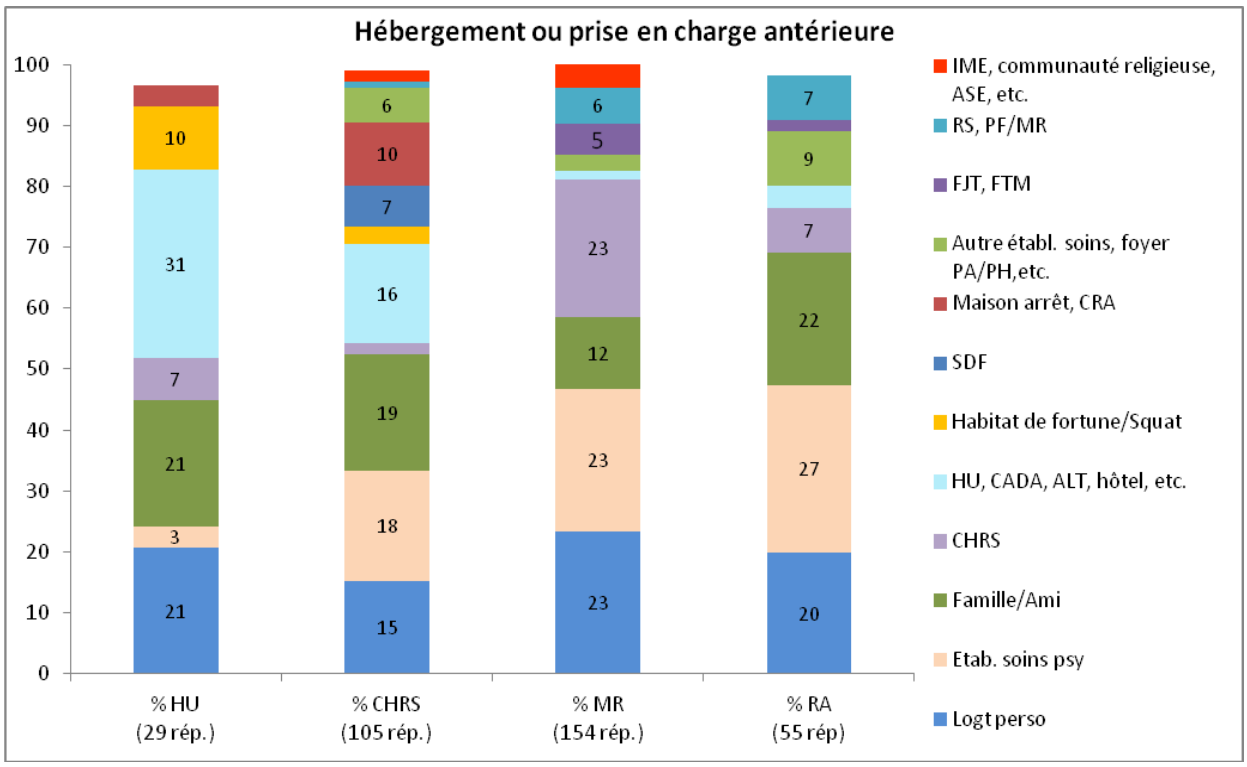
1.7 La situation antérieure des personnes accueillies ayant des troubles psychiques

1.7.1 L'hébergement / prise en charge antérieure

Globalement, la population présentant des troubles psychiques dans les structures enquêtées est majoritairement issue soit d'un logement personnel (en tant que locataire ou propriétaire), soit d'un service hospitalier de psychiatrie, soit de chez la famille ou de chez une/des ami (es).

Pour autant, l'interprétation des résultats de cet item est à pondérer au regard du parcours des personnes. En effet, une personne peut tout à fait avoir un logement autonome tout en étant hospitalisée en psychiatrie. Elle peut également être prise en charge en psychiatrie sur une longue durée sans aucun autre logement (l'HP ne constitue certes pas un lieu d'hébergement/logement mais, dans ce cas d'enquête, il peut se trouver considéré comme l'endroit constituant le seul « toit » de la personne).

[19] Voir Le Guide des éligibilités pour les décisions prises dans les MDPH, CNSA, Mai 2013
[20] Source : *Études et Résultats*, n° 687, avril 2009, « La réponse à la première demande d'AAH »



En HU, notons que 31 % de la population viennent d'un CADA ou d'une autre structure HU ou d'un centre de stabilisation (etc.), 21 % d'un logement personnel et la même proportion était chez de la famille ou des amis, et 10 % vivaient dans un logement de type « squat ».

En CHRS, 19 % étaient chez de la famille ou des amis, 18 % en HP, 15 % dans un logement personnel et 7 % étaient SDF et 3 % vivaient dans une habitation de fortune. 10 % sortent de maison d'arrêt ou de centre de rétention administratif. 16 % sortent d'un CADA ou d'une autre structure HU ou d'un centre de stabilisation (etc.).

En MR, la proportion est identique (23 %) dans les 3 cas de figures de sortants d'un logement personnel, de l'HP ou d'un CHRS, 12 % vivaient chez la famille ou des amis.

En RA, les personnes étaient majoritairement prises en charge en psychiatrie (27 %) et près de 10 % viennent d'un autre établissement de soin (ou appartement thérapeutique, foyer PH, LHSS, etc.). 22 % étaient chez la famille/amis et 20 % dans un logement personnel.

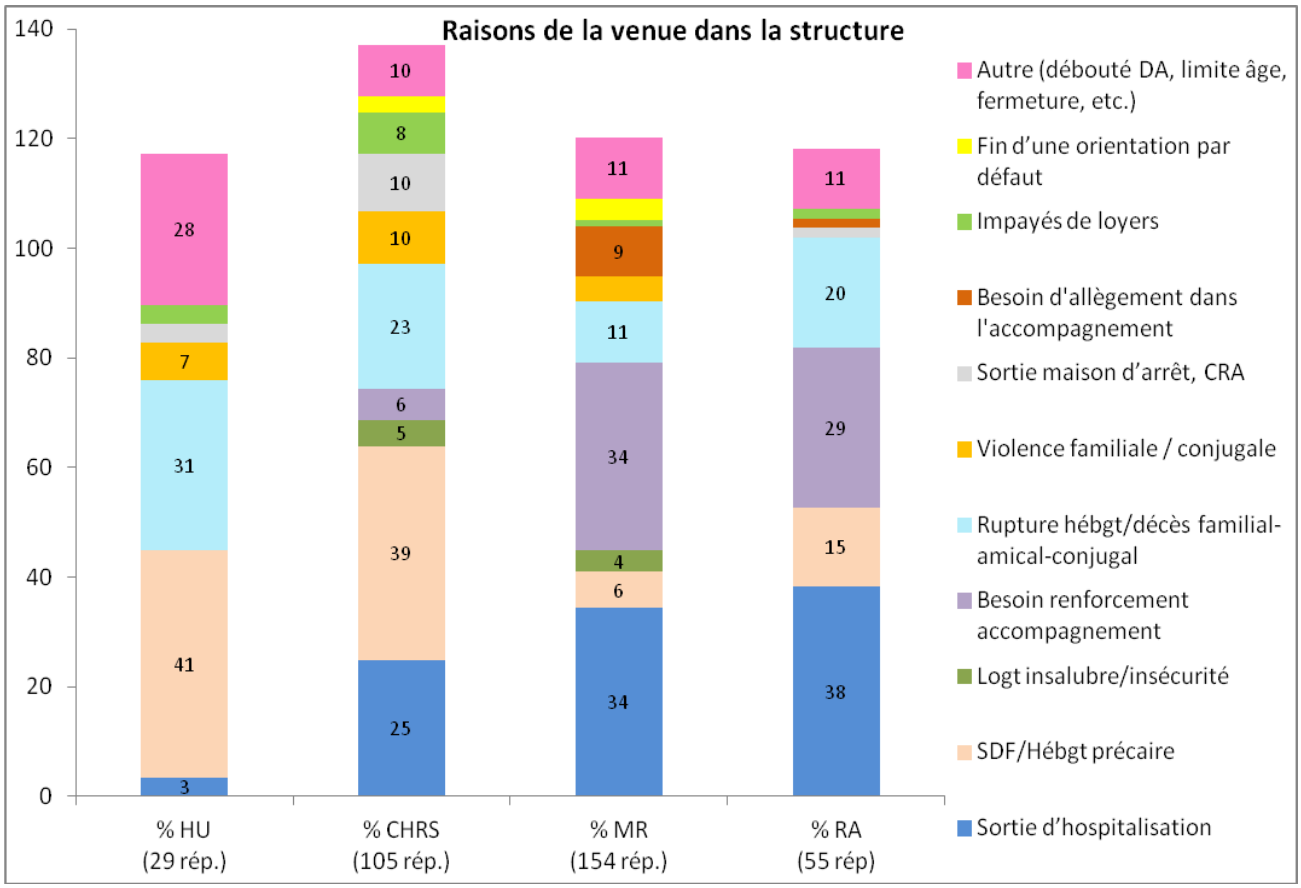
Notons que dans quelques situations, la proportion de personnes qui avaient leur propre logement personnel ou étaient hébergées dans la famille ou chez un/des ami(es) est assez importante : 41 % en HU, 34 % en CHRS, 35 % en MR, 42 % en RA.

1.7.2 Les raisons du changement d'hébergement ou de prise en charge[21]

En complément des informations ci-dessus relatives à l'hébergement antérieur, les raisons du changement d'hébergement / prise en charge et de la venue dans la structure enquêtée ont donc été étudiées pour compléter les données. Les motifs les plus fréquemment cités sont : la sortie d'hospitalisation (29 %), la situation d'hébergement précaire ou insalubre (24 %), le besoin de renforcement dans l'accompagnement (22 %), ou encore une rupture ou un décès dans l'environnement familial ou conjugal (18 %).

Comme mentionné ci-dessus, on constate que la proportion de personnes arrivant dans la structure enquêtée en raison d'une sortie d'hospitalisation constitue le motif le plus important, notamment en MR (34 % des cas) et RA (38 % des cas). Comme précisé précédemment, les proportions de personnes pour lesquelles ce motif est cité comme une raison du changement de structures est plus important que les proportions des personnes ayant la psychiatrie comme prise en charge antérieure. Par ailleurs, une personne peut vivre en logement autonome tout en étant hospitalisée et donc arriver dans une nouvelle structure en raison de sa sortie d'hospitalisation.

Par ailleurs, nous constatons ici une proportion supérieure de personnes arrivant dans une structure en raison d'une situation de SDF/hébergement précaire alors que les personnes ayant ce type d'hébergement ci-dessus sont moindres. Cela s'explique par le fait qu'un centre d'hébergement d'urgence ou un CHRS a pu être considéré dans certains cas comme un hébergement « précaire » au sens « temporaire » dans la réponse à l'enquête.



[21] 2 réponses différentes étaient possibles à cet item. Les résultats sont présentés de manière cumulée.

En HU et CHRS, la raison la plus fréquente de l'arrivée dans ce type de structure est la situation antérieure de précarité au regard du logement (en référence à la précision apportée ci-dessus, il s'agit donc de personnes venant tant de CHRS, d'HU, de squats, d'hébergement temporaire chez des amis ou sans hébergement, etc).

Notons également que 17 % des personnes arrivent en HU car déboutées d'une demande d'asile.

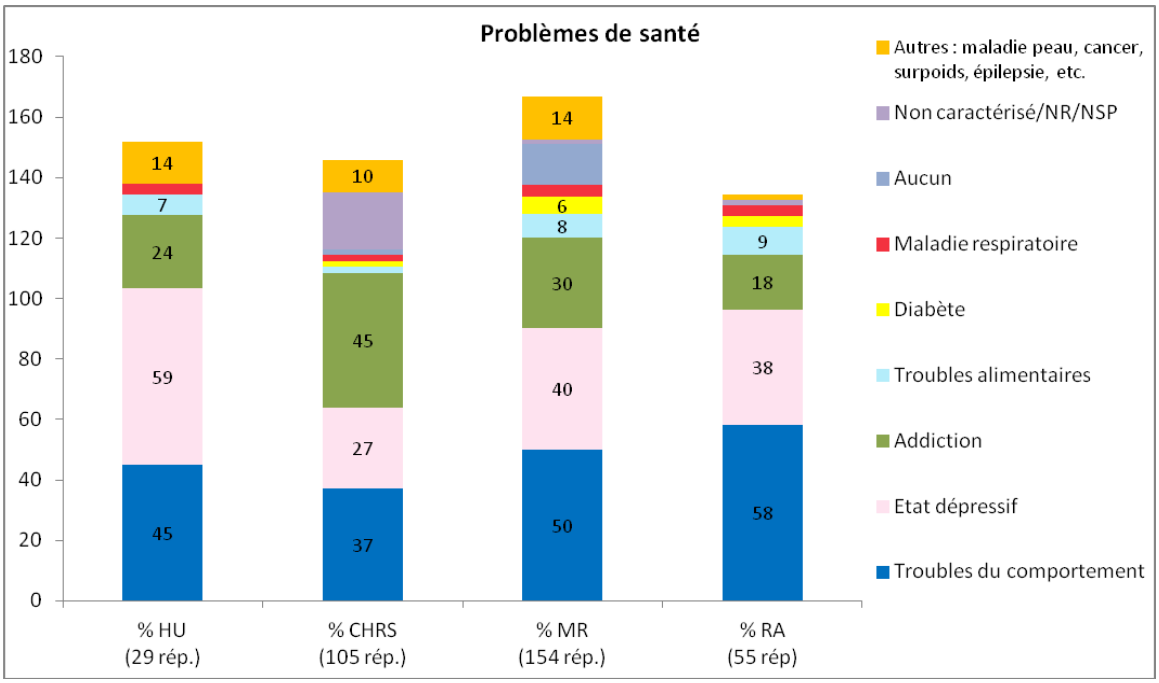
En MR et RA, un besoin de renforcement dans l'accompagnement est la raison d'arrivée dans la structure invoquée pour environ 30 % des cas. Nous verrons plus loin qu'il s'agit bien souvent d'un besoin d'accompagnement aux soins, et/ou de présence relationnelle et/ou d'aide dans les actes de la vie quotidienne. Notons cependant que pour 9 % des personnes en MR, la raison citée est un besoin d'allègement dans l'accompagnement, sachant que la quasi-totalité de ces derniers venait de psychiatrie ou de CHRS.

Les effectifs de personnes concernées par une arrivée dans les différentes structures suite à une rupture d'hébergement familial ou amical (ou un décès) sont relativement importants (10 à 30 %). L'hypothèse peut être formulée d'un épuisement de l'environnement conduisant les publics ayant des troubles psychiques à devoir être, dès lors, orientés vers des professionnels. D'ailleurs, comme indiqué par les SIAO, ces orientations sont régulièrement effectuées à la demande des familles. Ce constat soulève la question du soutien continu à apporter à l'environnement familial et social afin d'accompagner la personne au mieux dans son parcours de vie.

1.8 La santé des personnes accueillies ayant des troubles psychiques

1.8.1 Les problèmes de santé[22]

Les problèmes de santé les plus fréquemment cités concernant la population étudiée sont les troubles du comportement (47 %), les états dépressifs (37 %) et les addictions (32 %).



[22] 3 réponses différentes étaient possibles à cet item, hors problèmes psychiques. Les résultats sont présentés de manière cumulée.

En HU, près de 60 % des 29 personnes ayant des troubles psychiques présentent un état dépressif, 45 % des troubles du comportement et 24 % des problèmes d'addictions.

En CHRS, 45 % de la population ont des problèmes d'addictions, 37 % des troubles du comportement et 27 % un état dépressif.

En MR, les troubles du comportement sont majoritaires à hauteur de 50 %, 40 % présentent un état dépressif, 30 % ont des problèmes d'addictions et 8 % des troubles alimentaires. 14 % n'ont pas d'autres problèmes de santé que psychiques.

En RA, les troubles du comportement sont plus importants avec 58 % de la population concernée. 38 % présentent un état dépressif, 18 % ont des problèmes d'addictions et 9 % des troubles alimentaires.

Il ressort globalement que les problèmes de santé, autres que les troubles psychiques, sont importants dans la population enquêtée.

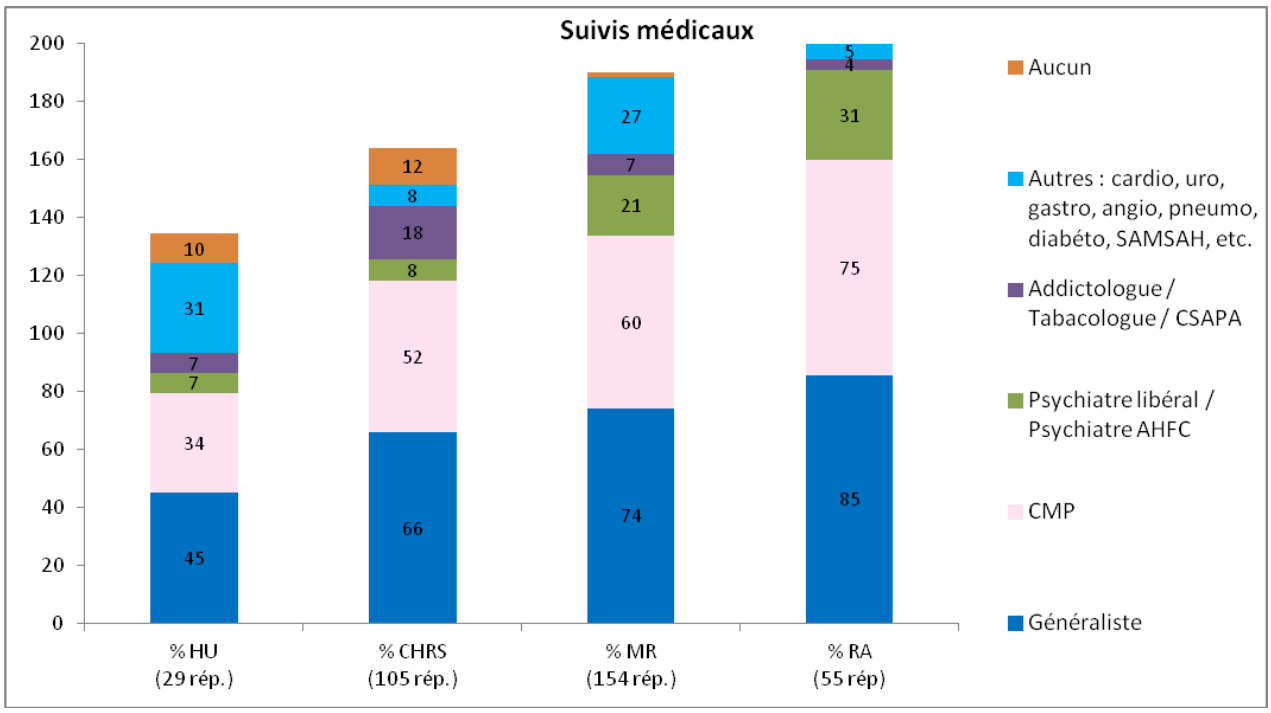
Le pourcentage moins important de personnes ayant des addictions en RA peut soulever deux hypothèses : une prise en charge (voire sevrage) a pu être organisée en amont de l'accès en RA, éventuellement lors du passage en service de psychiatrie, mais il est aussi à préciser que l'absence de conduite addictive constitue un critère d'admission en RA de manière non « officielle », ceci afin de garantir la « stabilité » du comportement du résident.

Pour précision, la catégorie « autres » a rassemblé de nombreuses données, dont certaines inexploitables et dont nous n'avons pas tenu compte dans ce cas (par exemple, le terme « parentalité » ou encore des informations faisant référence de près ou de loin à la maladie psychiatrique (troubles psy, pathologie mentale, psychose, angoisse, schizophrénie affective, etc.) l'objectif à ce niveau consistant à identifier les autres problèmes de santé de la population que ceux liés à une caractérisation psychique ou psychiatrique).

Notons cependant, que cette catégorie a permis de regrouper d'autres problèmes de santé très variés (du « problème visuel » à « l'accident vasculaire cérébral, AVC », « l'épilepsie », etc.).

1.8.2 Les suivis médicaux[23]

71 % de la population étudiée est suivie par un généraliste et 75 % en CMP ou par un psychiatre libéral.



En HU, ces proportions sont très largement inférieures à la population globale : seulement 45 % sont suivis par un généraliste et 10 % n'ont aucun suivi. 34 % sont suivis en CMP et 31 % dans d'autres spécialités médicales.

En CHRS, les proportions augmentent mais il reste 12 % des 105 personnes n'ayant aucun suivi.

En MR et RA, les suivis médicaux sont plus importants avec 98 % de la population suivie par un généraliste et/ou un spécialiste (psychiatrie ou autre spécialité). Notons qu'en RA, presque la totalité des résidents sont suivis en CMP ou par un psychiatre libéral[24]. Une proportion de 12 % ne l'est pas au 31/12/2014. En MR, 27 % de la population sont également suivis dans d'autres spécialités médicales.

Précisons que les suivis médicaux dans d'autres spécialités sont très variés (pneumologie, cardiologie, angiologie, urologie, etc.).

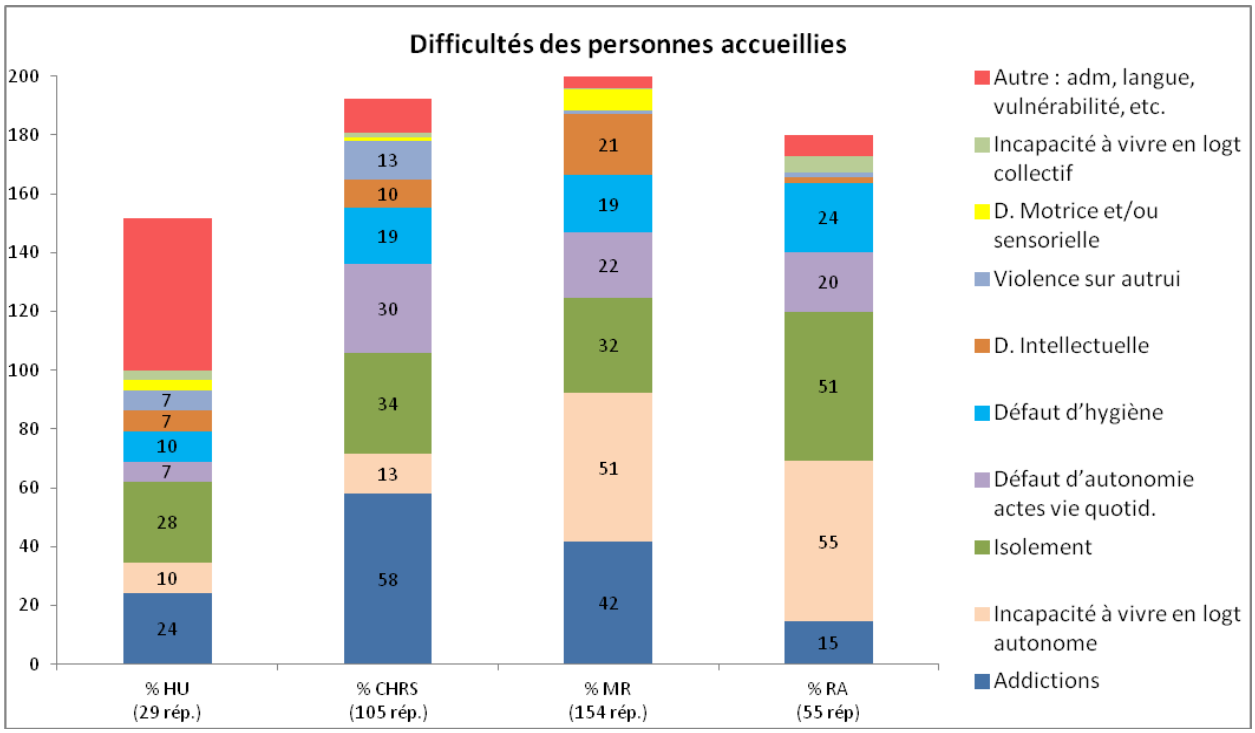
Concernant les suivis en addictologie, nous constatons que les problèmes d'addictions mis en regard de ces suivis spécifiques présentent des écarts importants : pour exemple, en MR, 24 % de la population avec des problèmes d'addictions sont suivis par un addictologue. Cette proportion paraissant faible, nous faisons l'hypothèse que ce suivi puisse être réalisé par un autre professionnel de santé avec le généraliste, en CMP ou par le psychiatre.

[23] 3 réponses différentes étaient possibles à cet item. Les résultats sont présentés de manière cumulée.
[24] Pour une des résidences accueil, tous les résidents (sauf un) sont suivis par le psychiatre de l'association gestionnaire et non à proprement parlé par un « psychiatre libéral » comme indiqué dans le questionnaire.

1.9 Les difficultés et besoins des personnes accueillies ayant des troubles psychiques

1.9.1 Les difficultés repérées

Les difficultés liées aux addictions (40 %), à l'incapacité à vivre en logement autonome (36 %), à l'isolement (36 %), au défaut d'autonomie dans les actes de la vie quotidienne (23 %) et d'hygiène (19 %) sont celles rencontrées le plus fréquemment.



Comme vu précédemment en référence aux problèmes de santé des personnes accueillies, les difficultés liées aux addictions sont les plus importantes en CHRS (58 %) avec une prépondérance de celles liées à l'alcool (près de 70 % des personnes ayant des conduites addictives le sont par rapport à l'alcool, contre 25 % aux drogues et 5 % aux « jeux et autres »). 7 % cumulent plusieurs addictions.

On constate que ces difficultés existent également en proportion importante en MR (40 %). Elles sont majoritairement liées à l'alcool dans 70 % des cas, et dans 20 % aux drogues et 10 % aux « jeux et autres », avec un cumul d'addictions dans 5 % des cas.

Comme vu précédemment, ce type de difficultés est moins important en HU (24 %) et en RA (15 %).

Les incapacités à vivre en logement autonome sont rencontrées majoritairement en MR et RA, ce qui permet de conforter la pertinence de l'orientation sur ce type de logement pour pallier cette difficulté.

L'isolement des personnes en RA concerne plus de 50 % de la population, proportion largement supérieure à celle des autres types d'hébergement/logement, bien qu'elle oscille malgré tout entre 28 et 34 % en HU, CHRS et MR. Ce résultat nous amènera dans la suite du rapport, à partir des

entretiens, à interroger les moyens disponibles dont disposent les personnels des RA pour mener à bien leur mission d'organisation d'un « *cadre de vie semi collectif valorisant la convivialité et l'intégration dans l'environnement social* » (comme le précise le texte).

Le défaut d'autonomie dans les actes de la vie quotidienne est une difficulté qui existe à hauteur de 20 à 30 % de la population en CHRS, MR et RA et le défaut d'hygiène à hauteur d'environ 20 % (les taux sont moindres en HU).

Des difficultés de violence sur autrui sont mentionnées pour 13 % de la population en CHRS.

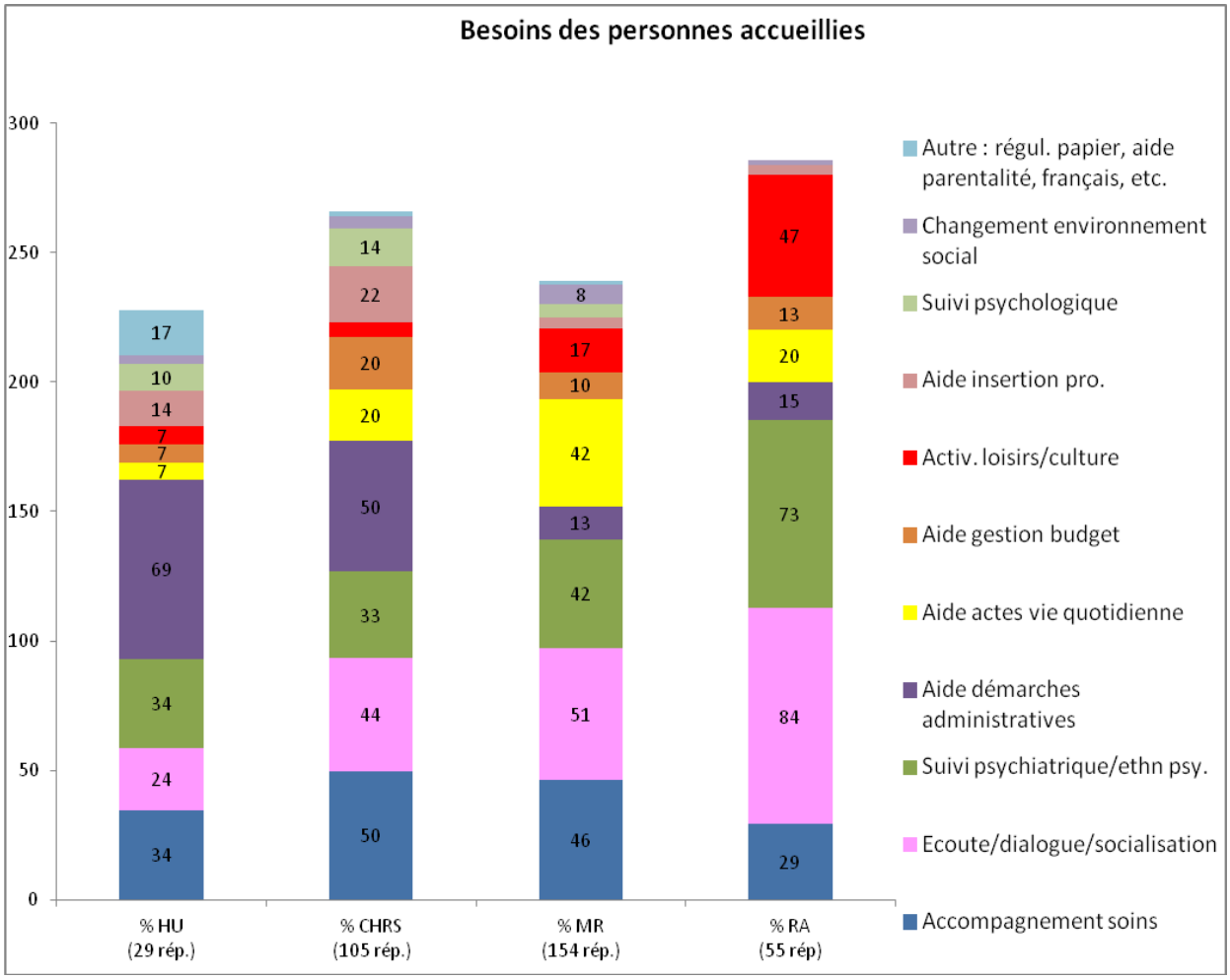
D'autres difficultés partagées par la population ont pu être identifiées dans la catégorie « autres ». En HU, il est fait mention à hauteur de 24 % de difficultés liées à la situation administrative/sans papiers, à hauteur de 10 % en raison de la parentalité, de 7 % en raison de la non maîtrise de la langue française, de 7 % liées à des difficultés de gestion du budget/surendettement/absence de ressources et 7 % également pour des raisons de violence sur autrui.

Par contre, dans cette rubrique « autres », les difficultés qui faisaient référence à des problématiques purement psychiques ou psychiatriques, très variées (« angoisse psy », « choc psy », « problème psy », etc.) n'ont pas été prises en compte, puisqu'il s'agissait d'observer ici les autres difficultés de cette population ayant des troubles psychiques.

1.9.2 Les besoins repérés

La majorité des besoins cités pour l'ensemble des personnes ayant des troubles psychiques accueillies dans les structures étudiées relève de l'écoute/le dialogue/la socialisation (52 %), de l'accompagnement aux soins (43 %) et du suivi psychiatrique (43 %)[25]. Précisons que la part de la population ayant des besoins pour les démarches administratives et les actes de la vie quotidienne n'est pas négligeable (près de 30 % pour ces 2 types de besoins).

[25] Le besoin de suivi ethnographique constituait un item de l'enquête qui n'a concerné que 4 personnes.



Assez logiquement, la proportion de besoins d'aide dans les démarches administratives est très importante en HU (69 %) pour ces personnes ayant souvent beaucoup de formalités à mettre en œuvre entre la recherche d'un logement, d'un emploi, des demandes d'allocations, de papiers d'identité, etc. Elle reste également importante en CHRS à hauteur de 50 %.

En MR et RA, ce sont les besoins d'écoute / dialogue / socialisation qui sont majoritaires (respectivement de 51 % et 84 %) et le besoin de suivi psychiatrique (respectivement de 42 % et 73 %). Il en est de même en CHRS et MR où le besoin d'écoute est de 44 % et 51 % et le besoin de suivi psychiatrique de 33 % et 42 %.

Les besoins d'aide dans les actes de la vie quotidienne sont également plus représentés dans ces deux types de logements (respectivement 42 % et 20 %). Les personnes étant détentrices d'un logement privatif, le besoin d'aide pour l'entretien du logement, la réalisation des courses, etc., est logiquement plus important.

Un besoin d'activités de loisir et culturelle est constaté pour 47 % des personnes en RA trouvant sans doute une explication dans une forme de réponse à apporter aux difficultés d'isolement relevées précédemment.

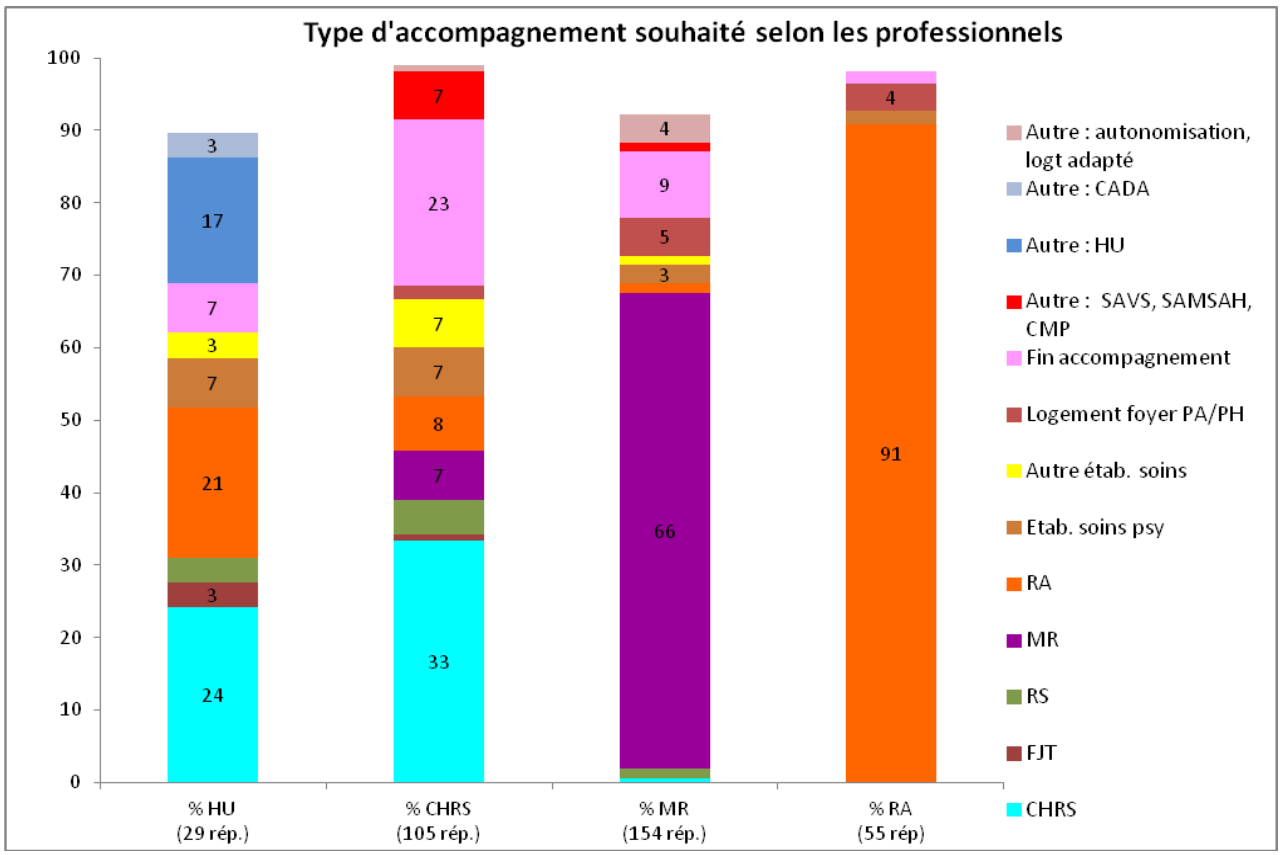
A l'inverse, alors que les suivis psychiatriques sont bien identifiés, les suivis psychologiques ou psychothérapeutiques sont peu ou pas identifiés par les professionnels de proximité, et donc invisibilisés.

1.10 Les évolutions souhaitables dans les accompagnements des personnes accueillies

Notons que l'information n'est pas connue pour des parts plus ou moins grandes dans les structures, notamment 10 % en HU selon les professionnels et 55 % selon les personnes elles mêmes.

1.10.1 Selon les professionnels

Selon les professionnels, le type d'accompagnement souhaité pour un certain nombre de personnes correspond à celui dont elles bénéficient actuellement, ainsi pour 66 % des personnes en MR, le type d'accompagnement souhaité reste le même, comme pour 91 % des personnes en RA.



En HU et CHRS, les évolutions souhaitables sont plus diversifiées, correspondant à une étape d'orientation. On constate que pour 24 % des personnes en HU une évolution vers un CHRS serait souhaitable et pour 21 % un accompagnement en RA (note : 5 des 6 personnes concernées sur les effectifs d'orientation en RA sont en HU à l'Armée du Salut à Belfort, organisme gestionnaire portant actuellement un projet de RA dans le 90). Pour 17 % (soit 5 personnes), il n'y a pas de solution alternative à l'HU selon les professionnels.

Pour 33 % des personnes vivant en CHRS, l'accompagnement actuel parait convenir, et pour 23 % l'accompagnement pourrait cesser selon les professionnels avec une évolution souhaitable vers un logement autonome. Pour l'effectif restant, il s'agirait d'envisager des accompagnements pour quelques

uns en résidence sociale, MR, établissement de soins psy/autres soins. Pour 8 d'entre eux, l'évolution vers une RA serait souhaitable (à noter que pour 7 des 8 personnes concernées, il s'agit de personnes accueillies par l'Armée du Salut de Belfort).

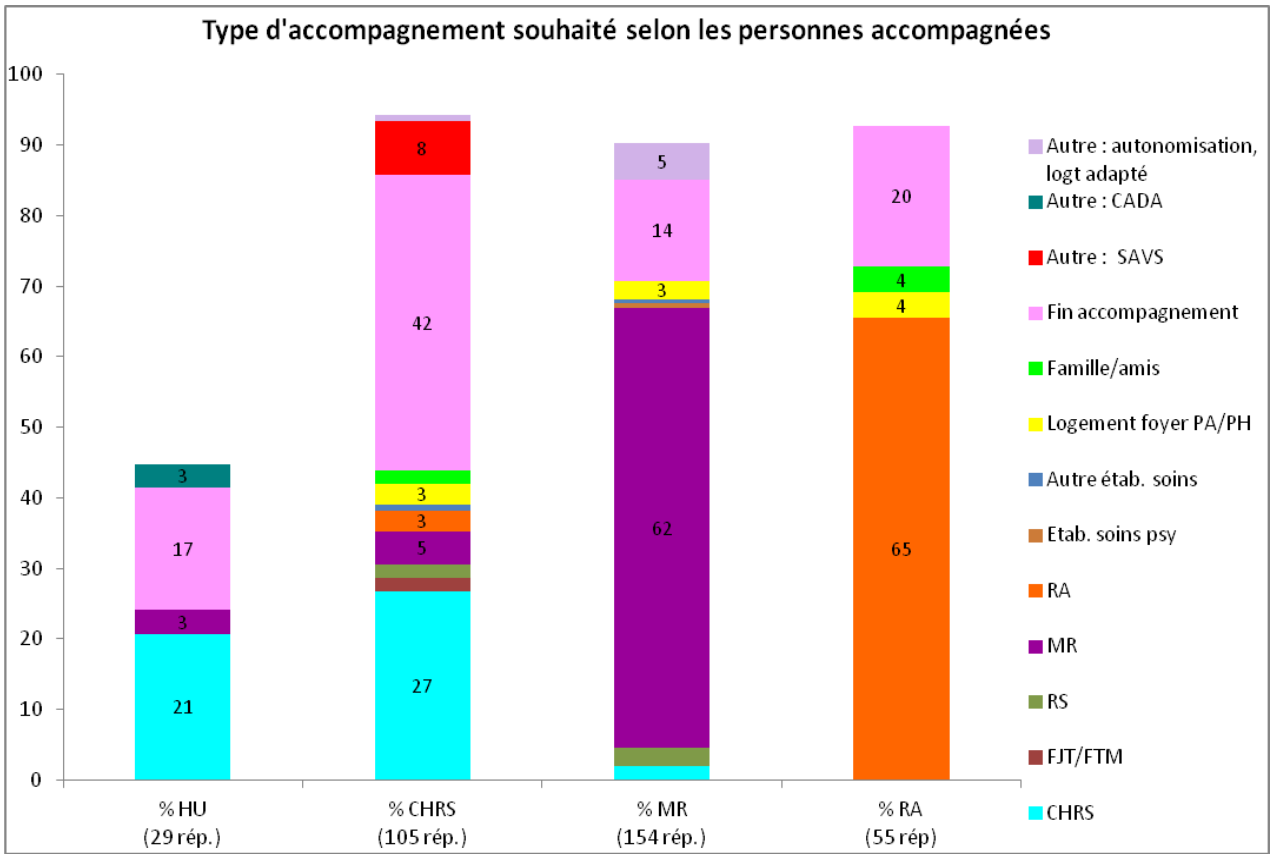
Notons que pour la population enquêtée en MR, il est mentionné par les professionnels que 9 % pourraient évoluer vers une fin d'accompagnement.

Pour 5 % de la population, l'information sur l'évolution souhaitable n'a pas été renseignée.

Globalement et de manière surprenante, les évolutions souhaitables vers une RA sont rares. Une hypothèse portant sur la méconnaissance de l'offre pourrait en être une composante d'explication.

1.10.2 Selon les personnes accompagnées

L'avis des personnes accompagnées est sensiblement différent de celui des professionnels concernant l'évolution souhaitable de leur parcours. Nous relevons notamment un nombre plus important de personnes (24 %) souhaitant une fin d'accompagnement contre 12 % selon les professionnels. Cependant, nous constatons, là aussi que la proportion de personnes en MR et RA souhaitant rester dans ces dispositifs reste importante (62 % et 65 %).



Notons également que le nombre d'accompagnements souhaités en logement foyer PA ou PH, en établissement de soins psychiatriques ou autre établissement de soins diminue considérablement quand l'avis des personnes est recueilli (4 % contre 10 % selon les professionnels).

Le pourcentage d'évolutions souhaitées vers une RA passe de 19 % selon les professionnels à 11 % selon les personnes elles mêmes.
Sur ce point, plusieurs hypothèses autres que le refus d'aller en RA peuvent être formulées compte tenu du contexte sur cette offre de logement. Il est possible d'une part que les personnes soient peu ou pas informées sur ce type de logement actuellement peu connu. D'autre part, étant donné qu'il n'existe à ce jour que 4 RA en Franche-Comté, les personnes ont aussi peut-être connaissance de la saturation de l'offre et dès lors n'expriment pas ce souhait d'évolution supposant ne pas pouvoir y accéder. Enfin, comme indiqué par certains professionnels rencontrés, une image négative de la psychiatrie restant tenace dans l'esprit des usagers, ces derniers n'évoquent peut-être pas non plus cette solution comme souhaitable par crainte de rester dans une offre à laquelle la psychiatrie est associée.

1.11 Focus sur les admissions, refus et sorties des résidences accueil

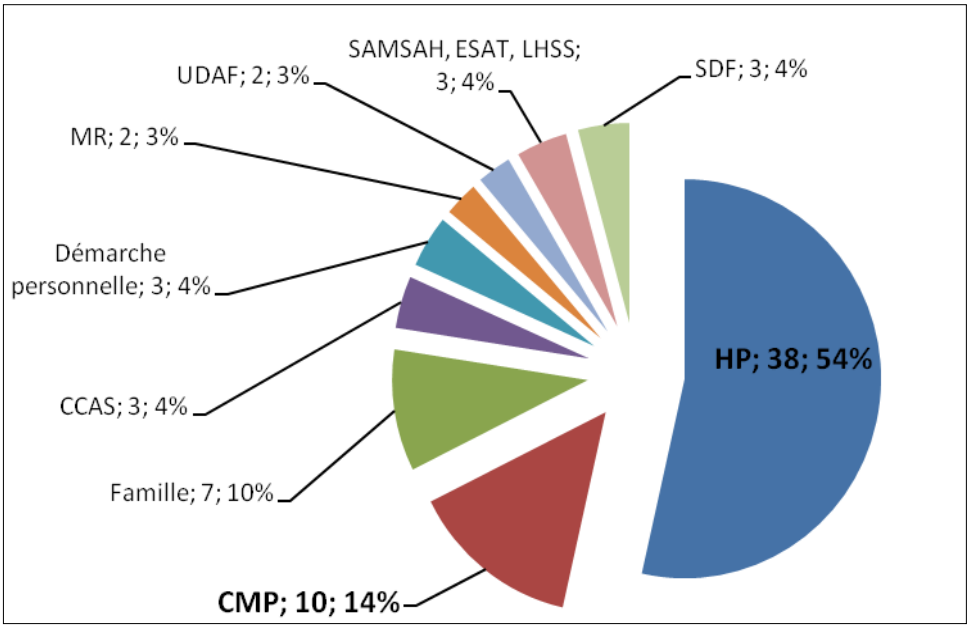
Depuis la création de la 1ère RA en 2007, nous dénombrons :

- 121 demandes d'admission (dont 5 non caractérisées en termes d'origine de la demande, motif d'admission, etc),
- 71 admissions (soit un taux d'admission de 60 %),
- 22 refus d'admissions (18 %),
- 11 personnes placées en liste d'attente (9 %),
- 12 abandons de projet (10 %).

Précisons cependant que le nombre de demandes d'admission et les refus d'admission sont plus ou moins fréquents d'une RA à une autre. Par exemple, le taux de refus est de 25 % à Dole et de 13 % à Pontarlier sur 35 demandes depuis 2010 à Dole et 30 à Pontarlier. Il est difficile de faire des conclusions comparatives de ces données dans la mesure où la RA de Dole a ouvert en 2007 et celle de Pontarlier en 2010 et que le taux d'admission est logiquement plus important l'année de l'ouverture pour occuper l'ensemble des places disponibles et répondre aux personnes en attente.

1.11.1 Les origines des admissions en RA

D'après les données sur la population enquêtée au début de l'étude, nous avons constaté que 21 % des personnes accueillies dans des structures de l'AHI au 31/12/2014 avait pour hébergement antérieur un établissement de soins psychiatriques et, pour 30 %, l'arrivée dans la structure de l'AHI fait suite à une sortie d'hospitalisation. Concernant précisément les données sur l'origine des demandes d'admission en RA, depuis la création de chacune de ces dernières, nous dénombrons 68 % de demandes admises ayant pour origine un service hospitalier de psychiatrie ou le CMP.



Cette proportion est d'autant plus marquée dans les 2 cas de RA dont les gestionnaires sont l'HP : 76 %. Cette donnée est d'ailleurs cohérente avec les raisons des arrivées dans les RA : à Pontarlier, 1 résident sur 12 est arrivé en raison d'une sortie d'hospitalisation, à St Claude c'est le cas de 5 résidents sur 12, à Dole 8 sur 15, et à Valentigney 8 sur 13. A l'inverse, à la RA de Pontarlier, on constate l'accueil de 3 anciens SDF et de 3 personnes dont l'origine de la demande vient du CCAS. Concernant St Claude, les données sur les origines des admissions ne sont pas disponibles mais on sait par contre que 6 sur 12 sont arrivées à la RA en raison d'un hébergement précaire (au sens de temporaire) ou insalubre.

La question de l'accueil en RA de personnes SDF, mais aussi de personnes avec des conduites addictives importantes, apparait comme une problématique récurrente à considérer, en référence à l'obligation plus ou moins importante, selon les professionnels des RA, de participation aux temps collectifs et au maintien essentiel d'un groupe stabilisé en termes de « capacité à habiter »[26].

Des personnes ayant été socialement isolées pendant plusieurs années, ou qui ont vécu dans des communautés de squat avec des règles de vie bien différentes de celles existant dans un espace de vie semi collectif, ou encore dont les réactions liées aux addictions peuvent perturber l'équilibre d'un groupe, interroge visiblement l'admission en RA de personnes avec ce type de parcours. Dans les faits, nous avons constaté que les proportions d'accueil de ce type de population en RA est faible, tout comme l'accueil en RA de personnes ayant des problèmes d'addictions est rare. Pour autant, cette population ayant des troubles psychiques n'est pas marginale dans les structures de l'AHI (pour rappel, pour plus de 25 % de la population accueillie en HU/CHRS/MR, la raison de la venue de la structure est une situation SDF ou d'hébergement insalubre ou très précaire, et 35 % de la population accueillie dans ces structures ont des problèmes d'addictions).

[26] LAVAL Christian, Actualité et sens de l'accompagnement au logement, n° 51, Janvier 2014, Edito p 1-3. Il rappelle « *qu'accéder à un logement n'est pas habiter* ». Mais comment évaluer la « capacité » à habiter « *quand elle devient une commande institutionnelle et à la fois une anthropologie du care ?* »

Précisons que les demandes à l'initiative des familles existent de temps en temps (10 %) mais les demandes à l'initiative des personnes elles-mêmes sont très rares (4 %). Les quelques autres demandes d'admission proviennent ponctuellement de maison relais, de l'UDAF, d'établissements médico-sociaux.

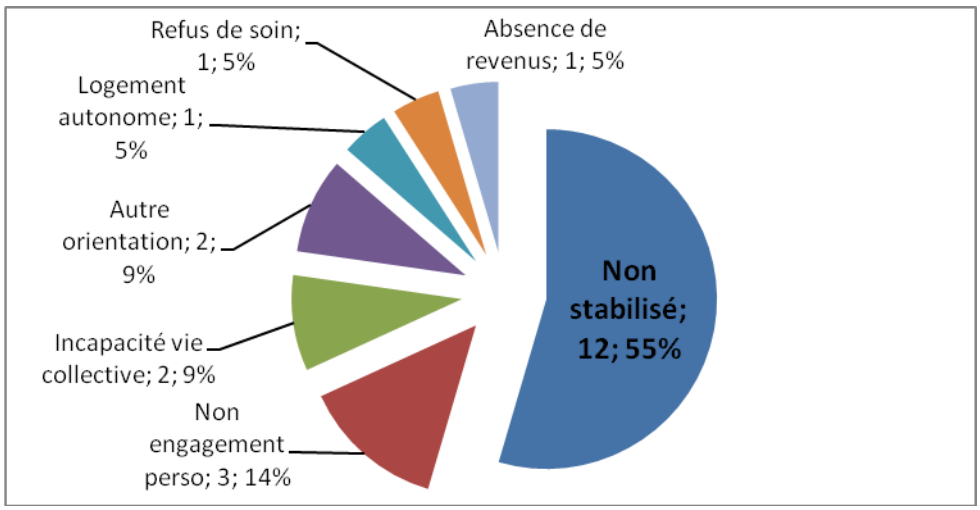
Cette lecture des origines de demandes d'orientation en RA permet de préciser un point de vigilance également pointé par les partenaires rencontrés, à savoir que les résidences accueil, dans leurs missions de promotion de l'autonomie des personnes et d'ouverture vers des perspectives de participation sociale dans le souci de répondre à des besoins s'exprimant dans des contextes variés (social, médico social, à domicile, à la rue, en HP, etc.) n'ont pas vocation à devenir spécifiquement une filière d'aval de la psychiatrie hospitalière. Elles ont bien été mises en place pour des personnes en situation de précarité, d'exclusion/marginalisation et rupture d'hébergement.

La note d'information relative à leur création précise notamment que « *la résidence accueil ne doit pas recevoir massivement les patients hospitalisés au long cours dans un même service de psychiatrie* ». Mais les observations faites par les acteurs de terrain rencontrés conduisent à émettre en effet un principe de vigilance sur la diversité du public pouvant être accueilli en RA, en tout cas en référence à ses objectifs et modalités de fonctionnement (re-socialisation, ouverture sur l'extérieur, etc.), compte tenu des ETP hôtes consacrés à cet accueil.

Précisons que des entrées progressives, voire des « périodes d'essai », ont été mises en place dans plusieurs des RA. A l'inverse, pour une autre, comme un logement ordinaire, la personne accueillie dispose d'un préavis d'un mois pour quitter son appartement si la situation ne convient pas (sur le même principe qu'en milieu ordinaire).

1.11.2 Les refus d'admission

Dans les cas de refus d'admission, un motif récurrent est l'état non stabilisé de la personne[27], à savoir dans 55 % des situations de refus, puis dans certains cas le non engagement personnel.

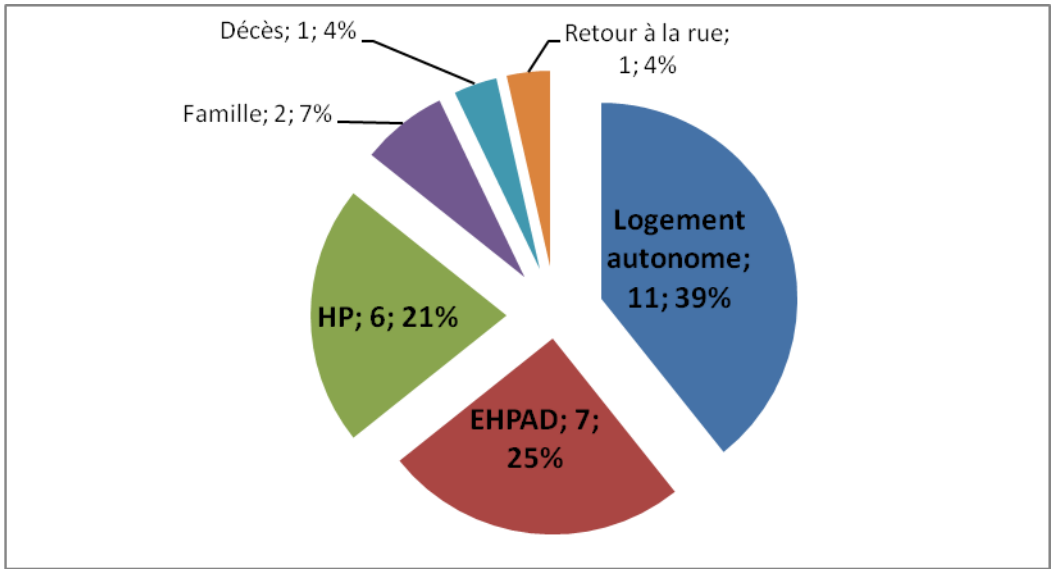


[27] Les rencontres avec certains partenaires mettront en discussion la définition de la « non stabilisation de l'état d'une personne » : comment s'assurer de la « stabilité » d'une personne sur du long terme ? Que signifie « un état stabilisé » ? Tout le monde n'est-il pas sujet à être « plus ou moins stabilisé » selon les étapes de son parcours ? Ne vaut-il pas mieux raisonner en termes d'anticipation des rechutes ? etc.

D'après les entretiens qualitatifs qui ont été menés avec les RA, il apparait selon les unes des autres, que les revenus de la personne, le suivi d'un traitement médicamenteux et/ou le suivi psychiatrique, le seul motif de l'isolement et non du manque d'autonomie, l'engagement de la personne dans la démarche, sont visiblement des critères importants pouvant motiver un refus.

1.11.3 Les sorties des RA

Concernant les sorties de RA, nous en comptabilisons 28 depuis la création des RA (2007) sur 71 admissions (soit 42 % des admissions). Elles se sont faites en majorité vers un logement autonome (39 %), un EHPAD (25 %) mais aussi en ré-hospitalisation (21 %).



Même s'il est plutôt rassurant de constater que les sorties sur du logement autonome sont les plus fréquentes, une étude plus approfondie des parcours de sortie serait intéressante à conduire pour analyser plus finement les effets potentiels du passage en RA sur la suite du parcours des personnes. Par ailleurs, les effectifs sont petits et une approche plus centrée sur une *clinique du parcours* apparait plus pertinente, au regard de la singularité de chaque situation.

Par ailleurs, comme nous l'avons constaté auparavant, la question de l'avancée en âge va se poser de façon croissante dans certaines structures de l'AHI et notamment dans les maisons relais et les résidences accueil où sont déjà constatées pour l'une d'entre elles 6 sorties en EHPAD en l'espace de 5 ans sur un nombre total de 14 sorties pour cette structure. Là-aussi, une étude de ces parcours de sorties s'avèrerait judicieuse pour permettre une réflexion sur l'avancée en âge en RA et sur « l'après RA ».

SYNTHESE INTERMEDIAIRE

A l'issue de cette première approche centrée sur un double regard quantitatif et qualitatif prenant appui sur une méthodologie d'enquête, nous pouvons avancer quelques points clés.

Un périmètre de l'étude centré sur les RA qui n'a pas permis une approche plus approfondie des MR.

Près de 300 personnes (290) accueillies en HU, CHRS et MR sont identifiées comme ayant des troubles psychiques au regard de la définition énoncée pour cette étude (sans pouvoir identifier le degré de la gravité de ces troubles).

L'offre d'hébergement et de logement se distribue sur le territoire régional de façon globalement équitable même si l'offre de places en RA apparait dispersée.

Pourtant les populations visées par ces RA se trouvent prises en compte par les autres composantes du dispositif notamment les MR, où 87 % de la population accueillie ont des troubles psychiques (soit 155 personnes). Ce qui introduit un flou sur la différenciation entre les deux types de structures.

Une proportion surreprésentée d'hommes et un âge plus élevé dans les MR et RA (respectivement 47 et 42 ans) que dans les autres structures (HU 36 et CHRS 35 ans).

Des populations massivement sous protection juridique en MR (72 %) et RA (76 %) avec une reconnaissance au titre du handicap par la CDAPH (MR 79 % et RA 58 %).

Les revenus des personnes les situent dans une certaine précarité. Plus des ¾ des personnes accueillies en MR et RA touchent l'AAH dont une large majorité (95 %) n'a que cette ressource.

Des personnes en RA qui viennent d'un établissement de soins psychiatriques (27 %), d'un logement dans leur famille ou chez des amis (22 %) ou d'un logement personnel (propriétaire ou locataire) (20 %). Et dont la raison de l'entrée en RA est liée à une sortie d'hospitalisation (38 %) et d'un besoin de renforcement de l'accompagnement (29 %).

Outre les difficultés d'origine psychique, des problèmes de santé qui se formulent en RA en termes de « troubles du comportement » (58 %), « état dépressif » (38 %), « problèmes d'addictions » (18 %) ou « troubles alimentaires » (9 %). Sur l'ensemble de la population enquêtée, apparaissent des problèmes de santé divers et importants. Les suivis médicaux sont globalement assurés dans diverses disciplines.

Les difficultés identifiées pour les personnes vivant en RA sont liées aux « incapacités à vivre en logement autonome » (55 %) et à « l'isolement » (51 %).

Les besoins identifiés sont en conséquence liés à une présence sociale, une écoute permettant des échanges et une socialisation (84 %), et un suivi psychiatrique (73 %).

Les évolutions projetées du parcours des personnes en RA font apparaitre un écart dans l'expression des professionnels et celle des locataires. Mais globalement, ce qui est souhaité est un statu-quo et un maintien dans le logement en RA.

Sur les 121 demandes d'admission en RA formulées depuis leur création en 2007, 71 ont été admises (60 %). Pour 68 % d'entre elles, l'hôpital psychiatrique et le CMP étaient à l'origine de la demande. 10 % des demandes issues des familles. 55 % des refus d'admission sont motivés par « l'état de non stabilité de la personne ».

28 sorties sur 71 admissions sont repérées dans les RA depuis leur création. 39 % vers un logement autonome et 25 % vers un EHPAD, ce qui pose la question de l'avancée en âge des locataires. 21 % des personnes ont été réhospitalisées.

III - CONSTATS REALISES A PARTIR DES RENCONTRES AVEC LES ACTEURS DES SECTEURS SOCIAUX, MEDICO-SOCIAUX, SANITAIRES, HEBERGEMENT/LOGEMENT DE LA FRANCHE-COMTE

1. A partir des rencontres avec les professionnels des SIAO

La complexité du secteur du logement et de l'hébergement

De l'avis des personnes extérieures au secteur de l'AHI, tout comme de celles travaillant en son sein d'ailleurs, l'offre d'hébergement / logement présente une structuration particulièrement complexe, qu'il s'agisse de la diversité des mesures existantes (AVDL, expérimentation « logement d'abord », etc.), des types de structures (CHRS, maison relais, CADA, centre d'hébergement d'urgence, FJT, etc.), des types de places (LHSS, HU, chambre conventionnée ALT, etc.), de la variabilité de leur nombre d'une année sur l'autre (+55 % places d'urgence entre 2008 et 2012), des financements (DRJSCS, ARS, CD) etc.

Pourtant, la circulaire du 8 avril 2010 relative au SIAO, en référence à la stratégie nationale de prise en charge des personnes sans abri ou mal logées considérant comme indispensable de replacer la personne au cœur du système, précisait « *se placer du point de vue de l'usager implique de rendre plus simples, plus transparentes et plus équitables les modalités d'accueil dans le dispositif d'hébergement et de favoriser dès que possible l'accès au logement* ». Cette mission complexe par sa souplesse permet cependant d'ajuster l'offre à la diversité des parcours des personnes accueillies.

La fonction des SIAO se traduit ainsi en un «*véritable service public de l'hébergement et de l'accès au logement* » pour « *améliorer l'orientation et la prise en charge des personnes sans abri ou risquant de l'être et de construire des parcours d'insertion adaptés conduisant chaque personne à une amélioration de ses conditions de vie et à son autonomie* ». Les SIAO Uniques (c'est-à-dire un par département traitant conjointement les situations d'urgence et celles dites « d'insertion ») sont désormais installés en Franche-Comté (le dernier ayant réalisé sa fusion 115/Insertion début avril 2015).

Le mode de gestion de ces structures tributaire du type de porteur

Il apparait à l'observation que les modes d'organisation sont variables du fait notamment d'opérateurs différents et de l'impact de facteurs socio historiques des territoires. Par exemple, dans le Jura, l'attache avec le CCAS de Lons-le-Saunier semble centrer l'activité sur cette partie du département « au détriment » du territoire de Saint-Claude. Par ailleurs, le portage par une association avec détachement des acteurs, comme c'est le cas avec l'ASHRA 70 pour le SIAO de Haute-Saône (sachant que le CHRS de l'ASHRA a par ailleurs été repris en gestion par l'UDAF suite à des difficultés de gestion), met en présence des identités professionnelles croisées et génère des discours aux points de vues parfois difficiles à différencier.

Des effets positifs des habitus partenariaux au regard des problématiques territoriales

A l'écoute de ces professionnels au cours des échanges réalisés, il apparait que les différentes spécificités des publics accueillis (augmentation du nombre de demandeurs d'asile dans le Jura, fréquence des addictions à l'alcool et des situations de SDF à Belfort, etc.) et les habitus partenariaux selon les territoires impactent également les fonctionnements des SIAO. Cela est repérable par exemple dans le cadre de participations aux commissions d'orientation, et donc potentiellement sur les orientations elles-mêmes. Par exemple, dans certains territoires, la psychiatrie n'est pas présente aux commissions. C'est le cas notamment dans le Haut-Doubs et à Besançon pour la commission insertion.

Pour autant, une des missions du SIAO étant le soutien à l'accompagnement personnalisé pour veiller à la continuité de la prise en charge tout au long des parcours, leur fonction de coordination dépasse celle des seuls acteurs de la veille sociale, de l'hébergement et du logement. La présence des acteurs de la psychiatrie dans ce cadre est souhaitée pour traiter les questions d'orientation touchant les publics présentant des troubles psychiques. Cette fonction est organisée actuellement mais sa mise en œuvre effective reste très variable selon l'implication des acteurs présents sur les territoires.

Les acteurs de l'AHI et des SIAO en Franche-Comté partagent les constats mentionnés dans la circulaire du 29/03/2012 relative à l'amélioration du fonctionnement des SIAO relevant « *le besoin de renforcement des articulations entre les secteurs de la cohésion sociale, du logement, de la santé, de l'administration pénitentiaire et du droit d'asile, et la nécessité de développer les partenariats avec les collectivités locales, les bailleurs sociaux, les acteurs du logement-insertion, les opérateurs de l'accompagnement social, les secteurs de la santé, de l'administration pénitentiaire et du droit d'asile* ». Ce positionnement est un atout pour faire avancer cette logique de partenariat indispensable pour l'élaboration d'une offre adaptée aux personnes ayant des troubles psychiques, cumulant bien souvent plusieurs vulnérabilités.

Une logique de l'offre et le poids des représentations sociales négatives à l'égard de ces publics impactent un certain nombre d'orientations

Par ailleurs, même si les choses évoluent avec la mise en place de commissions réunissant de nombreux partenaires, le fonctionnement des SIAO se fait au sein de logiques de « *réseau naturel de proximité* », variables d'un territoire à un autre. Cela entretient globalement une logique d'orientation en fonction des places disponibles même s'il est précisé que les personnes ayant des troubles psychiques ne sont pas orientées « par défaut ». De surcroît, les injonctions à « vider » les services de psychiatrie se font aussi fréquemment sans offre suffisante et adéquate d'hébergement/logement adapté pour les personnes qui sortent. Ainsi des personnes avec des problématiques similaires se retrouvent parfois dans des structures dont les accompagnements proposés sont très différents. De plus, tous les SIAO s'accordent à dire que les représentations négatives à l'égard des personnes issues de psychiatrie ou de celles en HU sont encore prégnantes et mettent à mal les orientations en fonction des besoins. Citons par exemple les personnes en HU restant en HU car elles ne sont acceptées nulle part ailleurs, tout comme les orientations issues du Centre Hospitalier de Novillars qui souffrent toujours d'une méfiance des bailleurs.

L'intérêt manifesté par les SIAO pour des outils d'évaluation partagés

Notons également que la structuration encore en cours de l'organisation des SIAO à l'échelle régionale induit l'utilisation d'outils d'évaluation et d'observation différents (diverses grilles d'entretien, suivi sur Excel et/ou sur Progédis et/ou sur le SI SIAO[28], etc.) bien qu'en cours d'harmonisation (grille d'entretien « SIAO Insertion » partagée dans le Doubs, la Haute-Saône et le Territoire de Belfort mais non utilisée dans le Jura par la contrainte d'une fiche de suivi du Conseil Départemental non modifiable). Les SIAO reconnaissent que le Système d'information (SI) SIAO et les outils d'évaluation partagés seraient un plus pour améliorer les orientations mais il reste difficile de changer les pratiques, d'autant que le SI SIAO n'est pas encore fonctionnellement stabilisé au moment de l'étude. Les conditions à réunir pour une utilisation adéquate par l'ensemble des acteurs s'inscrit dans la durée. Précisons aussi que la fonction « observatoire » des SIAO ne semblent pas encore véritablement identifiée, ce qui ne favorise probablement pas la remontée de données des structures vers le SI du SIAO.

Pour autant, les échanges avec les professionnels ont permis de relever que ce SI partagé pourrait largement contribuer à une lecture plus juste et pertinente, d'une part des situations des personnes (situation au moment de la demande vis-à-vis de l'hébergement / logement, vis-à-vis de la famille, l'administration, l'emploi, etc., motif de la demande, etc.), de leur évaluation sociale (antériorité de l'hébergement / logement, etc.) et de leurs besoins (préconisations), et d'autre part de la connaissance de l'offre (public accueilli/accompagné, participation financière des usagers, modalités d'accompagnement, nombre de places occupées/disponibles/fermées etc.). De fait, les orientations en seraient améliorées grâce à ce partage et cette mutualisation des informations. Il apparait en effet à ce jour que les évaluations des niveaux d'autonomie des personnes sont encore trop partielles et la réalité de l'offre parfois peu connue. En complément, les SIAO précisent que les partenariats sur les territoires ne sont pas toujours identifiés et connus de tous. Cela pourrait être mis en œuvre et développé au sein des commissions des SIAO pour faire progresser cette connaissance par tous les acteurs concernés.

Une partie de la population relevant de l'AHI se trouvant à distance de l'offre de logement et d'accompagnement en RA du fait de leur situation

Un certain nombre de caractéristiques et de besoins de la population ayant des troubles psychiques dans l'AHI s'avère proches du descriptif de la population en RA en Franche-Comté, notamment sur les besoins d'accompagnement aux soins psychiatriques, les difficultés liées à l'isolement ou encore le défaut d'autonomie dans certains actes de la vie quotidienne. Trois problématiques sont à prendre en compte :

- celle liée aux troubles psychiques des personnes nécessitant un accompagnement important dans une démarche psychothérapeutique,
- celle liée à l'isolement appelant un accompagnement vers une reconnaissance sociale,
- celle liée au défaut d'autonomie nécessitant un accompagnement dans des démarches d'insertion.

[28] Le « SI SIAO » est un système d'information visant à centraliser, pour chaque structure de l'AHI, les données sur les situations des personnes et sur l'offre existante dans le but de disposer, en temps réel, d'une lecture la plus exacte possible des besoins et des solutions possibles.

Notons cependant que pour une partie de la population « marginalisée » présente dans l'AHI, pour qui l'offre en RA pourrait s'avérer opportune, certaines des caractéristiques de leur situation actuelle vont les situer de manière trop éloignée des spécificités de l'offre RA. Les violences sur autrui, les addictions, mais aussi l'habitude de vie « à la rue » peuvent en effet freiner son accès à la RA dans ce qu'elle comporte de dimension de vie semi-collective et de préservation de la stabilité du groupe. La condition d'adhésion de la personne au fonctionnement de la RA étant *sinequanone* à son accueil, les problématiques périphériques aux troubles psychiques sont fondamentales à prendre en compte pour s'assurer du bien fondé de l'orientation et de la préparation en amont de cet accueil.

Une problématique de l'avancée en âge à anticiper

L'ensemble des acteurs rencontrés ont également mentionné la problématique de l'avancée en âge de la population étudiée et de l'absence d'offre adéquate au sortir des dispositifs de l'AHI. En MR et RA, la pyramide des âges d'ici à 10 ans dessine une tendance en progression, à considérer du fait de ses incidences en termes de prise en charge de personnes qui, rappelons le, vivent dans des situations financières précaires. Elles bénéficient pourtant dans ces dispositifs d'un logement durable puisqu'elles peuvent y rester sans limitation de durée mais, la question du possible besoin d'évolution de l'offre d'accompagnement de la population dans ce type de logement, pour répondre aux problématiques liées à la question de l'avancée en âge des résidents, reste entière.

Ont été mentionnés notamment des adultes de plus de 60 ans sortants de CHRS, trop dépendants pour aller en MR ou ne trouvant pas de places en MAS/FAM du fait de l'offre saturée ou pour lesquels cette offre n'est pas appropriée. Mais aussi des personnes vieillissantes en RA pour lesquelles l'accompagnement est parfois insuffisant du fait de nouvelles dépendances liées à l'âge.

Une logique de sortie vers d'autres solutions est à envisager (accès au logement indépendant) et sous entend dès lors une adaptation des parcours résidentiels.

Cela met en perspective, d'une part des besoins d'évolution des structures quant aux ouvrages d'architecture, aucune des RA n'étant accessible aux personnes à mobilité réduite à l'heure actuelle, et aux missions d'autre part en termes d'incidences sur les activités, sur les besoins médicaux et en conséquence, sur la formation des hôtes.

L'émergence d'un nouveau public composé de jeunes issus du secteur médico-social (IME,ITEP)

Cette problématique est constatée au sein de l'AHI engageant au développement d'un principe de transversalité entre les secteurs pour favoriser des orientations adéquates en direction de jeunes sortis de dispositifs médico-sociaux (notamment IME, ITEP) pour lesquels l'offre en CHRS ne correspond pas nécessairement à leur situation, et qui en conséquence, peuvent se retrouver à la rue.

Dans ce contexte complexe marqué par le croisement de logiques sectorielles, il s'agit d'interroger précisément l'offre des résidences accueil pour les personnes ayant des troubles psychiques et plus largement sur l'accompagnement vers et dans le logement de cette population précise à toutes les étapes des parcours et donc potentiellement dans le maillage des dispositifs existants.

2. A partir des rencontres avec les partenaires (réels ou potentiels) des résidences accueil

Des acteurs des champs social, médico-social, sanitaire, hébergement/logement et des plateformes de coordination en psychiatrie et santé mentale, qui prennent part (ou qui pourraient prendre part) au développement des RA ou à l'accompagnement des personnes accueillies ont été sollicités dans le cadre de cette étude ainsi que des représentants d'associations « d'usagers ». A l'instar des rencontres avec les SIAO, ces entretiens ont permis de dégager un certain nombre de constats souvent partagés et des axes de développement à appréhender plus finement dans la perspective de l'amélioration ou la création de dispositif RA et plus largement de la montée en charge de besoins en logements adaptés et d'accompagner des parcours.

Il ressort notamment les constats classés en 3 thématiques :

Thématique N° 1 : La connaissance des acteurs

Des partenaires qui se connaissent sur un territoire en regard de situations individuelles… mais un cloisonnement et une méconnaissance de l'offre dans une dimension plus globale.

Actuellement, des liens opérants existent entre les différents acteurs pour tendre vers un accompagnement global des personnes en situation de précarité ou d'exclusion et ayant des troubles psychiques. Cependant, ils prennent forme généralement en référence à une situation précise (un parcours singulier), et non dans le cadre d'une réflexion générale (réseau identifié), ou relèvent encore aussi trop souvent de fonctionnement de personne à personne.

Concernant les liens avec le secteur de la psychiatrie, des initiatives sont mises en œuvre, notamment au travers des plateformes de coordination en psychiatrie et santé mentale, mais aussi de l'Atelier Santé Proximité[29] à Besançon par exemple, mais, selon les territoires, des renforcements encore importants sont à opérer pour favoriser la connaissance et la compréhension mutuelle des différents acteurs. Ou encore le Conseil local de santé mentale mis en œuvre sur Lons-le-Saunier (cf ci-après).

<u>L'amélioration de l'interconnaissance avec la psychiatrie soulignée par les acteurs du social et du médico-social</u>

Les partenaires des secteurs social et médico-social s'accordent à dire que les choses évoluent dans l'interconnaissance avec la psychiatrie même si des divergences fondamentales dans la vision de la prise en charge/l'accompagnement constituent toujours des points d'achoppement dans l'amélioration de l'étayage à apporter sur les questions d'hébergement/logement. A Pontarlier, par exemple, le développement de la résidence accueil semble s'être fait en « bonne intelligence » avec le CH et le partenariat avec le CMP fonctionne bien. Soulignons à ce propos que les liens avec les CMP sont tout à fait opérants pour les autres RA. Pour certains autres acteurs (comme l'UDAF par exemple) les sorties d'HP ne sont pas suffisamment accompagnées. Certains représentants des familles pointent aussi avec la création de RA émanant de la psychiatrie un risque de voir réapparaitre une logique de filière HP.

[29] L'Atelier de Santé de Proximité est constitué d'une équipe de 3 infirmiers psychiatriques, détachés du centre hospitalier spécialisé de Novillars, et intervenant auprès des publics dans des lieux de proximité : la rue, CHRS, etc.

Thématique N° 2 : Connaissance de l'offre et des ressources disponibles

Une méconnaissance réciproque des dispositifs par les acteurs du logement et du social a été constatée et soulignée par les professionnels rencontrés.

Du côté du logement et du social, il semble que de nombreux dispositifs ne soient pas connus ou méconnus des différents acteurs. Cela ressort dans leurs propos mais aussi dans les interactions opérées au cours des rencontres, même si nombre d'entre eux se connaissaient en amont. Ainsi apparait une méconnaissance des résidences accueil, de leurs fonctions et organisation, qui a pour conséquence une indifférenciation avec les Maisons Relais. Notons par ailleurs que les plateformes, elles-aussi, ne sont pas ou peu identifiées par certains des acteurs. Par exemple, les liens entre plateforme et MDPH ne sont pas effectifs.

Des actions et des initiatives locales perçues positivement mais insuffisamment repérées. De nombreuses initiatives tout à fait intéressantes demanderaient à être mieux repérées pour étudier la pertinence de leur déploiement.

- Ainsi, le **Conseil Local de Santé Mentale** fonctionnant à Lons-le-Saunier est perçu très positivement par les professionnels concernés. Il réunit une fois par trimestre des psychiatres du CH de St Ylie, le SPIP, des bailleurs, l'UNAFAM, des services de soins à domicile, la MDPH, le CCAS de Lons Le Saunier, des SAMSAH / SAVS, etc.. Il a pour objectif de favoriser le développement d'une approche partagée, d'une confiance mutuelle entre les acteurs, et de fluidifier le parcours des personnes.
  Un projet de développement sur Dole est en cours mais non opérant au moment de l'enquête.

- C'est le cas aussi de **l'Atelier Santé Mentale** de Besançon qui semble apporter une réponse concrète et utile aux acteurs pour étudier les situations complexes avec une approche multi sectorielle. Il ne concerne à ce jour que l'agglomération bisontine alors que d'autres territoires auraient tout autant besoin de ce même type de temps de concertation afin d'élaborer et de mettre en œuvre des espaces collaboratifs. Cette instance du CCAS qui se réunit avec des psychiatres, bailleurs, maisons de quartier, etc., vise à améliorer les interconnaissances entres acteurs, à analyser des situations complexes, et à développer une culture de travail partagé.

- De même, le **dispositif « d'accompagnement santé individualisé »** mis en place par l'IREPS pour des personnes en souffrance psychique ayant des difficultés à tenir compte de l'importance de leur état de santé apparait également comme peu identifié dans le réseau des acteurs. Cela tient probablement à la fonction de cet organisme se situant à l'interface du social, médico-social, sanitaire ?....

  Les **actions de sensibilisation au handicap psychique** mises en œuvre par la MDPH 90 et l'UNAFAM auprès des agents d'accueil du bailleur « Territoire Habitat 90 » et des employés de quartier semblent bien fonctionner mais sont également méconnues de certains acteurs.

Les initiatives et idées sont donc multiples et prennent appui sur des initiatives locales. Elles apparaissent au regard des acteurs rencontrés comme pertinentes, mais la difficulté réside bien souvent dans la communication partielle qui en est faite et leur foisonnement brouillant parfois le message. Un des acteurs (du logement) précise également que la démultiplication des espaces et des temps de concertation et coopérations deviennent chronophage pour les parties prenantes.

- La mise en œuvre d'un annuaire permettant d'identifier ces initiatives est évoquée.

Thématique N° 3 : Coordination des dispositifs d'orientation et coopération des acteurs

Un cloisonnement entre les secteurs (social, médico-social, sanitaire et logement) qui limite la nécessaire fluidification des parcours.

Les échanges avec les professionnels ont montré combien les parcours des personnes en situation de précarité ayant des troubles psychiques sont encore souvent considérés de manière cloisonnée même si des coopérations prennent forme pour fluidifier les parcours. De même, les « sorties sèches » restent encore fréquentes (pour exemple, au SIAO du Doubs, en 2014, 13 personnes *a minima* – données incomplètes car non systématiquement connues des professionnels - étaient sortantes de structures médico-sociales et formulaient une demande d'hébergement/logement à la commission Insertion du SIAO). Le cas est aussi récurent pour les personnes sous main de justice, qui sont doublement affectées car cumulant des troubles psychiques et la « stigmatisation du détenu », alors que le besoin de logement est considérable. Sur Montbéliard, la plupart de ces personnes sont hébergées en CHRS ou dans leur famille et l'accès au logement accompagné ou autonome reste rare. Soulignons également que la contrainte pénale issue de la récente « loi TAUBIRA », amenant le SPIP à évaluer sur 3 mois l'ensemble des problématiques des personnes pour proposer ensuite des modalités de suivi au juge va nécessiter le développement d'un travail partenarial inter institutionnel et conduira forcément à traiter de la question du logement.

Des initiatives locales de décloisonnement

Cependant, cela a déjà été évoqué par plusieurs exemples, des initiatives se font jour sur certains territoires avec une volonté de décloisonnement. Celles-ci sont pensées, élaborées, mises en œuvre et évaluées à partir du repérage des besoins de proximité, mais demandent d'être reconnues, accompagnées et valorisées par les pouvoirs publics.

L'inexistence de liens entre SIAO et MDPH lors de sortie d'ESMS en vue d'une orientation en RA

Concernant les sorties d'ESMS, les liens entre SIAO et MDPH sur les besoins des personnes et sur les orientations respectivement prononcées sont pour l'instant inexistants alors même que certains sont interdépendants. En effet, l'orientation en RA est décidée par la commission du SIAO, mais l'attribution d'une place en SAVS ou SAMSAH l'est par la MDPH, ce qui est bien souvent une nécessité pour qu'une personne puisse habiter en RA en référence à ses besoins d'aide. De même, des échanges plus

fréquents entre les deux organisations pourraient permettre d'identifier les éventuels non recours (au SAVS par exemple) et ainsi permettre d'alerter les professionnels référents dans le logement sur ce non accompagnement. Ceci devrait favoriser plus rapidement des mesures correctives face ce genre de situation de fragilité des personnes accueillies et prévenir les situations de « crise ».

Un déficit d'accompagnement pour des personnes vivant dans un logement « autonome » selon les professionnels

Concernant les liens entre la psychiatrie et le logement « autonome », les partenaires indiquent que les sorties se font maintenant plutôt facilement (voire trop facilement dans le contexte de suppression de lits de psychiatrie) et sont insuffisamment accompagnées d'après les acteurs du logement et du médico-social. Dès lors, elles conduisent régulièrement à des situations d'échecs et ruptures successives de parcours. Un des SAVS rencontrés estime qu'un quart des personnes suivies par le service serait même en danger dans leur logement « autonome » même si suivies aussi en CMP. Il est soulevé qu'un suivi en CMP n'est pas toujours suffisant lors des sorties de service de psychiatrie dans un logement indépendant pour certaines personnes. Cela pose la question du ou des accompagnements (social et/ou médico-social) complémentaires à mettre en place lorsque les personnes n'intègrent pas une résidence accueil.

Un plus grand partage d'informations souhaité par certains acteurs

Il apparait que la circulation de l'information dont dispose chacun des acteurs, variable selon la place qu'ils occupent dans l'accompagnement, est souvent relative entre les différents secteurs et constitue parfois un frein pour appréhender au mieux les situations et prévenir de possibles réponses inadaptées. C'est le cas notamment de l'information détenue en psychiatrie, dans les CSAPA ou dans les SPIP mais inconnue des SAVS ou des bailleurs. Or, afin de proposer par exemple le logement le plus adéquat possible (au RDC, dans un environnement socialisant, etc.) le bailleur souhaiterait disposer parfois de davantage d'informations. De même, pour anticiper au mieux le projet d'accompagnement de la personne, des structures d'accueil souhaiteraient disposer d'informations sur la nature des addictions.

Comme explicité précédemment, les acteurs peuvent être potentiellement nombreux autour de la population concernée. L'information sur leurs actions n'est pas toujours lisible et ne fait pas non plus l'objet d'une communication partagée. Par ailleurs, les acteurs précisent que les articulations se font parfois selon des volontés individuelles qui, par définition, peuvent facilement s'affaiblir. Cette situation a été relevée par un SAMSAH exprimant la nécessité de formaliser une convention avec le bailleur de son territoire d'intervention pour mieux organiser l'accompagnement à domicile des personnes. Cela concerne, notamment, les liens qui s'opèrent entre les IDE et les gardiens d'immeuble, avec une crainte de voir s'appauvrir, à défaut de conventionnement, les bonnes pratiques en cas de changement d'interlocuteurs.

Prenons un autre exemple, une expérience montbéliardaise qui, grâce à des bureaux partagés, permet au SAMSAH et au CMP d'organiser les passages au domicile des personnes en fonction d'un seul et même planning par personne accompagnée. En travaillant à cette articulation, les professionnels indiquent que cela permet notamment de lutter contre l'isolement de la personne qui, à différents moments de la journée, va pouvoir être accompagnée. Dans ce cas précis, la situation est facilitée par des bureaux communs mais ce genre de fluidification dans les parcours pourrait tout à fait être envisagé avec un système d'information coordonné.

Cette disposition est valable également en RA, car même si, dans certaines résidences, les temps collectifs sont obligatoires, les résidents peuvent s'isoler et ces articulations entre secteurs restent essentielles.

Les échanges avec les professionnels ont permis de relever que de nombreuses conventions existent avec divers secteurs, notamment entre la psychiatrie et des organismes gestionnaires médico-sociaux, en particulier pour la mise à disposition de personnels (psychiatre, infirmière, etc.). Mais en y regardant de plus près, il s'avère que nombre d'entre elles, tout secteur confondu, ne sont pas opérantes car obsolètes.

<u>Le peu de conventions des RA avec les services médico-sociaux (SAVS ou SAMSAH)</u>

Dans la note d'information relative à la mise en place des RA, il est fait mention de la nécessité de « *formaliser le triple partenariat résidence / équipe de secteur psychiatrique / service d'accompagnement social ou médico-social, par le biais de convention* ». Le conventionnement avec le secteur psychiatrique est systématique mais la réalité est quelque peu différente concernant celui avec un SAVS ou SAMSAH. Cette situation s'explique d'abord par l'absence de ressource au sein du territoire. Mais également par exemple par l'existence de divergences entre directions mettant à mal le partenariat devenant ainsi inopérant ou encore par l'absence de places dans ces services. Il arrive alors, qu'à défaut, d'autres partenariats soient mis en place pour pallier la situation mais ne répondant pas entièrement au besoin initial, tout en apportant parfois d'autres réponses périphériques intéressantes. Dans d'autres cas, ce sont les hôtes qui pallient le besoin non couvert et s'en habituent. Notons qu'il existe aussi des initiatives de convention avec un GEM par exemple dans sa dimension socialisante et de connaissance mutuelle appropriée aux besoins des usagers ou encore avec un CSAPA compte tenu des problématiques d'addiction plus marquées sur certains bassins.

<u>Des partenariats rendus difficiles par les distances géographiques dans certains territoires</u> isolés (St Claude, Morteau, Pontarlier, etc.)

Selon les partenaires, les professionnels des SIAO et des structures d'accueil elles-mêmes, la problématique des zones isolées car éloignées des ressources en psychiatrie, en accompagnement médico-social et en hébergement/logement, pose la question de l'absence ou la rareté des moyens pour intervenir sur ces territoires nécessitant des déplacements importants. C'est le cas notamment sur la RA de St Claude pour laquelle un projet de convention est en cours avec le SAMSAH UGECAM de

Lons-le-Saunier mais avec une problématique de la distance qui reste entière. De surcroît, une RA sur cette zone ou encore celle de Pontarlier (dans une moindre mesure) se situe également loin du service de psychiatrie du Centre Hospitalier et, en cas de situations de crises, se trouve être celle la moins dotée en ETP « hôte » et en offre de partenaires. Ces RA subissent dès lors de multiples freins dans l'accompagnement des résidents vivant, de surcroit sur des territoires économiquement faibles. Tous ces éléments interrogent l'accès aux soins et les perspectives d'insertion et de vie sociale de la population en question.

Compte tenu des inégalités en terme d'offre de logement accompagné et d'un maillage partenarial difficile à construire, des partenaires rappellent que, dans certains cas, apporter la réponse adaptée au besoin d'une personne, nécessite d'en arriver parfois à son déménagement… ou, si elle ne le veut pas, de se contenter d'une réponse de proximité mais inadaptée.

Le poids des représentations sociales négatives à l'égard des personnes relevant de la psychiatrie

Cette préoccupation est également centrale dans le discours des acteurs rencontrés. Là aussi, des améliorations se font jour mais il est constaté que nombreux sont encore les bailleurs très réticents vis-à-vis des personnes sortant d'un service de psychiatrie ou de la rue. Cela, alors même que les problèmes viennent bien plus souvent de personnes sans troubles psychiques. De même, les services de sécurité (Gendarmerie, Pompiers, etc.) sont très coopérants mais, dans certains cas, vont recourir à l'hospitalisation d'urgence sans nécessairement inter agir en amont avec les personnes ressources pour envisager une solution plus appropriée. Il est relevé que les ruptures de traitement, conduisant parfois à des situations de crises, pourraient parfois être gérées différemment, se faisant davantage en concertation et par anticipation, pour éviter des ré hospitalisations systématiques.

Ces « *a priori* » sur les personnes ayant des troubles « psy » impactent considérablement l'implantation des résidences accueil. Les démarches en amont avec les communes et bailleurs nécessitent une durée de négociation particulièrement longue pour convaincre de l'installation d'une RA mais aussi pour choisir l'emplacement. Il n'est pas exceptionnel de voir suggérer par des Maires la proposition de terrain de construction isolé, en périphérie de la ville, dans un ensemble social déjà stigmatisé, souvent dans des quartiers de la politique de la ville. Cela témoigne également d'un manque de sensibilisation du grand public sur les questions de santé mentale.

Pour pallier ces représentations sociales préjudiciables, l'une des RA participe au Groupe de Régularisation Sociale du Quartier de la commune, une autre développe des projets en partenariat avec une école de quartier, une 3ème a communiqué dans le journal local lors de sa création. Mais tous ces acteurs partenaires s'accordent à dire qu'un travail de longue haleine reste à faire alors même que ces dispositifs sont inscrits, rappelons le, dans le droit commun (Code de la construction et de l'habitat). Ces constats confirment ceux exprimés lors des entretiens avec les SIAO.

3. A partir des rencontres avec les résidences accueil

Les entretiens avec l'ensemble des résidences accueil ont conduit aux constats suivants :

Les différentes spécificités de fonctionnements des RA sont explicitement issues de leur condition de création et des particularités de leur implantation territoriale :

- RA de Dole issue du CH de St Ylie ou RA de Valentigney issue du CH de St Rémy contribuant à libérer des places en psychiatrie et/ou apporter des solutions d'aval à certaines situations d'hospitalisation en psychiatrie,
- RA de Pontarlier issue de l'APAT créée en 1974 par des chefs d'entreprises pour des travailleurs vivant dans des résidences pour travailleurs,
- RA de St Claude créée par l'UDAF qui n'a pas fait le choix d'une implantation dans la ville.

De ce fait, chaque RA bénéficie d'avantages comme d'inconvénients liés à l'histoire de sa création.

La mise en place de comité de suivi pour décider des admissions dans certaines RA

Nous avons relevé que si toutes les orientations en RA sont décidées en commission du SIAO, certaines RA mettent en place en complément un comité de suivi réunissant différents partenaires (CSAPA, CMP, MR, etc.) pour décider des admissions.

La fonction d'hôte occupée par des professionnels aux profils très différents

L'accompagnement au sein des résidences accueil est réalisé par des professionnels aux profils différents (AMP, administratif, moniteur éducateur, CESF). Cela « colore » probablement la manière d'occuper la fonction en elle-même au même titre que la genèse de la création de la RA a pu le faire.

Un accompagnement par l'hôte apportant satisfaction aux résidents, une présence plus importante souhaitée par ces derniers

Dans tous les cas, l'hôte occupe une place centrale à travers sa présence relationnelle, organisationnelle et son excellente connaissance des résidents. Par son appréhension plus aisée des changements de comportements des résidents, il peut ainsi identifier plus facilement les éventuelles ruptures médicamenteuses. A partir de l'ensemble des échanges avec les partenaires travaillant avec des RA, mais aussi d'après les témoignages recueillis auprès des résidents eux-mêmes, il apparait globalement que le dispositif proposé actuellement apporte satisfaction aux résidents et est jugé pertinent et nécessaire.

Il ressort cependant de la part de l'ensemble des personnes interrogées un manque conséquent de temps de personnel « hôte » pour mener à bien les différentes tâches incombant à cette fonction.

Le besoin de dialogue, d'activités socio culturelles des résidents est important (84 % des 55 locataires en RA l'expriment). Pour y répondre, les RA montrent une réelle volonté d'ouverture vers l'extérieur laquelle est souvent mise à mal faute de temps suffisant à consacrer à cette ingénierie du fait des priorités à l'accompagnement des résidents dans les activités et démarches quotidiennes. Des initiatives existent dont nous relevons quelques illustrations : la fabrication d'une fresque pendant plusieurs mois pour une école à Dole, le développement des liens avec la Maison Pour Tous à Pontarlier. Cependant, compte tenu des besoins exprimés par les locataires, une articulation plus explicite entre activités et projet thérapeutique favoriserait une inclusion sociale plus grande.

Bien que ne relevant pas de la loi 2002-2, certaines RA développent une « *logique à projet* » avec les résidents. Les hôtes soulignent le manque de temps pour mettre en œuvre cette procédure de travail. Dans l'une des RA, l'appropriation de certains outils de la loi 2002-2 (projet personnalisé, évaluation interne) ont été mis en œuvre en mutualisant les moyens avec ceux du dispositif social et médico-social d'ensemble dans lequel elle s'inscrit.

Le besoin de formation des hôtes, d'espace d'analyse de la pratique et/ou d'un psychiatre référent

Certains des hôtes expriment clairement des besoins de formations sur des thématiques précises (conduite d'entretien avec les résidents, liens avec les familles, etc.) et plusieurs mentionnent un besoin conséquent d'échange de la pratique/analyse de la pratique, voire d'un étayage par un psychiatre référent. Certains d'entre eux se sentent isolés dans leur fonction, voire peu écoutés dans leur connaissance des résidents par l'organisme gestionnaire auquel ils sont rattachés ou des partenaires médicaux.

Le recours à un psychiatre référent pouvant permettre de résoudre ponctuellement des situations complexes de vie quotidienne avec certains résidents a été suggéré.

Dans la même idée, la mise en réseau à l'échelon régional des acteurs des MA est un souhait exprimé par les acteurs de ces structures.

En effet, s'est exprimée cette impression de « faire avec les moyens du bord », de même que des difficultés à aller au-delà en termes d'amélioration des accompagnements des résidents. Les activités semblent être peu organisées avec une visée psycho-thérapeutique. En effet, même si des initiatives existent pour ouvrir davantage la RA sur l'environnement extérieur, nombreuses sont les activités organisées le plus souvent en interne. Rappelons que, pour la population concernée, l'ouverture vers l'extérieur dans une logique d'inclusion dans l'environnement social est un travail de longue haleine.

Un déficit de formalisation des coopérations avec les partenaires

Si les partenariats sont mis en place avec la psychiatrie par le biais d'une convention avec les CMP, cela existe rarement avec d'autres structures sociales, médico-sociales, voire sanitaires avec lesquelles des coopérations régulières sont engagées. Les liens se sont construits selon les besoins, au cas par cas, et au cours du temps et des situations, y compris avec des acteurs extérieurs, au regard de situations individuelles : livraison de repas, services à domicile (aide au ménage, courses), CSAPA, SPIP, Gendarmerie, jardins partagés de la commune, GEM, IREPS, etc.

Certains se distendent pour des raisons liées à l'organisation (cas du GEM de l'ASMH à St Claude), de « personnes » à certaines fonctions (cas du SAVS de l'ADAPEI à Pontarlier), d'inadaptation dans l'évolution (cas du service social de St Claude) ou par manque de places (SAVS/SAMSAH) pour conduire certains suivis.

Une des RA mentionne que la mutualisation d'un poste de Travailleur Social transversal développant une fonction de coordination pour faire le lien avec les services sociaux extérieurs et répondre à certains besoins (prévention de risques, etc.) donne satisfaction. Cette proposition serait à approfondir afin de pallier le manque de temps des hôtes pour mener à bien leurs diverses missions.

La mise en place d'instances de concertation de type CVS avec les personnes accueillies

L'ensemble des RA a mis en place des espaces de concertation de type CVS avec les résidents. Ils prennent des formes diverses, traitent de sujets variés et sont plus ou moins fréquents. Pour certains, ils auront lieu tous les 15 jours permettant de faire le point sur la vie de la résidence, les activités programmées, les projets de départs des résidents ; pour d'autres, ils sont davantage utilisés pour parler des projets de voyages, les autres questions étant traitées au fil de l'eau.

Une rotation réduite des places de RA

Comme indiqué précédemment, rappelons également que le « turn-over » des accueils de résidents est faible (plusieurs résidents sont là depuis la création). Cela correspond à la mission première d'offre d'un logement qui peut être définitif. Cela interroge, dès lors, la disponibilité de places pour de nouveaux accueils.

Des inégalités d'accès aux RA du fait de l'éloignement géographique des ressources

L'approche cartographique et les divers entretiens avec les acteurs ont permis d'identifier des ressources peu accessibles ou dans certains cas inexistantes (zones montagneuses et/ou rurales éloignées de la ressource).

IV - PRECONISATIONS

Au regard des données traitées, des informations recueillies au cours des rencontres, des constats réalisés se dégagent des pistes d'évolution du dispositif d'accueil centré sur les résidences d'accueil et les populations concernées.

Ces préconisations peuvent se décliner en plusieurs niveaux prenant en compte la complexité[30] des liens présents dans l'accompagnement des personnes porteuses de troubles psychiques :

1. En termes de création de places en RA
2. En termes d'orientation et d'accompagnement
3. En termes de professionnalisation des acteurs
4. En termes de développement d'espaces collaboratifs (partenariats)
5. En termes de politique sociale

1. En termes de création de places en RA

Etudier l'opportunité de création de places de RA au regard des besoins multiples repérés

L'analyse quantitative de la population ayant des troubles psychiques dans l'AHI et les échanges avec les différents acteurs sur les besoins des personnes et sur les réponses apportées par les RA conduisent à identifier un besoin en termes de places[31].

Les RA, de même que les maisons relais, se caractérisant par le fait d'être un habitat durable, les personnes accueillies ne sont pas contraintes par la nécessité de se projeter pour une date fixée vers un autre type de logement. Cet état de fait limite ainsi la rotation des places pour d'éventuels nouveaux candidats d'où le besoin de places qui se fait sentir.

A partir de l'enquête réalisée sur la population en Franche-Comté, il ressort, en HU et pour les personnes présentant des troubles psychiques, que pour 24 % des 29 professionnels répondants, une évolution serait souhaitable vers un CHRS et pour 21 % en RA[32]. A noter l'interdépendance des offres dans le secteur de l'AHI qui a mis en évidence que plus il y aura d'offres moins il y aura de rotation.

Qu'il s'agisse de création ou de transformation de places, sur la base de la population étudiée et, afin d'initier la réflexion sur une estimation du besoin de places, plusieurs hypothèses sont proposées.

[30] La notion de complexité fait référence à une approche des divers éléments interactifs présents simultanément dans une situation. Une « situation complexe » se définit comme « *la résultante de l'interaction de trois types de difficultés : l'intrication et la sévérité des altérations organiques et/ou des difficultés sociales rencontrées par les personnes, le caractère problématique d'une évaluation globale et partagée des besoins de la situation, les incapacités ou difficultés constatées par les professionnels de la santé et du social à mettre en œuvre, avec les personnes, une stratégie globale d'intervention partagée sur un territoire de vie donné* ». Cahier des charges des CREAI 2015 circulaire du 24 avril 2015 de la DGCS et CNSA.

[31] Rappelons que le prix/j Etat en RA et MR est de 16€/jour, le prix/j HP de 875€. En CHRS, il dépend de chaque établissement selon l'offre de services de ce dernier, sa localisation, etc., mais en Franche-Comté, il équivaudrait à 3 places RA d'après nos échanges avec la DRJSCS.

[32] Pour rappel, pour 7 des 8 personnes concernées, il s'agit de personnes de l'Armée du Salut de Belfort.

Si l'on considère les personnes en HU/CHRS/MR pour lesquelles, selon les professionnels, une évolution en RA serait souhaitable, cela concernerait 16 personnes (6 en HU, 8 en CHRS, 2 en MR). Mais si l'on tient compte de la méconnaissance de l'offre RA de la part des acteurs soulignée précédemment, il est fort probable que cette estimation se situe en deça de la réalité des besoins.

Dans la population accueillie en HU/CHRS/MR avec un besoin caractérisé de suivi psychiatrique, cela concerne 36 %, soit 104 personnes (dont 33 dans le Doubs, 15 dans le Jura, 40 en Haute-Saône, 16 dans le Territoire de Belfort). Il faudrait étudier plus finement la situation de ces 104 personnes pour en évaluer les répercussions sur les besoins d'un logement de type RA.

Outre les 16 personnes clairement identifiées, il est probable qu'un certain nombre de personnes actuellement en MR pourrait bénéficier d'un dispositif RA. Nous avons vu que cette étape s'inscrit dans un parcours nécessitant une part d'adhésion de la personne accueillie.

Une estimation chiffrée n'est pas aisée, toutefois à partir des éléments de l'enquête, nous avons pu observer que près de 300 personnes vivant en HU, CHRS et MR sont considérées comme ayant un handicap d'origine psychique (au regard de la définition prise pour cette étude). Toutes ces personnes ne relèvent pas, ni ne souhaitent vivre dans une RA, mais si, sous réserve d'une appréciation de leur situation, ne serait-ce que 25 % d'entre elles y étaient orientées (indépendamment de l'offre disponible) ce besoin estimé se situerait à près de 70 places.

Veiller au maintien de structures de dimension « humaine » plus favorables aux apprentissages ou ré apprentissages de la capacité d'«habiter» dans un collectif comme le précisent les textes)

Dans le cas d'ouverture de nouvelles places dans certaines RA, une attention à la conservation d'une structure à taille humaine apparait comme essentielle. Tout d'abord, la notion de priorité donnée à la socialisation des résidents nécessite en effet de pouvoir conserver un groupe de taille restreinte pour pouvoir travailler les temps collectifs dans cette optique ainsi qu'en terme d'apprentissage/ré-apprentissage de la capacité « d'habiter » dans un collectif. Ensuite, comme précisé ci-dessus, les possibles débordements/rechutes des résidents sont plus aisés à contenir dans un groupe limité de personnes. De l'avis des professionnels, le nombre de 12 personnes parait être le plus adapté.

Compléter les éventuelles créations de places de résidences accueil avec la création de places de SAMSAH (ou de SAVS). Cette disposition constitue une condition essentielle à l'étayage médico-social nécessaire à l'accueil en RA conformément aux textes les régissant.

Transformer, en fonction des besoins, des places de MR en RA

Même si actuellement, au regard de la population accueillie en MR, proche de celle en RA sur plusieurs caractéristiques, l'accompagnement semble fonctionner, une analyse plus fine serait nécessaire pour vérifier l'adaptation (ou l'inadaptation) de la réponse offerte aux besoins des personnes accueillies souffrant de troubles psychiques.

Ainsi, sous réserve de mise en place des conventions avec les SAVS ou SAMSAH et les services de psychiatrie, cette disposition permettrait de répondre aux besoins et d'apporter de la souplesse au dispositif RA actuel. Concernant les MR, la logique d'évolution de certaines places, adaptées aux personnes ayant des troubles psychiques, pourrait être tout à fait différente puisque, étant à l'intérieur d'un même dispositif, il pourrait s'agir de conventionner quelques places avec un CMP et un SAVS ou SAMSAH pour répondre aux besoins de certains résidents ayant des troubles psychiques invalidants.

Prendre en compte l'avancée en âge des personnes accueillies

L'ensemble des acteurs rencontrés a mentionné la problématique de l'avancée en âge de la population étudiée et l'absence d'offre adéquate au sortir des dispositifs de l'AHI. En MR et RA, la pyramide des âges d'ici à 10 ans dessine des perspectives démographiques à prendre en considération. Les personnes bénéficient dans ces dispositifs d'un logement durable puisqu'elles peuvent y rester sans limitation de durée mais se pose cependant la question du possible besoin d'évolution de l'accompagnement de la population dans ce type de logement pour répondre aux problématiques liées à l'avancée en âge des résidents.

Cela met en perspective d'une part, les besoins d'évolution des structures sur le plan architectural, dans la mesure où aucune des RA n'est accessible aux personnes à mobilité réduite à l'heure actuelle, et d'autre part, la nécessaire adaptation des missions en direction des plus âgés sur le plan des activités, mais aussi médical. Cette évolution impacte également la formation professionnelle des hôtes notamment.

Une logique de sortie vers d'autres solutions, notamment un accès dans un logement indépendant, est à envisager et sous entend dès lors une adaptation des parcours résidentiels (cf ci-après des dispositifs de transition).

Penser et mettre en oeuvre des dispositifs de transition vers une RA pour les personnes dépendant d'une addiction

Les conduites addictives ont été relevées comme un frein majeur à l'entrée en RA. Dans ce contexte, il est suggéré que d'autres logiques puissent être envisagées en vue d'une admission future, à construire avec les diverses parties prenantes de l'accompagnement social, médico-social et sanitaire et du logement, pour permettre l'accès à un logement privatif dans un cadre de vie semi collectif. Pour cette population identifiée, créer par exemple des espaces et temps de travail à la levée des freins avant la sortie de CHRS, conjuguée à une adaptation progressive à la RA, pourrait être réfléchi. Il serait alors pertinent de construire aussi un travail avec les SIAO pour anticiper des solutions possibles en cas d'une rechute addictive. Par ailleurs, il s'agit de proposer ou maintenir les activités socialisantes, lesquelles dans leur fonction d'animation peuvent contribuer aussi à réduire les pratiques addictives. Les logements diffus implantés dans le tissu social peuvent aussi constituer un étayage pour éviter les éventuels impacts sur les autres résidents de la RA, tout en maintenant la participation à des temps collectifs. A noter que le nombre de sorties de RA vers un logement « autonome » n'est pas négligeable. 11 personnes sur 28 sortantes (39 %) ont accédé à ce type de logement depuis la création des RA en 2007.

2. En termes d'orientation et d'accompagnement

Affirmer l'existence et les missions spécifiques des RA

L'étude montre que par méconnaissance des caractéristiques des RA, une confusion ou une indifférenciation entre MR et RA subsiste parmi les partenaires extérieurs.

Cela se conçoit aisément dans la mesure où les RA sont techniquement rattachées à la règlementation des maisons relais, dont elles sont une expérimentation singulière. En effet, les modalités de fonctionnement et d'accompagnement sont proches avec la présence d'un hôte ou couple d'hôtes ayant pour rôle l'animation et la régulation de la vie quotidienne de la maison, des logements privatifs en appartements dans lesquels les résidents logent et l'organisation d'espaces et de temps communs à tous.

De plus, les données quantitatives fournies ont montré que les caractéristiques des deux populations sont parfois très proches (âge, ressources financières, raison de venue dans la structure, problèmes de santé, suivis médicaux, certaines difficultés comme l'incapacité à vivre en logement autonome… et bien sûr la présence massive en MR de troubles psychiques).

L'enquête a permis de constater cette proximité des publics accueillis : 100% des personnes en RA ont des troubles psychiques, sont suivies en CMP ou par un psychiatre et 75% sont allocataires de l'AAH ; 87% personnes en MR ont des troubles psychiques, 81% sont suivies en CMP ou par un psychiatre et 79% sont allocataires de l'AAH).

Ce constat interroge dès lors, la capacité des MR à répondre de façon appropriée aux personnes ayant des troubles psychiques, alors qu'elles ne bénéficient pas de conventions avec les services de psychiatrie et d'accompagnement à la vie sociale mais aussi au regard des moyens à disposition de l'hôte pour remplir sa mission avec ce public. En conséquence, il devient nécessaire de donner les moyens aux RA de remplir leurs missions spécifiques (par exemple en favorisant la professionnalisation des hôtes …).

Reconnaitre le caractère expérimental de certaines initiatives et en évaluer la pertinence pour leur éventuelle extension. L'idée est soumise par un partenaire, par exemple, d'implanter d'autres structures dans les RA (par exemple un GEM) pour faciliter leur approche par les personnes qui pourraient être accompagnées en leur sein et leur permettre ainsi « d'apprivoiser » les caractéristiques de ce type de logement avec un habitat privatif et des espaces de vie plus collectifs.

Mettre en place une communication adaptée en direction des usagers et de leur famille sur l'offre de logement. Cette démarche pourrait être réalisée avec des représentants des usagers afin de mieux prendre en compte leurs attentes en termes d'informations. Cela contribuerait à rendre l'offre plus lisible pour les personnes concernées, notamment en ce qui concerne les RA.

Mettre en place des «référents de parcours »

Ces référents de parcours occuperaient un rôle d'interface avec les différents acteurs associés à l'accompagnement des personnes. Cette proposition citée à plusieurs reprises dans les échanges avec les professionnels mériterait d'être envisagée. Cela améliorerait le partage d'informations tout en veillant au respect de la confidentialité des informations et au secret professionnel qui demeure une problématique sensible.

Favoriser les accompagnements personnalisés au sein des résidences accueil

Comme indiqué par un des acteurs rencontrés, l'arrivée en RA fait suite bien souvent à un long parcours d'errance entre des étapes en psychiatrie, dans la famille, en hébergement social, à la rue et l'obtention d'une place en RA constitue généralement pour la personne un moment où elle peut enfin se « poser » sans devoir à nouveau faire face à une situation d'urgence, de projection de parcours, de suites, de délais arrivant à termes, etc. Dans un tel contexte, il ne s'agit donc pas d'exiger de la personne une nouvelle formulation de ses projets, ni la forcer à s'inscrire dans une démarche psychothérapeutique ou autre. Pour autant, il apparait indispensable que la structure elle-même pense et mette en œuvre un accompagnement singulier pour chaque résident au-delà d'une activité « d'occupation du temps », tout en proposant des conditions de rencontres afin de réduire leur isolement. Un travail sur les projets personnalisés permettrait aussi de positionner ces derniers au cœur du parcours de la personne, dans le maillage des ressources existantes du territoire.

Développer des outils partagés

La mise en place d'outils partagés par l'ensemble des acteurs concernés par l'AHI leur permettrait de se situer en continu dans la perspective « *d'une démarche d'évaluation et de concertation territoriale* ».[33] Les SIAO étant perçu comme l'un des acteurs essentiels de la mise en place d'outils d'observation pourraient contribuer à cette logique d'acteurs dans une dynamique de réseau.

[33] BARREYRE Jean-Yves, PEINTRE Carole, Guide méthodologique pour une démarche d'évaluation et de concertation territoriale dans le champ de la vulnérabilité, ANCREAI, Juillet 2015, 59 p.

3. En termes de professionnalisation des acteurs

Mettre en place des formations spécifiques notamment sur les problématiques psychiatriques en direction des professionnels du social et du médico-social.

Des formations croisées et transversales que l'on voit se développer pour favoriser une culture commune[34] pourraient être envisagées dans une approche territoriale. Ces dernières sont vivement attendues par les professionnels qui disent devoir faire face à un public aux problématiques multi factorielles de plus en plus complexes à appréhender. Des besoins de formation sur l'intelligibilité des situations et l'accompagnement des personnes avec des troubles psychiques en situation de crise sont notamment exprimés par différents partenaires pour savoir comment agir quand cela se produit (SAMSAH, SAVS, etc). Cela est déjà organisé par exemple entre le service de psychiatrie du CH du Jura et un service d'aide à domicile du territoire.

Ces actions de formation-action pourraient être élargies à l'ensemble des partenaires, notamment les acteurs du logement comme les bailleurs sociaux. Ces dynamiques naissantes ancrées dans des initiatives locales demandent d'être accompagnées par les pouvoirs publics.

Mettre en place des formations en direction des hôtes des RA

La nécessaire professionnalisation des hôtes des RA a été affirmée par les responsables et les équipes.

Au regard des missions complexes confiées et ne faisant pas partie d'une profession identifiée[35], la fonction d'hôte est encore en construction. Ainsi, une réflexion sur cette fonction complexe d'hôte est à conduire afin de la professionnaliser autour de 3 registres d'intervention :

- un registre « relationnel » s'attachant à la présence sociale, avec à l'heure actuelle une très forte demande des résidents de besoins d'échanges plus fréquents avec l'hôte ;
- un registre d'« animation » au sein de la résidence, faisant appel à des qualités d'organisation et techniques de l'hôte, qu'il s'agisse d'accompagnement des résidents dans leurs démarches, de préparation de sorties collectives, de travaux sur les projets personnalisés etc… ; Cette fonction demande une bonne connaissance des ressources de l'environnement ;
- un registre de « coordination avec les partenaires de proximité » en lien avec les problématiques et la diversité des besoins et des aspirations des résidents. Ceci nécessite une bonne connaissance des dispositifs mis en œuvre au sein des politiques publiques (en interne et externe à la RA).

[34] Le réseau des CREAI a déjà expérimenté des formations croisées et transversales dans le champ des jeunes à difficultés multiples ou du handicap psychique.

[35] Le métier d'animateur : quels besoins pour demain en Bourgogne. Résumé de l'enquête DRJSCS septembre 2015

Outre la définition des profils requis pour l'exercice de cette fonction, cela nécessite d'engager une réflexion sur la formation continue à apporter aux hôtes issus de formations initiales et de qualifications diverses (CESF, AMP, ES, ME, juriste). Compte tenu des spécificités pluri dimensionnelles des publics à l'interface de problématiques psychiatriques, sociales et médico-sociales, il importe que les hôtes disposent d'une connaissance des problématiques des publics accueillis (handicap d'origine psychique, alcoolisme, dépression, maladies liées au vieillissement).

A ce titre, le développement de formations transversales avec comme point d'ancrage les troubles psychiques apparaissent comme nécessaire à mettre en œuvre en référence aux problèmes de santé, d'addictions, de communication/socialisation, de gestion du logement, de prévention du suicide et d'insertion professionnelle touchant les personnes vivant dans ces résidences accueil.

Ces actions sous forme de « formations-actions » en direction des hôtes des RA de la région permettraient d'identifier les particularités de la fonction et de construire des repères, des méthodologies partagées et outils professionnels communs.

Compte tenu des équilibres à trouver dans les modalités d'accompagnement (entre l'individuel et le collectif, interface avec les acteurs extérieurs…), les temps de formation sont l'occasion de dégager des pistes de travail pour un positionnement au quotidien avec les résidents (la bonne distance relationnelle, les limites de l'accompagnement et le passage de relais en fonction des situations…) et de contribuer à la résolution de problèmes.

Des temps d'analyse et/ou d'échange de pratiques peuvent également apporter un étayage précieux à ces professionnels confrontés à des situations complexes.

Les professionnels ont exprimé leur intérêt à la mise en lien au plan régional avec leurs collègues hôtes (RA et MR) afin de constituer un réseau professionnel avec des rencontres ou des journées à thème par exemple.

<u>Mettre en place un dispositif d'accès à un psychiatre ou un psychologue lors de situations difficiles</u>

Compte tenu de la situation d'isolement dans laquelle se trouve l'hôte en général, il semble que, lors de moments de tension ou de « crise » avec certains résidents, l'accès à un professionnel (psychiatre ou psychologue) pourrait permettre de lui donner des repères pour dénouer certaines situations difficiles et/ou prendre les « bonnes » décisions sans tarder.

Toutes ces évolutions tendent à rompre l'isolement dans lequel travaillent ces professionnels.

4. En termes de développement d'espaces collaboratifs (partenariats)

Poursuivre les démarches de décloisonnement entre les secteurs favorisant l'interconnaissance tout en respectant la diversité des catégories d'acteurs : cela passe notamment par la mise en œuvre de stages d'immersion permettant par exemple à des professionnels de la psychiatrie de découvrir une MAS ou à des salariés d'ESAT de faire un stage en CMP. Ces pratiques ont récemment montré leurs effets positifs par une meilleure connaissance des partenaires, pour faire évoluer les représentations sociales négatives, améliorer les relations et faciliter les coopérations professionnelles et les espaces collaboratifs.

Formaliser les partenariats par des conventions opérationnelles régulièrement actualisées

Dans une approche plus centrée sur les résidences accueil et les acteurs de terrain en relation directe avec les locataires, il est apparu que les liens avec un SAMSAH ou SAVS n'étaient pas systématiques alors que cette ressource constitue un élément central de la prise en charge de personnes avec troubles psychiques. Cette situation est due soit à l'absence de tel service dans l'environnement, soit au fait d'une absence de proximité ou un changement de personnes qui nécessiterait une réactualisation de conventions anciennes.

La non utilisation d'une ressource entrainant à terme son invisibilité, il est fondamental de revisiter ces conventions dans le sens d'une reconnaissance d'espaces collaboratifs au service de l'accompagnement des résidents. A défaut de partenariats avec les SAVS/SAMSAH, on observe dans certains cas que les hôtes suppléent la réalisation des missions de ces services et finissent par l'internaliser. Cela risque de limiter l'ouverture de la structure et donc des personnes vers l'extérieur mais aussi d'empêcher la pluri professionnalité nécessaire à l'accompagnement des situations complexes rencontrées.

Plus globalement, il est important de penser qu'une RA s'inscrit dans un environnement et qu'elle est une ressource maillée avec une pluralité de réponses ancrées dans des champs divers plus ou moins spécialisés et/ou professionnalisés : santé mentale avec les CMP/CATTP/HJ, médico-sociale avec les SAMSAH/SAVS, mais également les secteurs de la culture et des loisirs (MJC, bénévolat à l'interne comme à l'externe, réalisation d'activités extérieures à la RA à l'initiative des résidents etc.).

En atténuant le marquage spécialisé, un tel maillage permet d'opérer une continuité dans les parcours et d'accompagner une insertion sociale en appui sur l'ensemble des ressources d'un territoire sans faire l'économie d'une réponse spécialisée.

Veiller au renforcement d'une approche pluri-professionnelle des parcours dans l'accompagnement, dans l'hébergement ou dans le maintien dans le logement

Dans une logique d'amélioration de la qualité des accompagnements, et au regard des résultats sur les sorties des résidents (pour rappel, 40 % de sorties vers le logement ordinaire, 25 % en EHPAD, 20% en HP), il apparait aussi essentiel de s'interroger sur les suites précises de ces parcours. A l'heure actuelle, aucun outil de suivi spécifique n'est mis en place pour étudier les parcours de sorties.

Pour autant, une enquête de suivi et une étude plus qualitative de ces derniers constitueraient une ressource intéressante pour :

- améliorer la connaissance des besoins d'accompagnements dans la perspective de sorties vers le logement ordinaire, en créant les conditions d'une meilleure accessibilité avec les acteurs du logement ;
- interroger les raisons de retours en HP et les leviers à travailler pour les prévenir ;
- étudier l'adaptation ou l'inadaptation des sorties en EHPAD et l'éventuel travail d'accompagnement vers d'autres sorties dans les cas d'avancée en âge des résidents.

<u>Organiser une communication sur les partenariats en place permettant de faciliter les coopérations</u> pour la mise en place de réponses adaptées aux parcours des publics

Le manque de lisibilité souligné par les professionnels de l'AHI et des RA en particulier plaide pour le développement d'une communication permettant de mieux identifier les possibles partenariats entre les secteurs, et en conséquence créer les conditions de leur effectivité.

Ces préconisations de développement d'espaces collaboratifs dans une logique de mise en réseau des acteurs nécessitent une organisation à plusieurs niveaux :

- En termes de complémentarité au niveau de l'Etat et de la collectivité (qu'il s'agisse de l'ARS, de la DRJSCS et des DDCSPP, des plateformes de coordination en psychiatrie et santé mentale, SIAO, Conseils Départementaux et MDPH, CLSM, Commune et CCAS, etc.).
- Au niveau des acteurs de terrain (SPIP, association d'usagers, équipe mobile de psychiatrie, SAVS/SAMSAH, CSAPA, bailleurs sociaux, etc.).
- En termes d'outils partagés permettant aux divers acteurs concernés de construire ensemble des approches et projets articulés sur des connaissances elles-mêmes partagées (SI SIAO, grille d'entretien, référent de parcours, etc).
- Sur un plan territorial avec une identification actualisée des ressources (Diagnostic Territorial Partagé) permettant une mise en œuvre coordonnée (liens avec les schémas d'organisation).
- Dans une logique de formation des acteurs reposant sur le principe de la co-construction et du partage, c'est-à-dire des formations-actions, des recherches-actions, journées d'étude, mais aussi groupe d'analyse de la pratique.

Pour cela, des échanges entre acteurs issus de champs d'intervention différents sont à développer pour permettre des liens entre cultures professionnelles différenciées. Tout en bénéficiant des apports d'autres professionnels, ces rencontres permettraient de dégager des points communs et des pratiques complémentaires, mais également de réaffirmer des espaces professionnels mieux identifiés, et donc plus articulables (voir schéma ci-après).

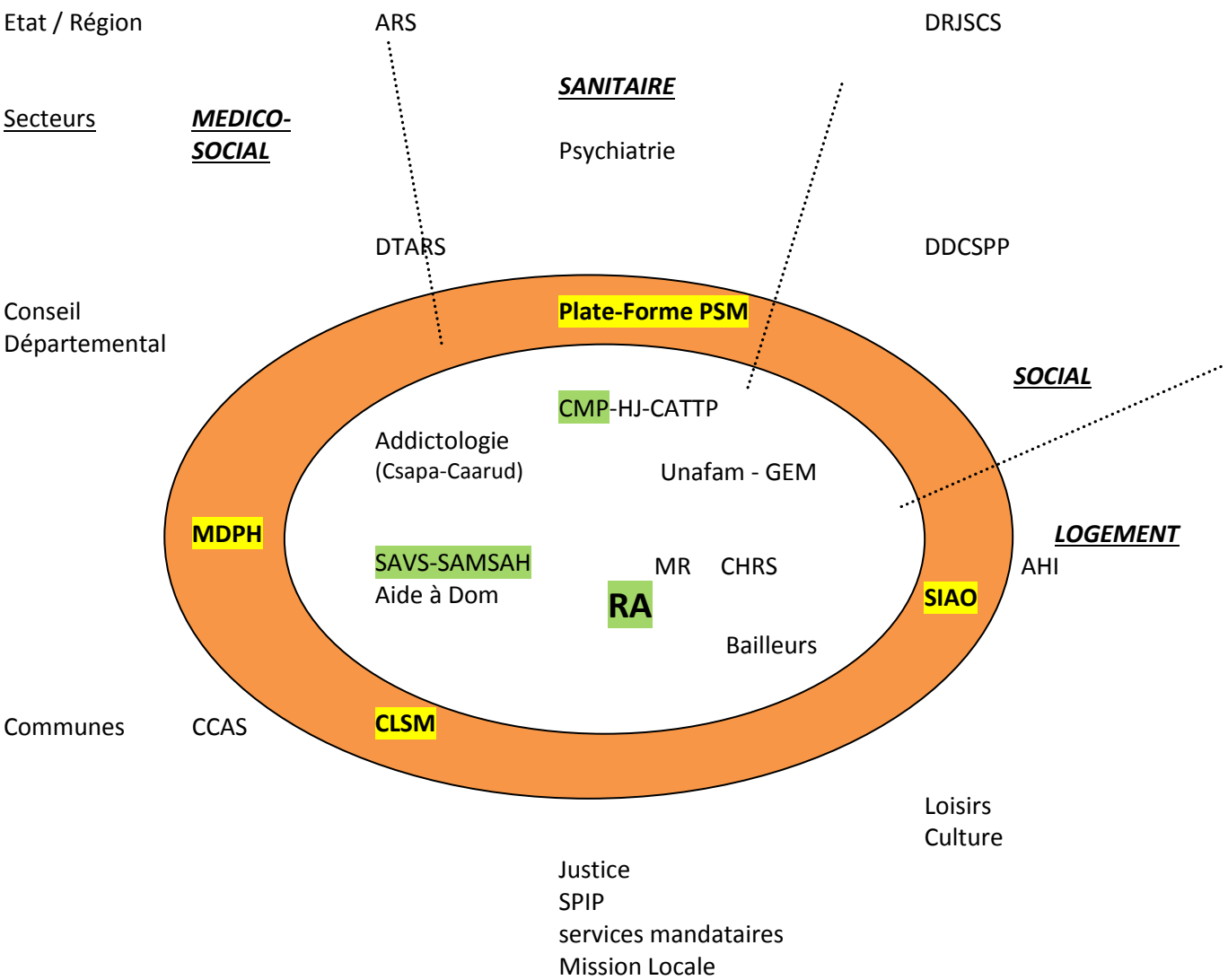
La nécessaire association des usagers concernés

Parmi les acteurs en présence, il est primordial de penser la place des « usagers » eux-mêmes et de leurs associations (GEM, Unafam, …). Les associer à la réflexion et partager avec eux les éléments d'analyse et de décision, créé les conditions d'une meilleure approche de la question du logement des personnes avec troubles mentaux.

Ces orientations rejoignent celles formulées dans le cadre des diagnostics réalisés pour la mise en place des plateformes de coordination en psychiatrie et en santé mentale. L'organisation d'une réflexion plus large et partagée au-delà de la question de la psychiatrie semble souhaitable.

Nous proposons une représentation schématisée des secteurs en présence pour un décloisonnement des ressources et la mise en œuvre d'espaces collaboratifs à différents niveaux :

Les réseaux supports d'espaces collaboratifs dans la rencontre des champs social, médico-social, psychiatrie et logement et leur environnement …



5. En termes de politique sociale

Les préconisations formulées précédemment demandent d'être accompagnées et donc inscrites dans la conduite de politiques publiques basées sur les principes de territorialité, de transversalité professionnelles et sectorielles mettant en avant des parcours accompagnés par des professionnels organisés en réseau collaboratifs. Ceci nécessite de :

- Développer une observation partagée par la mise en place d'un SI permettant une meilleure connaissance des publics et de leurs demandes et une meilleure identification de l'offre disponible. Cette mutualisation d'informations au sein de ce SI partagé permettrait d'améliorer les orientations.
- Organiser une meilleure connaissance des ressources existant sur le territoire pour la gestion de certaines situations de crise. Les professionnels soulignent également qu'au delà de la question de la gestion des « crises », cela induit une réflexion plus large de « l'anticipation des crises ».

Une connaissance fine des ressources potentiellement mobilisables (organisation, procédures…) sur un territoire s'avère être une condition primordiale favorisant la réactivité des professionnels en prise avec une situation de crise.

Etablir une cartographie régionale intersectorielle (par territoire à définir) de l'offre sanitaire, sociale et médico-sociale en direction des professionnels et autres acteurs concernés par la prise en charge et l'accompagnement des personnes souffrant de troubles psychiques ou de handicap d'origine psychique. Cette cartographie devrait permettre d'éclairer les collaborations à tisser dans le secteur du logement. Elle pourrait être complétée par la production d'un annuaire régional actualisé permettant d'appréhender les ressources.

Organiser une communication adaptée sur la santé mentale afin de créer les conditions permettant des liens entre les secteurs, notamment en direction des bailleurs sociaux et des voisinages des résidences accueil. Cet objectif qui vise une évolution des représentations sociales peut être généralisé à l'ensemble des acteurs.

Veiller à l'implantation et à l'inclusion des Résidences accueil dans la cité

L'importance de l'implantation géographique d'une RA sur un territoire est déterminante. Il s'agit notamment de la proximité avec les services de psychiatrie (CATTP, CMP, HJ), les services médico-sociaux (SAVS et SAMSAH), mais aussi avec les équipements et les maisons de quartier et les GEM notamment. Un facteur essentiel à prendre en compte repose donc sur la richesse de l'environnement sanitaire, médico-social et social de la RA. Cela exclut donc de facto une localisation en périphérie des communes, comme cela a pu ou peut être envisagé dans des quartiers sociaux relégués dans des confins abandonnés des villes.

La place de la RA dans la cité apparait aussi en termes de contribution à la destigmatisation des problématiques de santé mentale. Il s'agit ainsi de positionner les RA comme une ressource intégrée au sein d'un dispositif territorialisé permettant une approche dynamique des parcours.

Développer des actions contribuant à faire évoluer les représentations sur la santé mentale en développant un travail conjoint entre les secteurs de psychiatrie et du handicap (ARS, MDPH Conseil Départementaux), mais aussi avec les services sociaux des Communes et les bailleurs sociaux.

SYNTHESE

- Cette première étude sur les besoins en Résidences accueil en Franche-Comté a confirmé qu'un nombre important de personnes souffrant de troubles psychiques invalidants vivent au sein des structures d'accueil de l'AHI (près de 30 % des personnes identifiées par l'enquête représentant elles-mêmes 80 % de la population AHI).

- Outre les questions de santé soulevées dans le cadre de l'accueil, l'hébergement et l'accompagnement de ces personnes vulnérables, le logement constitue une question centrale dont le traitement requiert un dispositif élargi, reposant sur des partenariats structurés, répartis sur les territoires.

- La santé de ces personnes (au sens de l'OMS) nécessite une dynamique d'accompagnement global mobilisant les interventions complémentaires des secteurs de la psychiatrie et du médico-social, mais également le secteur du logement.

- Des formations-actions en direction des acteurs locaux dont les hôtes permettraient de mieux situer et définir la fonction d'hôte, d'en construire des repères et de se doter de méthodologies partagées et d'outils communs.

- Les besoins et attentes de personnes ayant des troubles psychiques vivant en Maison Relais seraient à affiner afin d'identifier la pertinence d'une orientation en Résidence accueil pour certaines d'entre elles.

- Des conventions régulièrement actualisées permettraient de s'assurer de la pertinence et de l'effectivité des partenariats des résidences accueil avec les services de psychiatrie et le secteur médico-social (SAVS, SAMSAH) telles qu'exigées par les textes.

- Une politique territoriale à consolider (DRJSCS et ARS) sur la base d'une observation partagée et d'une mise en réseau des partenaires (espaces collaboratifs).

BIBLIOGRAPHIE

LOGEMENT - VULNERABILITE

ADOMA, Guide des dispositifs d'hébergement, Juillet 2011
http://www.adoma.fr/adoma/Accueil/p-3-Accueil.htm

AGAPSY, Guide des pratiques partagées d'accompagnement vers et dans le logement des personnes souffrant de troubles psychiques, septembre 2012, 79 p plus annexes.
http://www.agapsy.fr/nos-activites-et-projets/logement/logement-et-handicap-psychique-pratiques-d-accompagnement-vers-et-dans-le-logement

BALLAIN René, et coll … L'Etat du mal logement en France, 20ème rapport annuel, Fondation Abbé Pierre pour le logement des défavorisés, 2015

BOURGAREL Sophie, SUZAN Hélène, Quelques nouvelles pratiques d'hébergement des personnes en situation de handicap psychique. Note de repérage. CREAI PACA, à la demande du Conseil Général du Vaucluse, 2013, 19 p.

Les résidents des pensions de famille / maisons relais : Profils, parcours résidentiels et enjeux de l'accompagnement, CREAI Centre, Décembre 2013

Le logement accompagné : l'exemple des maisons relais et des résidences d'accueil, Pluriels n°73, mai 2008, 8p.

Le métier d'animateur : quels besoins pour demain en Bourgogne, Résumé de l'enquête DRJSCS Bourgogne, septembre 2015

Lettre d'information de la DIHAL, hors série n°5, 12 décembre 2012, 4p.

MAINAUD Thierry, Les établissements d'hébergement pour adultes et familles en difficulté sociale (Enquête ES 2008), DREES, Février 2012.
http://www.drees.sante.gouv.fr/les-etablissements-d-hebergement-pour-adultes-et-familles-en-difficulte-sociale-activite-personnel-et-clientele-au-15-decembre-2008,10443.html

PICON Elise, MINET Béatrice, MONNIER-BRABANT Nathalie, LECOUTURIER François (Equation Management), Evaluation des expérimentations : « Résidence accueil » et « Maison Relais – Pension de famille pour personnes vieillissantes », DGCS, Mars 2010, 116 p.
http://www.developpement-durable.gouv.fr/IMG/rapportmars2010maisonsrelais.pdf)

PLIQUET Emmanuel, Plus de 100 000 places d'hébergement pour les personnes en difficulté sociale, DREES, Etudes et résultats n° 916, Avril 2015, 8 p

PLIQUET Emmanuel, L'hébergement social, hors urgence : plus de 81 000 personnes sans logement accueillies en établissements, DREES, Etudes et résultats n° 918, Juin 2015, 8 p

FNARS, « Baromètre 115 », Synthèse hivernale 2013-2014, FNARS, mai 2014

Circulaire n° DGAS/SDA n° 2002-595 du 10 décembre 2002 relative aux maisons relais

Note d'information DGAS/PIA/PHAN no 2006-523 du 16 novembre 2006 relative à la mise en place d'un programme expérimental de résidences accueil pour les personnes en situation de précarité ou d'exclusion, ayant un handicap psychique, (cf PJ - note info RA)

Circulaire n° DGCS/DGALN/DHUP/USH/2010/247 du 19 juillet 2010 relative à l'accompagnement vers et dans le logement

Instruction du 2 juin 2015 relative à la campagne budgétaire du secteur AHI « accueil, hébergement et insertion » pour 2015, Ministère du logement, de l'égalité des territoires et de la ruralité, 2 juin 2015

SANTE MENTALE, PRECARITE, VULNERABILITE et TERRITOIRE

ANAP Intervention à domicile des équipes de psychiatrie - Retour d'expériences – ANAP, 2014
http://www.anap.fr/l-anap/programme-de-travail/detail/actualites/le-retour-dexperience-sur-lintervention-a-domicile-des-equipes-de-psychiatrie/

BARREYRE Jean-Yves, PEINTRE Carole, Guide méthodologique pour une démarche d'évaluation et de concertation territoriale dans le champ de la vulnérabilité, ANCREAI, Juillet 2015, 59 p

FURTOS Jean, LAVAL Christian et coll., RHIZOME, Bulletin national Santé Mentale et précarité, ORSPERE :
- Ambiguïté de l'accompagnement, précarité de la transmission, n° 44, Juillet 2012
- Compétences en humanité précaire et passage de relais, n° 46-47, Décembre 2012
- **Actualité et sens de l'accompagnement au logement, n° 51, Janvier 2014, 71 p**
- Prison, santé mentale et soin, n° 56, avril 2015
- **Des territoires fragmentés : enjeux psychiques et politiques, n° 57, Juillet 2015, 20 p**
- La participation des usagers en santé mentale, (prochain n° en 2015)

Site : www.orspere.fr et http://www.orspere.fr/publications/rhizome/

A la frontière du soin, psychiatrie, précarité et lien social, Revue Empan, n°98, 2015/2.
https://www.cairn.info/revue-empan-2015-2.htm

Les Conseils locaux de santé mentale : Etat des lieux, Centre collaborateur de l'OMS pour la recherche et la formation en santé mentale, Juin 2015, 16 p, www.ccomssantementalelillefrance.org

FNARS, Précarité et santé mentale, Repères et bonnes pratiques, FNARS, 2010, 128 p

Conseil National des politiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale, Recommandations pour améliorer la participation des personnes en situation de pauvreté et d'exclusion à l'élaboration, à la mise en œuvre et à l'évaluation des politiques publiques, Rapport du groupe de travail du CNLE, 17 octobre 2011, 57 p

La bientraitance : Définition et repères pour une mise en œuvre, Recommandations de bonnes pratiques professionnelles, ANESM, juin 2008, 48 p

Conseil consultatif des personnes accueillies et accompagnées (CCPA), *Bilan 2010*, Fondation de l'Armée du Salut, 2011 et vidéo :
http://www.fnars.org/participation-des-personnes-accueillies/ressources-documentaires/videos-pa-menu/5392-la-place-des-usagers

MOINE Alexandre, SORITA Nathalie, Travail social et territoire. Concept, méthode, outils. Presses de l'EHESP, Politiques et interventions sociales, Rennes, Mai 2015, 250 p

PIVETEAU Denis, ACEF Saïd, DEBRABANT François-Xavier, JAFFRE Didier, PERRIN Antoine, « Zéro sans solution » : le devoir collectif de permettre un parcours de vie sans rupture, pour les personnes et situation de handicap et pour leurs proches, Rapport au Ministère des affaires sociales et de la santé, Tome 1, 10 juin 2014, 55 p

«L'hébergement social, hors urgence : plus de 81 000 personnes sans logement accueillies en établissements », Etudes et résultats, DRESS n° 918, juin 2015

« La réponse à la première demande d'AAH », Études et Résultats, DRESS n° 687, avril 2009

CNSA, Guide des éligibilités pour les décisions prises dans les MDPH, CNSA, Mai 2013

DOCUMENTS CENTRES SUR LA FRANCHE-COMTE

Programme Régional de Santé (PRS) 2012-2016 de l'ARS de Franche-Comté
http://www.ars.franche-comte.sante.fr/PRS-a-telecharger.130869.0.html

ALCIMED, Accompagnement à la mise en place de 6 Plateformes de coordination en psychiatrie et en santé mentale. Rapports de phase 2, Septembre 2014.
Diagnostics de l'état des articulations entre acteurs et des pratiques professionnelles

- Jura Nord et Jura Sud : Plateforme portée par le CHS du Jura (Saint Ylie)
- Doubs : Plateformes portées par le Centre Hospitalier de Novillars, filière enfant / adolescent et filière adulte / personne âgée.
- Haute-Saône et aire urbaine : plateforme portée par l'AHFC sur l'Aire urbaine Nord Franche-Comté.

Charte constitutive des plateformes de coordination en psychiatrie et en santé mentale du département du Doubs (hors Aire urbaine), Centre Hospitalier de Novillars (non daté)

Guide de partenaires en santé mentale, CCAS Besançon, Atelier Santé-Ville, (non daté)

Bilan d'activité 2013, SIAO « insertion » du Doubs, Groupement de coopération sociale du Doubs.

Résidence d'accueil « L'Arc en Ciel », Convention, Projet d'établissement, Dossier de candidature, Association Croix Marine, Dôle. 2007.

MOUREZ Eric, Impact de la mise en place d'un Conseil local de santé mentale. Sur la trajectoire des usagers et la pratique des partenaires : l'initiative de la ville de Lons-le-Saunier, Mémoire DIU Santé mentale dans la communauté. Paris-Lille-Marseille, Septembre 2014.

Demande d'hébergement ou de logement adapté, grille d'entretien SIAO « Insertion », 7 p (non daté)

SIGLES UTILISES AU COURS DE L'ETUDE

AAH	Allocation aux Adultes Handicapés
AAVA	Allocation d'Adaptation à la Vie Active
ADAPEI	Association Départementale des Amis et Parents d'Enfants Inadaptés
ADDSEA	Association Départementale du Doubs de Sauvegarde de l'Enfant à l'Adulte
AGAPSY	Association Gestionnaire pour l'Accompagnement des Personnes handicapées PSYchiques
AHFC	Association Hospitalière de Franche-Comté
AHI	Accompagnement Hébergement Insertion
ASHRA	Association Haute-Saônoise de Réinsertion et d'Accompagnement
ALT	Allocation de Logement Temporaire
AMP	Aide médico-psychologique
ARS	Agence Régionale de Santé
ASMH	Association Saint Michel-le-Haut
AVC	Accident Vasculaire Cérébral
AVDL	Accompagnement Vers et Dans le Logement
CAARUD	Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques chez les Usagers de Drogues
CADA	Centre d'Accueil pour Demandeurs d'Asile
CATTP	Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel
CCAS	Centre Communal d'Action Sociale
CD	Conseil Départemental (ex-Conseil Général)
CDAPH	Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées
CH	Centre Hospitalier
CHRS	Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale
CLSM	Conseil Local de Santé Mentale
CMP	Centre Médico-Psychologique
CREAI	Centre Régional d'Etudes, d'Actions et d'Informations en faveur des personnes en situation de vulnérabilité
CRSA	Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie
CSAPA	Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie
CVS	Conseil de la Vie Sociale
DDCSPP	Direction Départementale de la Cohésion Sociale et de la Protection des Populations
DREES	Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
DRJSCS	Direction Régionale Jeunesse et Sports et de la Cohésion Sociale
ESAT	Etablissement et Service d'Aide par le Travail
ETP	Equivalent Temps-Plein
FADS	Fondation Armée Du Salut
FAM	Foyer d'Accueil Médicalisé
FJT	Foyer de Jeunes Travailleurs
FTM	Foyer de Travailleurs Migrants
GEM	Groupe d'Entraide Mutuelle

HJ	Hôpital de Jour
HU	Hébergement d'Urgence
HP	Hôpital Psychiatrique (ou service de psychiatrie d'un centre hospitalier)
IDE	Infirmier Diplômé d'Etat
IME	Institut Médico-Educatif
IREPS	Instance Régionale d'Education et de Promotion de la Santé
ITEP	Institut Thérapeutique, Educatif et Pédagogique
LHSS	Lits Halte Soins Santé
MAJ	Mesure d'Accompagnement Judiciaire
MAJGBF	Mesure d'Aide Judiciaire à la Gestion du Budget Familial
MAS	Maison d'Accueil Spécialisée
MASP	Mesure d'Accompagnement Social Personnalisé
MDPH	Maison Départementale des Personnes Handicapées
MR	Maison Relais
RA	Résidence Accueil
RS	Résidence Sociale
RSA	Revenu de Solidarité Active
SAFED	Service d'Accueil des Femmes en Difficulté
SAMSAH	Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adulte Handicapé
SAO	Service de l'Accueil et de l'Orientation
SAVS	Service d'Accompagnement à la Vie Sociale
SDF	Sans Domicile Fixe
SIAO	Service Intégré de l'Accueil et de l'Orientation
SI SIAO	Système d'Information du SIAO
SPIP	Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation
SROMS	Schéma Régional d'Organisation Médico-Sociale
SROS	Schéma Régional d'Organisation Sanitaire
UDAF	Union Départementale d'Aide aux Familles
UGECAM	Union pour la Gestion des Etablissements des Caisses d'Assurance Maladie
UNAFAM	Union Nationale des Amis et Familles des Malades mentaux

ANNEXES

ANNEXE 1 : Structures intégrées dans le champ de l'étude

CHRS	
NOM	**VILLE**
CHRS Veil Picard Disp.Logt.vBisontin	BESANCON
CHRS PASTEUR Disp.Logt.Ht-Doubs	PONTARLIER
CHRS PASTEUR Disp.Logt.Ht-Doubs	MAICHE
CHRS "Le Roseau"	BESANCON
CHRS « Gare »	BESANCON
CHRS « JAVEL »	CHALEZEULE
CHRS "Agora"	BESANCON
CHRS Solidarité Femmes	BESANCON
CHRS Montbéliard	MONTBELIARD
CHRS "Les Relais d'accueil"	ST CLAUDE
CHRS "Les Relais d'accueil"	CHAMPAGNOLE
CHRS "Les Relais d'accueil"	DOLE
Association Coop'Agir	DOLE
CHRS de Lons-le-Saunier	LONS LE SAUNIER
"Les Danvions" ASHRA	VESOUL
CHRS - Foyer Espérance (SAS 70)	VESOUL
SAFED (service d'accueil des femmes en dif)	VESOUL
CHRS de l'Armée du Salut	BELFORT
CHRS "Solidarité Femmes"	BELFORT

MAISON RELAIS	
NOM	**VILLE**
Les Capucines	BESANCON
La Lanterne	POUILLEY LES VIGNES
Ste Suzanne - ARIAL Montbéliard	MONTBELIARD
Le Chalet	BESANCON
La Maison du Pré	BESANCON
Maison relais de Lons "Les Charmilles"	LONS LE SAUNIER
Maison relais de Dole "Parenthèse"	DOLE
Maison relais de Vesoul	VESOUL
Maison relais de Luxeuil	LUXEUIL
Maison relais de Gray	GRAY
Maison relais d'Echenoz La Méline	ECHENOZ LA MELINE
Maison relais ADOMA (impasse Pershing)	BELFORT
Maison relais ADOMA (rue de Marseille)	BELFORT

HU (Hébergement d'Urgence)	
NOM	**VILLE**
Abri de nuit du Sacré Cœur	BESANCON
ADDSEA/Abri nuit Pontarlier	PONTARLIER
ADOMA Structure d'urgence	BESANCON
ARIAL	MONTBELIARD
ASMH	SALINS LES BAINS
CCAS	MONTBELIARD
CCAS	PONTARLIER
CCAS "Les Glacis" - Abri de nuit	BESANCON
CCAS DAMPARIS	DAMPARIS
CCAS de Lons-le-Saunier	LONS LE SAUNIER
CCAS DOLE	DOLE
AGORA	BESANCON
CCAS - ST CLAUDE	ST CLAUDE
CCAS/ SECOURS CATHOLIQUE	BAUME LES DAMES
Centre d'Information sur le Droit des Femmes et des Familles	LONS LE SAUNIER
CHRS Parenthèse	DOLE
FJT Gray	GRAY
FJT La Cassotte	BESANCON
FJT Les Oiseaux	BESANCON
FJT Lure	LURE
FJT Point Habitat Jeunes	FROTEY-LES-VESOUL
AHSRA	VESOUL
Foyer logement	LE VALDAHON
Foyer ST JOSEPH FJT Accueil Dolois	LONS LE SAUNIER
FTM St LOUP	ST LOUP SUR SEMOUSE
Hôtel social - CCAS Lure	LURE
Le Roseau	BESANCON
SIAS Maiche	MAICHE
OASIS	MONTMOROT
Plate-forme d'Urgence Sociale	BELFORT
Service d'entraide protestante	MONTBELIARD
ST JEAN	DOLE CEDEX
ADDSEA Abri de nuit Saint Jacques	BESANCON
ADDSEA	MONTBELIARD
AHS FC	BESANCON

RESIDENCE ACCUEIL	
RA DE L'ARLIER	PONTARLIER
ARC EN CIEL	DOLE
RA DE L'UDAF	SAINT CLAUDE
RA VALENTIGNEY	VALENTIGNEY

ANNEXE 2 : Questionnaire envoyé aux structures de l'AHI

RECUEIL DES DONNEES AUPRES DES STRUCTURES DE L'AHI DE FRANCHE-COMTE
SUR LES PERSONNES ACCUEILLIES ATTEINTES DE TROUBLES PSYCHIQUES
ENQUETE DU CREAI BOURGOGNE - DELEGATION FRANCHE-COMTE POUR LA DRJSCS ET L'ARS FRANCHE-COMTE - 2015

INFORMATIONS SUR LA SAISIE DE L'ENQUETE

Confidentialité des données : Toutes les données transmises dans le cadre de cette enquête (visant à objectiver les besoins des personnes présentes dans les structures de l'AHI en Franche-Comté et ayant des troubles psychiques) sont anonymes et feront l'objet d'un traitement préservant cet anonymat ; elles sont collectées suite à une déclaration faite auprès de la CNIL. Le destinataire des données est le CREAI Bourgogne-Franche Comté. Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée en 2004, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer en vous adressant au CREAI - 11 rue Jean Giono BP 76509 - DIJON CEDEX. Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant.

Structures AHI concernées : CHRS, HU, Maison Relais, soit 73 structures.

Date de référence : 31/12/2014

Public concerné :
- les personnes présentant des troubles psychiques suffisamment caractérisés pour qu'il y ait eu un séjour en psychiatrie (en établissement public ou privé) ou un suivi en Centre Médico Psychologique;
- et/ou celles bénéficiaires de l'Allocation Adulte Handicapé et atteintes de troubles psychiques;
- ou encore celles dont les structures ne disposent pas des informations ci-dessus mais qui, selon les personnels de ces structures, présentent des troubles psychiques graves et durables.

1. Caractéristiques de la personne

→ **Date de naissance :**

→ **Sexe :** Féminin / Masculin

→ **Demandeur d'asile :** Oui / Non

→ **Protection juridique :**

- ☐ Aucune
- ☐ Sauvegarde de justice
- ☐ Curatelle
- ☐ Tutelle
- ☐ Mesure d'accompagnement judiciaire
- ☐ Mesure d'accompagnement social personnalisée
- ☐ Mesure judiciaire d'aide à la gestion du budget familial

→ **Situation familiale :**

☐ Célibataire ☐ En couple ☐ Ne sait pas

- Nombre d'enfants à charge (c'est-à-dire dont la personne/le couple a la garde) :

- Nombre d'enfants dont la personne/le couple n'a pas la garde mais dont il assume une charge financière :

1

RECUEIL DES DONNEES AUPRES DES STRUCTURES DE L'AHI DE FRANCHE-COMTE
SUR LES PERSONNES ACCUEILLIES ATTEINTES DE TROUBLES PSYCHIQUES
ENQUETE DU CREAI BOURGOGNE - DELEGATION FRANCHE-COMTE POUR LA DRJSCS ET L'ARS FRANCHE-COMTE - 2015

→ **Ressources financières** *(possibilité de cocher plusieurs cases)* **:**

- ☐ Revenus d'activités
- ☐ Allocation chômage
- ☐ RSA activité
- ☐ RSA socle
- ☐ Prestations familiales
- ☐ Indemnités journalières
- ☐ Minimum vieillesse
- ☐ Allocation Adulte Handicapé
- ☐ Pension/complémentaire retraite
- ☐ Pension d'invalidité
- ☐ Pension alimentaire
- ☐ Sans ressources
- ☐ Autres : *préciser*

→ **Etat de santé :**

- Reconnaissance du handicap par la CDAPH : Oui / Non

- Problèmes de santé *(possibilité de cocher plusieurs cases)* :

- ☐ Troubles du comportement
- ☐ Troubles alimentaires
- ☐ Etat dépressif
- ☐ Diabète
- ☐ Maladie respiratoire
- ☐ Maladie du foie
- ☐ Maladie du système digestif
- ☐ Maladie de peau
- ☐ Addiction
- ☐ Autre : *préciser*
- ☐ Aucun
- ☐ Ne sait pas

- Suivi(s) par un ou des professionnels de santé *(possibilité de cocher plusieurs cases)* :

- ☐ Généraliste
- ☐ Psychiatre libéral
- ☐ Addictologue
- ☐ En CMP
- ☐ Autre spécialité médicale : *préciser*
- ☐ Aucun
- ☐ Ne sait pas

2. Situation antérieure :

→ **Hébergement ou prise en charge précédente :**

- ☐ Logement locataire / propriétaire
- ☐ Logement / chambre conventionné ALT
- ☐ CADA ou hébergement urgence DA
- ☐ Centre maternel
- ☐ Lit halte soins santé
- ☐ CHRS
- ☐ Hôtel meublé
- ☐ Centre d'hébergement d'urgence
- ☐ Centre de stabilisation
- ☐ Pension de famille / maison relais
- ☐ Résidence accueil
- ☐ Résidence sociale
- ☐ FJT
- ☐ FTM
- ☐ Logement foyer PA
- ☐ Logement foyer PH
- ☐ Etablissement de soins psychiatriques
- ☐ Autre établissement de soin
- ☐ Autre institution (maison d'arrêt, CRA)
- ☐ Habitation de fortune/squat
- ☐ Sans hébergement
- ☐ Hébergé par la famille
- ☐ Hébergé par des amis
- ☐ Autre : *préciser*

2

RECUEIL DES DONNEES AUPRES DES STRUCTURES DE L'AHI DE FRANCHE-COMTE
SUR LES PERSONNES ACCUEILLIES ATTEINTES DE TROUBLES PSYCHIQUES
ENQUETE DU CREAI BOURGOGNE - DELEGATION FRANCHE-COMTE POUR LA DRJSCS ET L'ARS FRANCHE-COMTE - 2015

→ **Raison de la venue de la personne dans votre structure** *(possibilité de cocher plusieurs cases)* **:**

- ☐ Rupture conjugale / décès conjoint
- ☐ Violence familiale / conjugale
- ☐ Rupture d'hébergement amical - familial / décès ami(e) - famille
- ☐ Fin du contrat de location / bail
- ☐ Impayés de loyers
- ☐ Logement insalubre / insécurité
- ☐ SDF / hébergement précaire
- ☐ Sortie d'hospitalisation
- ☐ Sortie autre institution (maison d'arrêt, CRA)
- ☐ Rupture de la précédente prise en charge / accompagnement
- ☐ Rapprochement du lieu de travail / famille / ami(e)
- ☐ Besoin de renforcement dans l'accompagnement : *préciser*
- ☐ Besoin d'allègement dans l'accompagnement
- ☐ Fin d'une orientation par défaut
- ☐ Autre : *préciser*

3. Difficultés et besoins actuels :

→ **Difficultés rencontrées par la personne** *(possibilité de cocher plusieurs cases)* **:**

- ☐ Isolement
- ☐ Addiction : alcool
- ☐ Addiction : drogue
- ☐ Autres addictions (jeux, etc.)
- ☐ Déficience motrice ou sensorielle
- ☐ Déficience intellectuelle
- ☐ Violence sur autrui
- ☐ Défaut d'autonomie dans les actes de la vie quotidienne
- ☐ Défaut d'hygiène
- ☐ Incapacité à vivre en logement autonome
- ☐ Incapacité à vivre en logement collectif
- ☐ Autre : *préciser*

→ **Besoins de la personne (que ces besoins soient couverts ou non actuellement)** *(possibilité de cocher plusieurs cases)* **:**

- ☐ Aide aux démarches administratives
- ☐ Aide à la gestion du budget
- ☐ Aide à l'insertion professionnelle
- ☐ Aide aux actes de la vie quotidienne
- ☐ Accompagnement aux soins
- ☐ Ecoute / dialogue / socialisation
- ☐ Activités de loisirs / culturelles
- ☐ Suivi psychiatrique
- ☐ Suivi psychologique
- ☐ Accompagnement ethno psychiatrique
- ☐ Changement d'environnement social
- ☐ Autre : *préciser*

4. Projet

→ **Type d'accompagnement souhaité pour la personne selon les professionnels :**

- ☐ Résidence accueil
- ☐ CHRS
- ☐ Maison relais
- ☐ Résidence sociale
- ☐ Etablissement de soins psychiatriques
- ☐ Etablissement de soin autre
- ☐ Centre de stabilisation
- ☐ Centre maternel
- ☐ FJT
- ☐ FTM
- ☐ Logement foyer PA
- ☐ Logement foyer PH
- ☐ Famille/amis
- ☐ Fin d'accompagnement
- ☐ Autre : *préciser*
- ☐ Ne sait pas

RECUEIL DES DONNEES AUPRES DES STRUCTURES DE L'AHI DE FRANCHE-COMTE
SUR LES PERSONNES ACCUEILLIES ATTEINTES DE TROUBLES PSYCHIQUES
ENQUETE DU CREAI BOURGOGNE - DELEGATION FRANCHE-COMTE POUR LA DRJSCS ET L'ARS FRANCHE-COMTE - 2015

→ Type d'accompagnement souhaité selon la personne elle-même :

- ☐ Résidence accueil
- ☐ CHRS
- ☐ Maison relais
- ☐ Résidence sociale
- ☐ Etablissement de soins psychiatriques
- ☐ Etablissement de soin autre
- ☐ Centre de stabilisation
- ☐ Centre maternel
- ☐ FJT
- ☐ FTM
- ☐ Logement foyer PA
- ☐ Logement foyer PH
- ☐ Famille/amis
- ☐ Fin d'accompagnement
- ☐ Autre : *préciser*
- ☐ Ne sait pas

4

ANNEXE 3 : Questionnaire aux résidents RA

QUESTIONNAIRE POUR LES HABITANTS DES RESIDENCES ACCUEIL DE FRANCHE COMTE
ENQUETE DU CREAI BOURGOGNE - DELEGATION FRANCHE-COMTE POUR LA DRJSCS ET L'ARS FRANCHE-COMTE - 2015

Dans le cadre d'une étude visant à observer si les réponses apportées aux habitants des résidences accueil sont adaptées aux besoins des personnes, nous vous remercions de bien vouloir remplir ce questionnaire. Vous pouvez vous faire aider par les hôtes de la résidence si besoin et vous pourrez leur remettre votre questionnaire une fois que vous l'aurez terminé. Pour information, vous pourrez également être tenu au courant des résultats de cette enquête si vous le souhaitez.

Confidentialité des données : Toutes les données transmises dans le cadre de cette enquête sont anonymes et feront l'objet d'un traitement préservant cet anonymat ; elles sont collectées suite à une déclaration faite auprès de la CNIL (Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés). Le destinataire des données est le CREAI Bourgogne- délégation Franche Comté[I].

1. VOTRE SITUATION

✓ **Vous êtes :**

☐ Un homme ☐ Une femme

✓ **Quel est votre date de naissance ?**

☐ mois / année ☐ Je ne sais pas

✓ **Quelle est votre date d'arrivée à la résidence accueil ?**

☐ mois / année ☐ Je ne sais pas

2. VOTRE SATISFACTION DE LA RESIDENCE

✓ **Au moment de votre arrivée à la résidence accueil, souhaitiez-vous plutôt aller vivre dans un autre type de logement/hébergement ?**

☐ Oui ☐ Non

Si oui, vers quel type de logement/hébergement ?

☐ Un logement personnel individuel (appartement, maison, etc.)
☐ Une autre résidence accueil
☐ Une maison relais
☐ Une résidence sociale
☐ Un établissement de soins
☐ Un établissement pour personnes âgées
☐ Un établissement pour personnes handicapées
☐ Chez de la famille/amis
☐ Un CHRS
☐ Un centre maternel
☐ Autre :
☐ Je ne sais pas

Pourquoi auriez-vous préféré ce type de logement/hébergement ?

✓ **Actuellement, êtes vous globalement satisfait de votre logement à la résidence ?**

☐ Très satisfait
☐ Assez satisfait
☐ Peu satisfait
☐ Pas du tout satisfait
☐ Je ne sais pas

✓ **Et de l'accompagnement proposé par la résidence ?**

☐ Très satisfait
☐ Assez satisfait
☐ Peu satisfait
☐ Pas du tout satisfait
☐ Je ne sais pas

1

QUESTIONNAIRE POUR LES HABITANTS DES RESIDENCES ACCUEIL DE FRANCHE COMTE
ENQUETE DU CREAI BOURGOGNE - DELEGATION FRANCHE-COMTE POUR LA DRJSCS ET L'ARS FRANCHE-COMTE - 2015

✓ **Combien de temps souhaitez-vous rester à la résidence accueil ?**

☐ Le moins longtemps possible ☐ Quelques mois ☐ Le plus longtemps possible

✓ **Si vous souhaitez partir, quel type de logement ou hébergement souhaiteriez vous trouver ?**

☐ Un logement individuel en tant que locataire ou propriétaire
☐ Une autre résidence accueil
☐ Un CHRS
☐ Une maison relais
☐ Une résidence sociale
☐ Un établissement de soins
☐ Un établissement pour personnes âgées
☐ Un établissement pour personnes handicapées
☐ Un centre maternel
☐ Chez de la famille/amis
☐ Autre :
☐ Je ne sais pas

3. L'AMELIORATION DE VOTRE SITUATION ET VOS BESOINS

✓ **Depuis votre arrivée à la résidence accueil, votre situation s'est-elle améliorée par rapport aux critères suivants ?**

	Oui, beaucoup	Oui, un peu	Non, pas du tout	Je ne sais pas
Vous avez plus confiance en vous				
Vous vous sentez plus apaisé, plus calme				
Votre état de santé s'est amélioré				
Vous dormez mieux				
Vous mangez mieux				
Vous communiquez davantage avec votre famille ou des amis				
Vous participez davantage à des activités au sein de la résidence ou à l'extérieur				
Vous donnez plus facilement votre avis dans les conversations				
Vous êtes plus autonome dans votre vie quotidienne (pour vous déplacer, faire des démarches, etc)				
Autre :				

✓ **Parmi les situations suivantes, pour lesquelles auriez-vous besoin d'aide ?**

	Oui beaucoup	Oui, un peu	Non, pas du tout	Je ne sais pas
Pour avoir de meilleure relation avec les résidents				
Pour avoir de meilleure relation avec les hôtes				
Pour vous sentir moins seul (e)				
Pour participer aux activités				
Pour être plus calme, moins impulsif				
Pour réaliser vos démarches administratives ou gérer votre budget				
Pour être mieux accompagné pour vos soins psychiatriques				
Pour trouver des solutions à propos de la consommation d'alcool ou de drogue				
Pour trouver du travail				
Autre :				

2

QUESTIONNAIRE POUR LES HABITANTS DES RESIDENCES ACCUEIL DE FRANCHE COMTE
ENQUETE DU CREAI BOURGOGNE - DELEGATION FRANCHE-COMTE POUR LA DRJSCS ET L'ARS FRANCHE-COMTE - 2015

✓ **Selon vous, comment votre accompagnement pourrait-il être amélioré à la résidence accueil ?**

[i] Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée en 2004, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer en vous adressant au CREAI - 11 rue Jean Giono BP 76509 - DIJON CEDEX. Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant.

3

ANNEXE 4 : Liste des personnes rencontrées lors des réunions « partenaires »

DOUBS

STRUCTURES	CONTACT / FONCTION
CCAS Besançon	Mme Christine DORNIER – Co animatrice Atelier Santé Mentale
CHI Pontarlier - Pole Psychiatrie	Eric Blanchemanche - Cadre de santé
CH Novillars	Mme Lable Robert - Cadre de santé
SPIP	Jean Denis PERRET GENTIL - Chef d'antenne SPIP 25 Montbéliard
UNAFAM	Jean Desrumeaux – Délégué départemental
UDAF 25	Laurent RICHARDET – chef de service
IREPS : Dispositif Accompagnement Santé Individualisé	Myriam SPRINGAUX – Responsable Antenne 25
GRAND BESANCON HABITAT (OPH Besançon)	Anne CORNUT – Directrice relation client
SAMSAH AHFC Montbéliard	Geneviève GRANGIER – Cadre de santé
IAF	Edith ROBERT – Responsable MR

JURA

STRUCTURES	CONTACT/FONCTION
SAMSAH UGECAM	Antoinette MERCIER - IDE
SAVS SASPI	Mathieu GEGOUT - Educateur spécialisé
CHS DOLE SAINT YLIE	Elise MAGRIN - Assistante sociale
CMP	Patricia BERTHET - IDE
PRODESSA	Jacqueline BLUM - Chef de service
SPIP	Bernard JABINET - Directeur
UNAFAM	Nicole GAILLARD - Coprésidente
	Jean Claude GAILLARD - Bénévole
UDAF	Jean Yves BAILLY - Chef de service

HAUTE-SAONE ET TERRITOIRE DE BELFORT

STRUCTURES	CONTACT/FONCTION
CCAS Lure	Catherine BADALAMENTI – Directrice adjointe
FJT/CCAS Lure	Marie France COSTANTINI – Directrice
SAVS Association Espérance 70	Annie FAVRET - Directrice Espérance
FNARS + CCRPA	Marie Pierre CATTET - Déléguée régionale
MDPH 90	Christelle PINEAU - Directrice adjointe
ALTAU	Maud CAVERZASIO - Directrice secteur Montbéliard Belfort Héricourt
NEOLIA	Pascal BOURGEOIS – Directeur territorial
AHFC	Baptiste GRENOT - Coordonnateur plateforme psychiatrie et santé mentale
SAMSAH ADAPEI 90	Sophie LAPOTRE – Educatrice spécialisée