

Laurent BARBAZANGES

L'ISOLEMENT NEFASTE

ou

comment favoriser le maintien de personnes handicapées psychiques dans un logement de
droit commun

SOMMAIRE

Glossaire

Introduction.....p. 1

1ere partie : Présentation du contexte

- 1.1 - Histoire de l'association Espoir-Provence.....p. 1
- 1.2 - Evolution du handicap à travers les époques.....p. 3
- 1.3 – SAVS du Pays d'Aix.....p. 10
- 1.4 - Bénéficiaires du SAVS.....p. 12
 - Les troubles psychiques en quelques « maux ».....p. 13

2eme partie : Diagnostic descriptif, stratégique et résultats des enquêtes de terrain

- 2.1 - Les exclusions.....p. 14
 - au regard de la pathologie
 - au regard de la société : la stigmatisation
- 2.2 - L'isolement et ses conséquences.....p. 18
- 2.3 – Diagnostic stratégique.....p. 21
- 2.4 - Constats.....p. 22
- 2.5 - Problématiquep. 23

3eme partie : Le projet

- 3.1 - Présentation du projet.....p. 23
- 3.2 - Repérage territorial.....p. 25
- 3.3 - La démarche projet.....p. 27
- 3.4 - Argumentaire technique et cahier des charges.....p. 30
- 3.5 - Construction de sens et de valeurs.....p. 33
- 3.6 - Réponse aux attentes des politiques sociales.....p. 35
- 3.7 - Gestion des ressources humaines et financement.....p. 35
- 3.8 - Organisation de travail et fonctionnement.....p. 40

4eme partie : L'évaluation

- 4.1- Point sur l'évaluation interne.....p. 43
- 4.2 - Point sur l'évaluation externe.....p. 44
- 4.3 - Plan d'amélioration continue de la qualité.....p. 45
- 4.4 - Evaluation du projet : critères de surveillance et indicateurs.....p. 48

Conclusion.....p. 50

Références bibliographiques

Sommaire des annexes

Annexes

Introduction :

Tout au long de mon parcours professionnel, j'ai pu constater l'impact du sentiment d'isolement vécu par certaines personnes atteintes de troubles psychiques et les conséquences parfois désastreuses qui en découlent. Par le focus d'un service d'accompagnement à la vie sociale, je me suis intéressé dans cet écrit aux éléments pouvant concourir à l'établissement d'une telle situation, amenant parfois les personnes à perdre leur logement. Ce diagnostic me permettra ensuite d'envisager un dispositif semi-collectif pouvant être une réponse éventuelle au maintien des personnes dans un bail de droit commun. Depuis de nombreuses années, l'offre associative d'Espoir-Provence n'a cessé de se développer, en fonction des besoins repérés sur le terrain et au fil des évolutions des politiques sociales. Cependant, elle semble actuellement présenter ses limites pour une certaine catégorie de personnes accompagnées. Celles ne relevant pas d'une prise en charge institutionnelle en foyer et qui pour autant ne sont pas en capacité momentanée de vivre seule dans un logement autonome. L'élaboration et la mise en œuvre d'un dispositif alternatif semble pertinent dans sa proposition et pourrait être une réponse adaptée à la problématique soulevée. Mon travail sera donc axé sur la conception et la création de ce dispositif, appelé aussi « résidence accueil ». Cela pourrait aussi servir de base pour un éventuel développement de l'offre associative déjà existante.

1ere partie : Présentation du contexte

1.1 - Histoire de l'association Espoir-Provence

Un bref détour historique semble indispensable pour appréhender au mieux les fondements du projet associatif et, par déclinaison, les différentes structures qui en sont issues. Dès 1963, des familles touchées par la maladie d'un de leurs proches, atteint de troubles psychiques graves (psychoses) se regroupent pour créer et organiser, à un niveau local, des associations porteuses de projets en concordance avec les objectifs et principes de l'UNAFAM¹. L'association Espoir-Provence est née en 1982 dans le département des Bouches du Rhône. Il s'agit d'une association de loi 1901 dont le but social est défini de la manière suivante: « *L'association Espoir-Provence a pour but de mettre en œuvre, principalement dans les Bouches-du-Rhône, tous les moyens susceptibles d'améliorer l'état*

¹ UNAFAM : Union Nationale des Amis et Familles de Malades Psychiques

de personnes sujettes à des troubles mentaux et psychiques, en particulier en créant et gérant des structures, institutions ou établissements destinés à favoriser leur vie quotidienne, à développer leur autonomie, leur intégration dans la société et leur réinsertion professionnelle »².

L'organisme gestionnaire a créé en 1994, un foyer de vie et de réinsertion sociale. L'établissement propose un accueil résidentiel à des adultes sortant généralement d'une structure de soins psychiatriques ou de la cellule familiale et exprimant une volonté de plus grande autonomie. La réflexion s'est ensuite prolongée sur la problématique de réinsertion des personnes accueillies : Comment permettre, à certaines personnes le désirant, de sortir du foyer et d'envisager un retour progressif à une vie sociale autonome ? En réponse à ce questionnement, le foyer a mis en place un dispositif appelé E.V.A (Expérience de Vie Autonome), dont j'ai eu la charge pendant quatre ans, destiné aux résidents souhaitant réapprendre à investir un logement à l'extérieur de la structure. Le dispositif EVA est donc un tremplin pour l'accès à un logement autonome. Dans la continuité de ce dispositif, l'association a ouvert en juillet 2003 à Aix-en-Provence et en 2006 à Marseille, deux Services d'Accompagnement à la Vie Sociale (S.A.V.S). Ces services sont la suite logique et la continuité du dispositif EVA pour un maintien de l'autonomie des personnes en appartement dans la cité. D'abord investis par les résidents sortants du dispositif, le SAVS du Pays d'Aix a vu son activité s'accroître du fait de nombreuses demandes au niveau local. Aujourd'hui, l'association est donc gestionnaire de plusieurs établissements³ spécialisés dans le handicap psychique. Par ailleurs, elle parraine deux G.E.M (Groupe d'Entraide Mutuelle) créés en 2006 à Aix en Provence et en 2007 à Marseille avec pour mission de rompre l'isolement par la rencontre et l'entraide.

Le projet associatif met en avant deux principes fondamentaux. Le premier rappelle que l'association est au service de la personne et c'est pour cette raison qu'elle la place au cœur de toute action. Le second principe est de contribuer à compenser le handicap pour permettre à l'usager de mener une vie aussi autonome que possible.

L'association a identifié trois valeurs qu'elle veille à faire appliquer dans ses services et établissements :

² Article 2 des statuts de l'association Espoir-Provence

³ Organigramme de l'association Espoir-Provence consultable en Annexe I

- La première concerne la bienveillance et l'humanité avec lesquelles les usagers doivent être traités,
- La seconde concerne les objectifs primordiaux de promotion de l'autonomie et de socialisation,
- Enfin, la troisième est l'exercice de la citoyenneté. Permettre au public d'exercer ses droits civiques ou d'être pleinement citoyen est une priorité.

Les principes et valeurs mis en exergue par l'association ont pour vocation le respect de la personne accompagnée, l'amélioration de sa vie quotidienne et le développement de son autonomie, afin de favoriser son intégration dans la société.

A notre époque, ce regard bienveillant semble couler de source mais il est le fruit d'une longue évolution concernant l'intégration du « fou » dans nos sociétés.

1.2 - Evolution du handicap à travers les époques :

a/ Le fou, une figure inquiétante

De tous temps, le déraisonné, l'illuminé, a toujours fasciné : Qu'il soit affublé de pouvoirs extraordinaires (divination, communication avec les esprits ou les dieux...) ou qu'il soit considéré comme dangereux, le fou est une personne dont la différence dérange. Son imprévisibilité ou la manifestation des troubles, font de lui un être à part, difficile à caser, et ce, quel que soit les époques. Dans son livre « Histoire de la folie à l'âge classique »⁴, Foucault esquisse les grandes étapes du rapport de la raison à la folie à partir de la fin du Moyen-âge jusqu'à la naissance de l'asile au 19e siècle. Alors que la lèpre disparaît du monde occidental à la fin du Moyen Age, une nouvelle inquiétude surgit : le fou devient un personnage majeur comme le montrent notamment le motif de La Nef des fous mais aussi les farces populaires, ou la littérature humaniste avec, par exemple « Eloge de la folie »⁵. La Renaissance avait reconnu les fous, l'âge classique va les réduire au silence. En 1656, la création de l'Hôpital général à Paris est un événement historique capital qui marque l'ère du « grand renfermement ». Désormais, le fou est interné aux côtés de délinquants et de marginaux dans des centres qui prônent l'isolement et le travail de ceux qui pèsent comme

⁴ Michel FOUCAULT, Histoire de la folie à l'âge classique, collection Gallimard, 1961

⁵ Didier Erasme, Eloge de la folie, 1511

une charge pour la société. L'internement n'a donc pas une visée médicale mais sociale et économique. Or, vers la fin du 18^e siècle, la pratique de l'internement tombe peu à peu en désuétude car elle apparaît comme une grave erreur économique. L'autre événement clé de cette histoire de la folie est alors la libération des enchaînés de l'hôpital Bicêtre en 1793 par Philippe Pinel. Cet acte signe la naissance de l'asile et la folie se constitue désormais comme maladie mentale. Le fou n'est plus avec les délinquants, il va se trouver enfermé mais seul. Foucault cherche à montrer qu'il n'y a pas une seule réaction possible à la folie et que le regard que l'on porte sur elle dépend de la culture dans laquelle elle s'inscrit, de son époque également.

L'enfermement asilaire demeura longtemps l'unique réponse pour tous les individus porteurs d'un handicap psychique. Après la seconde guerre mondiale, un groupe de psychiatres, le « groupe de Sèvres » dénonce les asiles et la pratique de l'internement. Il prône une psychothérapie institutionnelle qui replace le patient dans un réseau relationnel : l'idée générale est d'intégrer le patient dans la vie de la cité. Au congrès de Tours de la Commission des Maladies Mentales, en 1959, la note de synthèse rédigée par Lucien Bonnafé, énonçait qu' « *il convient de mettre en place une structure fondée sur le territoire au sein duquel les divers moyens concourent à la protection de la santé mentale pour desservir un secteur maximum de 100 000 habitants* ». L'organisation du dispositif psychiatrique public et associatif, participant au service public, repose sur la sectorisation psychiatrique. Elle a pour objectif de rapprocher les structures sanitaires du lieu de vie des personnes afin de leur apporter une réponse de proximité⁶. Une réorganisation de la psychiatrie s'opéra donc en 1960 : La sectorisation⁷

Le développement des sciences et des approches thérapeutiques ont également amené une meilleure compréhension des pathologies mentales et l'instauration de prises en charge adaptées. Se rajoute à cela, les grandes avancées technologiques, les recherches médicales déterminantes et l'arrivée de molécules « stabilisantes » ; la mise sur le marché de médicaments (neuroleptiques et tranquillisants) a permis de réduire les symptômes des troubles psychiatriques et facilité un traitement ambulatoire.

⁶ A noter que la division du territoire se fait actuellement par tranche de 70 000 habitants

⁷ Circulaire du 15 mars 1960 relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales

Les progrès de la médecine permettent encore aujourd'hui la découverte de nouvelles molécules. Il faut préciser ici qu'un traitement médicamenteux n'est pas magique : C'est un traitement symptomatique servant juste à calmer l'intensité des manifestations, en aucun cas il n'empêche leur apparition.

Bref, tous les éléments cités participent à l'évolution des réponses apportées par les pouvoirs publics en matière de Santé mentale. Cette mutation a engendré le développement des structures extrahospitalières, reflet d'une volonté de désinstitutionalisation, considérant que la personne peut être accompagnée tout en conservant son logement. Il s'agit de CMP (Centre Médico-Psychologique), de CATTP (Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel), d'HDJ (Hôpital de Jour), d'appartement thérapeutique, ou de centre postcure ; proposant un accueil de jour ou des activités thérapeutiques.

Il semble que cette volonté des pouvoirs publics de désinstitutionalisation a plusieurs origines. Tout d'abord, une meilleure connaissance du handicap induit un accompagnement adapté, et cela ne passe pas forcément par une prise en charge institutionnelle ; le contexte social de la personne est à préserver dans la mesure du possible car il participe à son équilibre psychique. Ensuite, les établissements accueillants des pathologies lourdes fonctionnent déjà à flux tendu (foyers de vie ou occupationnels, FAM, MAS) et l'attente est souvent longue avant de pouvoir intégrer un de ces établissements. D'ailleurs, on peut constater que le taux d'équipement en foyers de vie dans les Bouches-du-Rhône est très en dessous de la moyenne nationale « soit 0,78 place pour 1000 habitants âgés entre 20 et 59 ans en 2006 alors que le taux national est de 1,23 pour 1000 »⁸. Une prise en charge à domicile par un service adapté de type SAVS ou SAMSAH permet de réduire l'afflux de demandes vers ces établissements. Enfin, dernier point, la dimension financière doit aussi influencer dans cette orientation puisque les prix de journée en institution sont très onéreux. Alléger la note pour la société est une priorité au vu du contexte actuel de rationalisation des coûts.

b/ Deux lois majeures dans le champ d'intervention

Par la suite, d'autres lois sont venues impacter les pratiques et permis leurs évolutions. Je pense en particulier à la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale visant à donner une place centrale à la personne accompagnée. Les notions de bientraitance, de promotion des droits, d'adaptation aux besoins individuels, de personnalisation de

⁸ Extraits du schéma départemental des Bouches du Rhône 2009-2013, page 11

l'accompagnement deviennent prioritaires. Cette loi induit aussi un cadre d'optimisation et de rationalisation de l'offre. L'esprit de la loi de 2002 est de mettre la personne citoyenne au premier rang des préoccupations et de partir de ses attentes, de ses besoins et de ses droits :

- le droit c'est ce qui caractérise le citoyen : être citoyen signifie avoir un droit de cité, c'est à dire des droits civiques donnant des avantages qui codifiés sont des droits mais aussi des contraintes ;

- la volonté de préférer le terme de « personne » à celui d'usager⁹ traduit la volonté de reconnaître l'individu dans un rôle actif, sujet de l'intervention. Longtemps, le terme de « sujet » a principalement concerné le domaine psychologique, or un « sujet de droit » est une personne titulaire de droits ou d'obligations. Les termes de la loi, dans son article 2, sont nouveaux : promotion, autonomie, citoyenneté, prévention des exclusions... et mise à disposition de prestations en espèce ou en nature. La « mise à disposition » suppose que la personne en dispose si elle le souhaite. L'idée est de passer d'un modèle **protecteur** qui maintient les personnes dans l'assistance et la dépendance aux institutions à un modèle **promoteur** qui vise à développer les potentialités des usagers »¹⁰

Plus récemment, la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, a introduit pour la première fois dans le Code de l'Action Sociale et des Familles (CASF), une définition du handicap inspirée de la classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé, établie par l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) : Constitue un handicap, « *toute limitation d'activité ou de restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant* »¹¹. Avec cette définition, la loi dissocie enfin le handicap psychique du handicap mental en lui attribuant une réelle reconnaissance.

Les principes fondamentaux de la Loi n°2005-102 sont :

- Le droit à la solidarité de l'ensemble de la collectivité nationale.
- L'accompagnement et le soutien des familles et des proches.

⁹ Le législateur a conservé le terme d'usager dans les titres ; la loi utilise le terme de personne.

¹⁰ Jean-François Bauduret, Marcel Jaeger, Renover l'action sociale et médico-sociale, Paris, Dunod, 2002, p. 3

¹¹ Article L.114 du CASF

- Le maintien dans un cadre ordinaire de scolarité, de travail et de vie.

Elle vient aussi introduire une notion novatrice, celle d'une compensation du handicap : Les GEM¹² en sont l'expression dans le champ du handicap psychique par exemple.

c/ Les divers plans « Psychiatrie et Santé mentale »

Plusieurs plans se sont succédé, venant renforcer cette démarche bienveillante et améliorer l'inclusion des personnes dans notre société. Ils rappellent l'importance d'une logique de parcours et d'une harmonisation de nos pratiques entre les différents secteurs concernés. Les acteurs du sanitaire et du social doivent se coordonner pour la promotion de la santé mentale. D'ailleurs, le plan Santé Mentale 2005-2008 est venu signifier l'importance des SAVS et GEM dans cette mise en œuvre.

En 2009, le rapport Couty rappela la nécessité d'une logique de réseau, d'une articulation indispensable pour un parcours coordonné et sans rupture de soins. *« L'affaiblissement ou la perte du lien thérapeutique a souvent pour origine une perte de repères, des problèmes d'isolement social, des difficultés matérielles, en particulier de logement. La prise en charge des patients psychiatriques ne peut donc se concevoir sans une dimension d'organisation de la vie quotidienne des malades ¹³ »*. Les personnes doivent disposer de relais dans la ville, et pour cela, les acteurs doivent nécessairement se connaître et coordonner leurs actions. *« La coordination des soins et, plus globalement, des prises en charge se heurte à des réflexes professionnels et institutionnels bien ancrés. Les dispositifs de coordination sont loin d'exister sur l'ensemble du territoire et reposent sur des initiatives très intéressantes, mais dont le ressort est l'implication individuelle des personnes qui les ont initiés et qui les portent. Il est indispensable de trouver les leviers et les outils nécessaires à généralisation de ces dispositifs qui doivent devenir partie intégrante de l'organisation des soins en psychiatrie »*. Ce rapport fut repris dans le dernier plan « Psychiatrie et Santé Mentale 2011-2015 ».

¹² Les GEM sont des clubs, des lieux d'accueil à destination des personnes souffrant de troubles psychiques ayant pour visée de rompre avec l'isolement en partageant des activités communes (activités créatives, ludiques, sorties culturelles, etc.)

¹³ Edouard COUTY et Roland CECCHI-TENERINI « Missions et organisation de la santé mentale et de la psychiatrie », janvier 2009, p. 23

Au-delà de cet intérêt national, on peut également remarquer que le handicap psychique est une préoccupation majeure qui mobilise et sollicite différents niveaux d'intervention : régional, départemental et communal.

d/ Schéma régional 2012-2016

« Suite à la seconde enquête séjours longs en psychiatrie menée en région PACA, ont été identifiées un nombre encore important de patients qui relèveraient d'une prise en charge médico-sociale du fait de la faiblesse de leur autonomie et de leurs besoins de compensation ¹⁴».

Une troisième enquête sera lancée qui devra associer les partenaires du Département et des MDPH afin d'harmoniser et de partager l'évaluation des besoins des personnes handicapées psychiques. A partir de ces résultats, *« le développement de l'accompagnement médico-social à destination de ces personnes devra être soutenu afin d'améliorer leur prise en charge et garantir une juste réponse à leurs besoins. »*

e/ Schéma départemental des Bouches-du-Rhône 2009-2013

Le schéma départemental est un document d'orientation et de planification de la mise en œuvre de la politique départementale dans un cadre cohérent, économe et satisfaisant en termes techniques, humains et sociaux. Il constitue un outil pour les maîtres d'ouvrage, pour le Département, l'Etat et les organismes de protection sociale, de l'exercice de leurs responsabilités respectives d'organisation (programmation, autorisation de création et habilitation), de tutelle et de contrôle (tarification) et de financement (aide sociale, prise en charge de la dépendance et des soins).

Le schéma fait aussi une évaluation de son dispositif en faveur des adultes handicapés sur le territoire. Il met en évidence : *« Une répartition déséquilibrée des établissements et un manque de certaines structures »*, et précise : *« Malgré leurs développements progressifs, un besoin encore ressenti de structures de prise en charge pour les personnes handicapées psychiques ¹⁵».*

¹⁴ Schéma régional 2012-2016, p. 50

¹⁵ Schéma départemental en faveur des personnes handicapées 2009 – 2013, p. 25

Dans le même esprit, un récent avenant au schéma est venu préciser certaines attentes : « Favoriser l'accroissement du nombre de logements adaptés et adaptables aux personnes en situation de handicap ¹⁶ » ainsi que la poursuite des travaux engagés en partenariat avec les associations et les bailleurs sociaux. Il demande également de « conforter et développer les innovations pour donner une réponse aux besoins intermédiaires entre l'établissement et le domicile, par exemple : Des structures relais et d'accompagnement pour favoriser l'autonomisation, des logements regroupés sur un territoire avec interventions de services, etc. »

f/ Politique de la ville d'Aix-en-Provence

Au niveau local, la politique de la ville d'Aix-en-Provence en faveur des personnes en situation de handicap est effective. Pour rappel, notons qu'un des axes de la loi 2005-102, imposait aux collectivités locales l'accessibilité des services publics (transports et bâtiments recevant du public) aux personnes en situation de handicap. Nous savons aujourd'hui que « l'accessibilité universelle à horizon 2015 » souhaitée par les précédents gouvernements, n'a pas été atteint. Cependant, la ville d'Aix-en-Provence a souhaité en faire une priorité dans sa politique de proximité.

Ainsi, en ce qui concerne l'accessibilité, tous les transports en commun de la ville sont équipés pour permettre leur accès aux personnes à mobilité réduite, il en est de même pour l'ensemble des piscines publiques de la ville. Il existe également un réseau de transport spécialisé pour les personnes en situation de handicap. A noter qu'une permanence de la MDPH est effectuée dans les locaux du CCAS d'Aix-en-Provence.

Fiscalement, les personnes en situation de handicap bénéficient d'un abattement de 10% sur la taxe d'habitation.

Un des objectifs de la mairie est de sensibiliser les citoyens à la diversité du champ du handicap. L'inclusion des personnes en situation de handicap sera possible lorsque la population « valide » et bien portante intégrera la situation de handicap comme une situation ordinaire. Ainsi, en partenariat avec le milieu associatif du secteur, la ville a mis en place des actions annuelles et régulières.

¹⁶ Avenant au schéma départemental des personnes handicapées 2014-2015

Le « forum handicap » est un rendez-vous du mois de juin, où associations, milieu scolaire et pouvoirs publics communiquent autour de ce thème. Le « Handi-flash » est un journal bimensuel consultable sur le site internet de la ville¹⁷, qui retrace les événements passés autour du handicap et les actions à venir dans la Cité. Toutes les coordonnées des acteurs locaux sont référencées de manière à ce que tout un chacun puisse les contacter (et éventuellement les aider bénévolement dans leurs projets).

La ville d'Aix-en-Provence a aussi mis en place, spécifiquement pour les bénéficiaires de l'AAH (Allocation pour Adulte Handicapé), une carte appelée « Passeport Loisir » permettant d'accéder gratuitement aux piscines municipales ainsi qu'à tous les musées de la ville, de bénéficier d'une douzaine de places de cinéma par an et de pouvoir circuler gratuitement dans les transports de la Communauté du Pays d'Aix (CPA) à hauteur de 20 trajets mensuels.

Toutes ces attentions démontrent un réel engagement politique local à l'égard des individus en situation de handicap, et d'une sincère volonté d'inclusion de ces personnes dans notre société.

1.3 - SAVS du Pays d'Aix :

La loi 2002-2 du 2 janvier 2002 donne un cadre juridique à ces services en les ajoutant en son article 15 à l'inventaire des établissements et services sociaux et médico-sociaux.

Les SAVS ont pour vocation de contribuer à la réalisation du projet de vie de la personne en proposant un accompagnement adapté, visant à favoriser le maintien ou la restauration des liens sociaux, dans le milieu familial, scolaire, universitaire ou professionnel, et en facilitant l'accès des personnes handicapées à l'ensemble des services offerts par la collectivité. L'article L. 312-1 1 du CASF (Code l'Action Sociale et des Familles) redéfinit le champ de l'action sociale et médico-sociale, favorisant ainsi la diversification de ses modes de réalisation¹⁸. Le régime de financement est fixé par les articles R. 314-1 et suivants du CASF. Il est à noter également que les SAVS sont concernés par le décret n° 2005-223 du 11 mars 2005.

¹⁷ www.mairie-aixenprovence.fr

¹⁸ Les articles D. 312-162 à D.312-169 du CASF précisent les modalités d'organisation et de fonctionnement des deux catégories de service concernés (SAMSAH et SAVS)

Le SAVS du Pays d'Aix a ouvert ses portes le 1er juillet 2003 pour accompagner vingt-cinq personnes adultes reconnues handicapées par la maison départementale des personnes handicapées (M.D.P.H), affectées par des troubles psychiques, suivies médicalement par un psychiatre, stabilisées et qui vivent en appartement, seules ou en couples, locataires ou propriétaires de leur logement et ce sur 365 jours. Le territoire d'intervention est celui du Pays d'Aix, la communauté d'agglomération compte 34 communes, pour 356 917 habitants et 130 017 hectares (1 300,2 km²).¹⁹

L'organisme tutélaire est le Conseil Départemental des Bouches-du-Rhône, qui a fixé en 2014, un prix de journée de 38,49 euros pour le fonctionnement du SAVS du Pays d'Aix. Divers outils méthodologiques ont été choisis au sein du service visant à assurer une cohérence des actions, tout en préservant la place de la personne accompagnée : réunions d'équipe hebdomadaire et institutionnelle tous les mois, supervisions, rencontres partenariales fréquentes, évaluation des compétences sociales, enquête de satisfaction, etc. Il me paraît important de préciser également le choix fait par le service de ne pas fonctionner avec une **file active**, préférant opter pour un accompagnement qualitatif plutôt que quantitatif, dans un respect de temporalité nécessaire pour la personne accompagnée.

L'équipe est composée d'une directrice, d'un chef de service, de deux éducatrices spécialisées, d'une assistante de service social, d'une secrétaire et d'une comptable, ce qui représente 5,13 ETP sur le service.

L'organisation est déployée sur la base d'une visite à domicile (VAD) et d'un entretien au service par semaine, en binôme. Cette volonté d'intervenir à deux dans les suivis à diverses raisons d'être : éviter le « transfert » sur un intervenant unique, avoir un regard croisé sur les situations rencontrées, ainsi que pour des raisons de sécurité et de fatigue professionnelle. La constitution du binôme se décide après concertation de l'équipe et en fonction du nombre de suivis déjà attribués. Ces rencontres régulières permettent de soutenir les personnes dans leur projet et d'élaborer avec eux des moyens renforçant leur vie sociale et quotidienne : Ceci est le cœur même du métier du SAVS.

Dans le cadre de ses accompagnements, la structure s'est équipée d'un outil informatique d'évaluation : le DCS (Descripteur de Compétences Sociales). Développé par

¹⁹ Relevé consultable en annexe II

Promoqualt, le DCS permet d'établir de façon objective et neutre, un état des lieux des compétences et savoir-faire de la personne. En effet, il croise 7 domaines de la vie quotidienne (vie sociale/budget/logement/loisirs/santé/famille/hygiène) avec 6 facteurs (responsabilité/motivation/anticipation/maîtrise de l'espace/image de soi/utilisation des acquis). Il est la base, le support, à la mise en place d'un PAP (Projet d'Accompagnement Personnalisé). Les données issues de la passation, ajoutées aux observations et analyses des professionnels, déterminent les axes de travail à prioriser.

Egalement, une mission de **coordination** est désormais attendue par le Conseil Départemental, énoncé par le cahier des charges et son avenant, en lien avec le schéma départemental 2009-2013. En effet, le SAVS a en charge l'organisation et l'articulation des actions engagées, il doit être le garant d'un parcours coordonné, sans rupture et dans le respect d'un projet de vie bien défini. Le SAVS intervient dans le pays d'Aix en tentant de fédérer les divers acteurs présents sur le territoire, qu'il soit associatif, du secteur sanitaire ou autre. Le travail partenarial est donc essentiel pour atteindre cet objectif.

Le SAVS a déjà considérablement développé son partenariat au vu de ses missions premières d'accompagnement ; L'inclusion des bénéficiaires nécessite d'avoir un réseau fourni et de multiplier les intervenants afin d'apporter le soutien nécessaire aux personnes. Cependant, il nécessiterait d'être renforcé comme le préconise un des axes de l'évaluation externe procédée en 2014 : « *Travailler sur le partenariat (développement et formalisation des conventions)*²⁰ »

Dans son ensemble, l'évaluation externe fut très positive hormis quelques points tels que celui énoncé ci-dessus. Le service est repéré, valorisé par les acteurs du secteur. Les professionnels du service sont reconnus pour la qualité de leur travail.

1.4 - Bénéficiaires du SAVS :

Afin d'établir un langage commun, il me paraît opportun de préciser la notion de handicap psychique. « *Le handicap psychique se définit plus particulièrement comme la conséquence d'une pathologie mentale avérée. Ces pathologies chroniques, même*

²⁰ Rapport d'évaluation externe du SAVS du Pays d'Aix par « CERTIF' EVAL »

lorsqu'elles sont stabilisées, génèrent des conséquences de l'ordre de l'incapacité et du désavantage que l'on peut définir comme handicap psychique »²¹.

- Les troubles psychiques en quelques « maux »

Si les multiples difficultés entravant la vie des personnes atteintes de troubles psychiques importants et durables étaient connues depuis longtemps, le recours à la terminologie « handicap » a longtemps partagé les professionnels de ce champ. Au tournant des années 2000, trois textes de nature très différente ont contribué à l'acceptation du terme de « handicap psychique » : la classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF), classification adoptée par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) en 2001²², le livre blanc de la santé mentale²³, et le rapport « Pour mieux identifier les difficultés des personnes en situation de handicap du fait de troubles psychiques et les moyens d'améliorer leur vie et celle de leurs proches »²⁴. La loi du 11 février 2005 s'est appuyée sur ces divers travaux pour redéfinir la notion de handicap et considérer l'importance de l'environnement social. En France, on peut recenser environ 6,8 millions d'adultes concernées par des limitations en lien avec un handicap psychique²⁵.

On pourrait dire que le handicap psychique est la conséquence d'une pathologie psychiatrique (ou d'une perturbation de l'équilibre psychologique) qui s'est développée en cours de vie, souvent au sortir de l'adolescence, chez une personne qui n'avait pas eu jusqu'alors de difficultés particulières. Les capacités mentales, cognitives et intellectuelles restent intactes mais se trouvent perturbées par les symptômes de ces maladies. Lorsque ces derniers s'extériorisent (délires, angoisses ou hallucinations), ils modifient le comportement et les perceptions de la personne atteinte, cette conséquence est appelée « handicap psychique ». Un traitement médicamenteux permet d'atténuer l'intensité et/ou la recrudescence de symptômes envahissants. Il tente également d'instaurer un relatif équilibre, on parle alors de « stabilité ».

²¹ Association ALPHI (2008) définition du handicap psychique

²² <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs352/fr/>

²³ Le livre blanc des partenaires de la santé mentale, associations d'usagers de la psychiatrie, de soignants et de responsables du social dans la cité. 2006

²⁴ Charzat M. <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/024000350/index.shtml>. Mars 2002

²⁵ Source opac.invs.santé.fr ; article **BEH 11** du 15 avril 2014 sur l'enquête Handicap-Santé, p. 187

Le handicap peut être de type psychotique (perception faussée de la réalité) ou névrotique (réalité bien perçue mais source d'anxiété). La schizophrénie²⁶, une des formes les plus fréquentes de psychose rencontrée dans les accompagnements du SAVS, peut revêtir de multiples formes : son expression et son intensité varie considérablement d'un individu à un autre. Selon une enquête effectuée par Handicap-Santé en 2014, l'analyse des données estime à environ 70 000 personnes schizophrènes vivant en domicile ordinaire²⁷ soit environ 1% de la population française. Si on ramène ce chiffre aux données locales de l'INSEE qui est de 355 733 habitants pour la C.P.A, cela fait environ 3560 personnes concernées au niveau local. Toutes les personnes en situation de handicap psychique ne cumulent pas forcément des difficultés dans tous les domaines développés ci-après. Les incapacités liées à ce handicap sont en permanente évolution tout au long de la vie du sujet, cependant un invariable est présent : le phénomène d'exclusion.

2eme partie : Diagnostic descriptif, stratégique et résultats des enquêtes de terrain

Il me semble important dans cette partie, de mettre en lumière les difficultés et les obstacles que rencontrent les personnes touchées par un handicap psychique. En effet, à différents niveaux, des freins viennent ralentir l'intégration de ces personnes dans notre société, voire participer à leur exclusion. Je vais étayer cette réflexion par des apports scientifiques, des données officielles, des articles et recherches documentaires.

2.1 - Les exclusions :

La population souffrant de handicap psychique est généralement confrontée à différents facteurs d'exclusion qui se surajoutent les uns aux autres, formant une chaîne et conduisant à une existence très précaire.

Au regard de la pathologie :

En tout premier lieu, l'apparition d'une psychopathologie dans la cellule familiale déséquilibre et perturbe grandement son fonctionnement. Les difficultés liées à la maladie

²⁶ Voir Annexe III : pathologie

²⁷ Source opac.invs.santé.fr ; article BEH 11 du 15 avril 2014 sur l'enquête Handicap-Santé, p.186

mettent à mal le système familial qui est souvent dépassé par l'intensité des symptômes. Le réseau amical est aussi éprouvé par l'arrivée des premiers symptômes : l'entourage ne comprenant pas les comportements étranges auxquels ils sont confrontés. La relation à « l'Autre » est difficile et complexe car le monde extérieur est souvent perçu comme menaçant. Les personnes qui le composent ne représentant pas un soutien mais quelque chose à éviter. La peur d'être jugé, à cause de comportements inadaptés, freine aussi la création de lien social. De fait, après le cercle familial et le réseau amical, la dimension de la relation sociale est souvent défaillante dans les situations des personnes atteintes d'un handicap psychique. Une dévalorisation et mésestime de soi, liée à la perte des capacités et des acquis, participe également à la situation. Les personnes se sentent différentes, incomprises et préfèrent souvent gérer seules leurs difficultés ou troubles, plutôt que d'en parler et d'être perçu comme « fou ».

Les symptômes envahissants et les mécanismes psychologiques mis en œuvre dans la maladie induisent un fonctionnement égocentré ; La pathologie prend toute la place et demeure la préoccupation majeure de la personne qui ne peut faire autrement que gérer ses perturbations. Une tendance légitime au repli est donc la suite logique de cet état « égocentré » en évolution. Cet isolement psychique impacte sur les relations amicales, ainsi que sur les personnes qui composent le tissu social proche. De la même façon, garder un emploi stable, lorsque la pathologie évolue, devient difficile pour les personnes ; du coup, la profusion de rencontres et de liens créés dans le milieu professionnel n'est plus accessible. Enfin, la vulnérabilité du sujet liée à sa situation de handicap en fait une « proie » facile dans certains cas, sa fragilité le pénalisant dans bien des domaines. Il est parfois compliqué d'investir un logement pour ces personnes en difficulté, Agnès Espinoza précise : « *Les troubles du voisinage (bruits, conflits...), l'absence d'entretien du logement, les problèmes d'autonomie, l'isolement, l'incurie, les ruptures de traitement, les problèmes d'addiction, le déni... sont les difficultés ordinaires auxquelles les équipes d'accompagnement doivent faire face afin d'éviter que les situations s'aggravent et aboutissent à l'hospitalisation, l'expulsion ou l'exclusion familiale. Si, dans l'absolu, toute personne a en elle un potentiel pour « habiter », face à la sévérité de certains troubles psychiques, c'est parfois l'incapacité à habiter qui domine.* »²⁸

²⁸ Agnès ESPINOZA diagnostic psychosocial réalisé sous la direction de Lionel DANY et Dolorès TORRES. « *Vivre comme tout le monde : loger, accompagner, réinsérer en santé mentale* » oct. 2012

Lorsque la personne est en situation de handicap psychique, elle est reconnue par la MDPH (Maison Départementale de la Personne Handicapée) et indemnisée à ce titre par l'AAH (Allocation Adulte Handicapé). Cette allocation a été modifiée par la loi du 11 février 2005 puis suite à la Conférence Nationale du Handicap du 10 juin 2008²⁹. Le montant maximal de l'AAH est de 800,45 euros depuis le 01/09/2014³⁰. Cette faible ressource financière l'éloigne de l'accès à la culture (cinéma, exposition...), de l'accès aux loisirs (vacances, activité sportive...), bref de toutes les manifestations sociales et citoyennes, la plupart du temps payantes. Les personnes privilégieront les dépenses prioritaires tel que l'alimentation, le paiement du loyer, des factures diverses... *« Concernant l'AAH, son montant la situe en dessous du seuil de pauvreté, malgré une revalorisation de 25% entre 2007 et 2012. 37% des bénéficiaires de cette allocation sont pauvres, une proportion trois fois plus importante que la population générale »*³¹. Selon le recueil de données effectué lors du stage au SAVS, et sur les 27 personnes accompagnées par le service : 7 étaient salariés, 3 touchaient le RSA et 17 bénéficiaient de l'AAH. D'ailleurs, seulement 5% des bénéficiaires interrogés estiment « être à l'aise » financièrement³². Une personne en situation de handicap, sans réseau et avec peu de ressources, présente un risque majeur d'isolement, de rupture dans son parcours de vie.

Au regard de la société : la stigmatisation

« Il ne peut y avoir de forts que là où il y a des faibles... » Nietzsche.

De manière générale, les représentations sociales servent de code commun dans les échanges interpersonnels ayant *« une visée pratique d'organisation concourant à l'établissement d'une réalité commune à un ensemble social ou culturel donnée »*³³ Les représentations sociales sont souvent stéréotypées et discriminantes en ce qui concerne les schizophrènes. On les présente comme des individus dangereux en sur-médiatisant les rares passages à l'acte, et omettant de préciser que la plupart des violences sont dirigées vers eux-mêmes. *« De nos jours, on mesure combien malgré des années d'efforts d'information, le poids de la stigmatisation demeure d'une déshumanisante réalité, dès que l'on met à jour*

²⁹ ASH n° 2838 du 20/12/2013 et n° 2840 du 03/01/2014

³⁰ ASH n°2895 du 30/01/2015

³¹ Roselyne TOUROUDE, vice-présidente de l'UNAFAM dans Union Sociale N° 284 de février 2015

³² Questionnaire et analyse des résultats consultables en annexe IV

³³ Denise JODELET « les représentations sociales » Paris, PUF, 1991

*pour quiconque, un passé psychiatrique »*³⁴. La stigmatisation que subit cette population à cause des clichés transmis via les médias, les fictions télévisuelles et l'opinion publique, contribue à ce que cette population se replie sur elle-même et finisse par contribuer à sa propre marginalisation. Selon Erving Goffman, « *le stigmaté serait la caractéristique propre de l'individu qui le discrédite aux yeux des autres ou le fait de passer pour une personne de statut moindre.* »³⁵

Tous les facteurs d'exclusion présentés, se cumulant ou non, peuvent concourir à l'établissement d'un isolement réel pour les personnes en situation de handicap psychique. **L'isolement pathologique, le repli affectif et social, l'éloignement familial induit de fait par la vie en logement autonome, un réseau amical restreint, de faibles ressources financières ou la stigmatisation sociétale sont autant d'éléments pouvant générer des situations d'isolement.**

Afin de valider ces hypothèses, il me fallait procéder à un diagnostic d'investigation complémentaire. J'ai donc construit une grille de questions à destination des professionnels du SAVS, programmé des entretiens avec eux et procédé à l'analyse des résultats obtenus. Les facteurs d'isolement³⁶, repérés par les membres du SAVS du Pays d'Aix et venant confirmer mon diagnostic, sont :

- ✓ Regard de la société sur le handicap/ stigmatisation
- ✓ Dévalorisation de la personne consciente de sa pathologie et de ses troubles
- ✓ Pathologie psychique (troubles, perte de rythme, rapports sociaux difficiles)
- ✓ Faibles ressources financières
- ✓ Manque de contacts amicaux/sociaux
- ✓ Pas d'activité professionnelle

Les entretiens menés avec les professionnels du SAVS furent des moments d'échanges riches et intéressants car ils confrontaient nos représentations respectives concernant le handicap, la solitude ou l'isolement. En effet, ces notions divergent d'un individu à un autre, d'un professionnel à un autre.

³⁴ Gilles VIDON, psychiatre des hôpitaux, chef de service à l'hôpital Esquirol de St Maurice (92)

³⁵ Erving GOFFMAN « stigmatés, concept de stigmatisation- les usages sociaux des handicaps » Editions de Minuit, 1975.

³⁶ Questionnaire et analyse des résultats consultables en annexe V

2.2 - L'isolement et ses conséquences :

L'isolement est un élément pouvant compromettre le maintien des personnes souffrant d'un handicap psychique dans leur logement. En effet, il peut venir impacter et déstabiliser un équilibre psychique établi, par le déploiement d'un sentiment de solitude exacerbé. De façon générale, la solitude est un phénomène qui touche l'ensemble de la société. Selon la fondation de France, il y a désormais 5 millions de personnes concernées, soit un million de plus qu'en 2010. La solitude peut être définie comme « *une condition psychologique qui naît du manque de rapport interpersonnels significatifs ou par la discordance entre les relations humaines qu'un sujet désire avoir et celles qu'il a effectivement qui peuvent être insatisfaites en raison de leur nature, de leur nombre, ou de l'incapacité du sujet lui-même d'établir ou de maintenir des rapports positifs et significatifs avec les autres* »³⁷. Selon Jules Bureau, psychologue clinicien : « *l'isolement est le côté sombre de la solitude. Etre sans les autres lorsque ce sont les autres qui éclairent toute notre conscience, nous réduit à souffrir sans cesse de l'ennui et de la langueur du manque* »³⁸.

Cela fait maintenant dix ans que j'évolue en tant qu'acteur de la santé mentale, et j'ai très souvent constaté cette réalité accentuée dans les situations des personnes accompagnées. D'ailleurs, plusieurs des résidents accueillis au foyer « L'orée du jour » ont déjà vécu en logement autonome et ont exprimé leur difficulté face à l'isolement et au sentiment de solitude, c'est d'ailleurs parfois une des raisons de leur présence dans la structure. En parlant des personnes souffrant d'un handicap psychique, il est énoncé que « *15% de ces personnes semblent très isolées, le rythme de rencontre des membres de la famille et des amis étant au maximum d'une fois par mois* »³⁹. Les résultats de l'enquête effectuée auprès des bénéficiaires du SAVS sont sensiblement les mêmes : **11%** des personnes se sentent très souvent seuls et souvent à **44%**. Soit en tout, plus de la moitié des personnes accompagnées signifiant leur solitude.⁴⁰

La mise en place de cette enquête fut délicate et complexe. En effet, afin de vérifier mes hypothèses concernant la solitude, il me fallait procéder à une investigation de terrain auprès des personnes concernées. L'élaboration du questionnaire engendra de nombreuses réflexions avec les membres du SAVS. Les échanges furent intenses car ils devaient nous

³⁷ « Solitude et maladie: un regard psychologique » de Luciano SANDRIN, revue Camillianum n°15, 2005

³⁸ Jules BUREAU « La solitude heureuse : *Antidote contre l'isolement et l'aliénation de soi-même* », Canada

³⁹ Source opac.invs.santé.fr ; article **BEH 11** du 15 avril 2014 sur l'enquête Handicap-Santé, p.190

⁴⁰ Questionnaire et résultats consultables en annexe IV

permettre d'établir un langage commun afin que chacun puisse mettre le même sens derrière les termes employés. La solitude est un ressenti, un sentiment subjectif variant d'un individu à un autre. Une personne entourée peut se sentir seule tandis qu'une autre, plus esseulée le vivra bien. De ce fait, elle est difficilement quantifiable.

L'isolement fit aussi débat, à quel moment peut-on dire d'un individu qu'il est isolé ? Et s'il est effectivement isolé, en souffre-t-il ? Les avis divergent selon les professionnels et les situations exposées. Cependant, les interactions que les personnes entretiennent avec le monde qui les entoure sont, elles, dénombrables. Et, si elles ne sont pas forcément le reflet d'intenses relations (comme le bonjour du commerçant du coin), elles existent quand même et peuvent être des données exploitables en termes de lien social.

Une fois les termes définis, nous avons élaboré un questionnaire en nous servant d'une enquête canadienne⁴¹ comme base. Nous avons déterminé une série de questions qui nous paraissaient pertinentes et les avons adaptées au public concerné.

L'ensemble des données qui suivent est consultable en annexe IV. Tous les bénéficiaires interrogés déclarent vivre seuls. Seulement un tiers ont une activité professionnelle et, même si la totalité des personnes ont des ressources tel que l'AAH, plus de la moitié avouent avoir des difficultés à s'en sortir et 11% se font aider financièrement par un proche. Quasiment tous les bénéficiaires sont locataires de leur logement dont un tiers ne connaît pas ses voisins proches.

La contribution des personnes pour entrer en relation n'empêche pas l'isolement vécu. Par exemple, 61% ouvrent leur boîte aux lettres tous les jours et 72% sortent quotidiennement, ce qui démontre une volonté d'être en lien avec le monde qui les entoure. On peut constater que les moyens de transport utilisés sont majoritairement le bus et la marche à pied, ce qui limite fortement les possibilités de déplacement des personnes sur le territoire : la distance géographique des lieux ainsi que la contrainte liée aux horaires et disponibilité des transports (week-end et jour férié) sont un frein dans la socialisation des personnes handicapées.

Pour autant, plus de la moitié font partis d'un groupe, club ou association. A noter que la fréquence des participations fluctue beaucoup en fonction des aléas de la maladie, 50% vont à leur activité moins d'une fois par semaine, ce qui représente peu de liens entretenus.

⁴¹ <http://statcan.gc.ca>

Les week-ends sont aussi des moments vécus parfois douloureusement, cela représente du vide et du stress pour un tiers des bénéficiaires. Egalement, presque la moitié déclare ne jamais partir en vacances.

Les personnes déclarent généralement avoir quelques amis dans leur entourage. La fréquence des rencontres ou des contacts (téléphonique, mail, courrier, etc...) varie énormément en fonction de leur état psychique. On peut quand même préciser que 39% des personnes sont en lien avec leurs amis quelques fois par mois.

17% des bénéficiaires précisent n'avoir aucun parent proche et presque un tiers ne voient un membre de leur famille que quelques fois par mois (et 16% quelques fois par an). Pour les autres, qui sont en lien fréquemment, il s'agit généralement d'une relation exclusive avec un membre de la famille (et très fréquemment la mère du bénéficiaire d'après les entretiens effectués). D'ailleurs, plus de la moitié des personnes soutenues par leur famille, considèrent pouvoir leur parler de « choses profondes ». Les résultats⁴² de cette enquête montrent qu'en cas de besoin (faire ses courses, prêter de l'argent, mener à l'hôpital), c'est principalement la famille qui est sollicitée, en tout cas pour les personnes bénéficiant d'un entourage présent (70% ont plus de 40 ans donc, pour beaucoup, leurs parents vieillissants ne peuvent plus les aider).

Plus de la moitié des bénéficiaires interrogés se sentent très seuls, les raisons principales sont pour eux :

- Le manque d'envies (69%)
- Le peu d'argent (50%)
- La maladie/ handicap psychique (50%)
- L'incompréhension/ manque d'écoute (44%)
- Le peu d'amis (31%)

A noter que « le peu d'envies » est une caractéristique, un des symptômes de la maladie psychique, appelé aussi apathie.

L'impact de la solitude peut mettre en échec des projets de vie autonome et l'équipe du SAVS fait la même analyse concernant les bénéficiaires accompagnés par leur service.

⁴² Questionnaire et résultats consultables en annexe IV

Afin de posséder tous les éléments liés au contexte et définir des constats clairs, j'ai pensé qu'il était important de procéder à un dernier diagnostic venant alimenter cette partie. En effet, tenter de repérer les points forts et les faiblesses du service me semble primordial dans la présentation des éléments contextuels.

2.3 - Diagnostic stratégique :

Un des atouts majeurs du SAVS est la forte implication de ses membres dans les suivis. Chaque professionnel s'investit pleinement dans les accompagnements en cours, est attentif aux besoins et demandes des personnes, dans l'empathie et le respect. Les valeurs portées par l'association coulent dans les veines de cette équipe éducative.

A la question : l'accompagnement proposé par le SAVS présente-t-il ses limites dans la réduction de l'isolement ? La réponse est positive à l'unanimité des professionnels interrogés. Les raisons principales en sont : le manque de partenaires externes et l'insuffisance des rencontres dans le cadre des accompagnements proposés.

L'offre de service proposée par le SAVS, avec seulement une visite à domicile et/ou une rencontre hebdomadaire, ne permet pas de résorber suffisamment le sentiment d'isolement vécu. Concernant le recensement du nombre de bénéficiaires « isolés » : 19 personnes semblent concernées sur 28 bénéficiaires⁴³ : soit plus de 2/3 des bénéficiaires évalués en situation d'isolement par les membres du service du SAVS. Le fait d'être une petite équipe (3 personnes ETP allouées aux suivis) peut être pénalisant dans certains cas. Les congés annuels, les temps de formation ou le moindre arrêt maladie, impactent sur l'organisation de travail et les suivis en cours. Dans ces situations, la charge de travail supplémentaire augmente considérablement pour chacun des membres restants. L'équipe fonctionne à flux tendu, elle est obligée de réduire le temps alloué à chaque accompagnement ou de faire des choix, en priorisant les besoins et les bénéficiaires, laissant de côté ceux qui vont le mieux.

Le risque principal de ce genre de situation est l'épuisement des équipes ou le « burn-out » dans certains cas. Le fait d'être confronté quotidiennement à la folie laisse déjà des traces chez les professionnels. Si on rajoute à cela le cumul des suivis, de tâches à

⁴³ Questionnaire et analyse des résultats consultables en annexe V

exécuter, d'heures supplémentaires et de permanences, on a de fortes chances d'arriver à saturation rapidement.

L'impact sur les accompagnements est aussi un élément à signifier car il participe à la diminution des liens existants pour les bénéficiaires. De fait, les difficultés d'organisation du service (sous-effectif) viennent alimenter le sentiment de solitude ressenti par les personnes.

Une des solutions pour le SAVS serait de pouvoir agrandir la taille de son équipe de terrain. En effet, plus de personnel permettrait de mieux absorber les aléas et imprévus du service. En ce sens, il y a peut-être une opportunité à saisir en s'appuyant sur un décret sorti récemment. Le décret n° 2014-565 du 30 mai 2014 modifie la procédure d'appel à projet et d'autorisation mentionné à l'article 313-1-1 du CASF. Entre autre, il actualise le seuil à partir duquel un projet d'extension est soumis à la procédure d'appel à projets. Il offre la possibilité aux établissements et services qui le souhaitent de se développer de 30% sans passer par un appel à projet, avec l'accord du Conseil Départemental, autorité de contrôle et de tarification. Cela représenterait un volet de 8 places supplémentaires pour le SAVS du Pays d'Aix et donc, l'embauche d'un ETP de travailleur social supplémentaire. Cette analyse tente de définir les forces, les faiblesses, les opportunités, et les menaces du service concerné. Elle permet de compléter ma démarche d'investigation en mettant en évidence certains points qui alimentent les constats déjà repérés pour le public.

2.4 - Constats :

- 1) La vie autonome dans un logement individuel, et les différents facteurs d'exclusion évoqués précédemment, participent à l'instauration d'une situation d'isolement pour les personnes souffrant d'un handicap psychique pouvant engendrer la perte d'un logement de droit commun.
- 2) L'accompagnement proposé par le SAVS présente ses limites dans la réduction de l'isolement vécu par certains bénéficiaires. En effet, la fréquence et la durée des rencontres, qu'elles soient au service ou à domicile, ne semblent pas suffisantes contre les conséquences de l'isolement vécues par certaines personnes accompagnées.
- 3) L'important réseau partenarial, déjà mis en place par le SAVS, ne suffit pas à résorber le sentiment de solitude de ces personnes et à garantir le maintien dans leur logement.

4) Les objectifs attendus par les politiques sociales en matière de logement adapté et de dispositifs novateurs ne sont pas encore atteints. De même, la coordination sectorielle, l'articulation entre les différents acteurs (social, médico-social et sanitaire) peine à se mettre en œuvre.

2.5 - Problématique:

Quel dispositif adapté pourrait favoriser le maintien des personnes dans un bail de droit commun ?

En considérant l'ensemble des facteurs d'exclusion tel que le regard de la société sur le handicap (la stigmatisation), l'impact de la maladie sur la cellule familiale, les entraves relationnelles et sociales dues à la pathologie et les faibles ressources financières, on peut supposer que les conditions d'intégration dans la société sont limitées pour les personnes atteintes d'un handicap psychique. Si on rajoute à ces éléments la difficulté d'un accompagnement plus intense par le SAVS, il apparaît pertinent de proposer une alternative, une autre solution d'accompagnement pour ces personnes en souffrance.

Pour certains individus souffrant de troubles psychiques, le dispositif des **résidences-accueil** est une réponse adaptée qui doit être encouragée par les acteurs compétents (Etat, ARS, Conseils Départementaux). Ces formules d'accompagnement s'appuient sur les travaux conduits dans le cadre du programme de recherche 2008 « handicap psychique, autonomie, vie sociale »⁴⁴.

3eme partie : Le projet

3.1 - Présentation du projet :

Les résidences-accueil sont des maisons relais associées à un service médico-social. Je vais donc en premier présenter le concept de Maison relais :

UN HABITAT SANS NOTION DE DUREE

⁴⁴ DREES et CNSA concernant l'accompagnement des personnes en situation de handicap d'origine psychique par les SAVS et les SAMSAH

Les maisons relais⁴⁵ (ex pension de famille) ont pour vocation l'accueil durable de personnes fortement désocialisées ou qui ont vécu dans la rue. Elles ne sont pas spécialisées dans l'accueil des personnes avec troubles psychiques, mais ils font partie d'un de leur public potentiel. Ces maisons relais sont destinées à l'accueil de personnes à faibles ressources, isolées ou exclues, et dont la situation sociale et psychologique, voire psychiatrique, rend impossible à échéance prévisible leur accès à un logement ordinaire. Le plus souvent, il s'agit d'un habitat communautaire de petite taille associant la jouissance de logements privatifs à la présence de lieux collectifs. Un hôte ou un couple d'hôtes est chargé du fonctionnement de la maison, ainsi que de son animation et de sa convivialité.

RESIDENCE-ACCUEIL : DES APPARTEMENTS COUPLES A UN SAVS

Elle constitue aujourd'hui la nouvelle référence dans le logement durable de type communautaire adapté à certaines personnes ayant un handicap psychique, souvent en situation de précarité ou d'exclusion. Dispositif d'insertion par le logement, la résidence-accueil occupe fréquemment un immeuble ou partie d'immeuble, composé de moins de 20 logements individuels le plus souvent de type studio. La résidence-accueil combine l'avantage d'un logement privatif complété par un dispositif de soutien social. Elle est ouverte à des personnes à faibles ressources, fragilisées et handicapées par des troubles psychiques liés à une pathologie mentale. La création d'une résidence-accueil découle de la circulaire N°2006-13 du 01 mars 2006.

Le dernier Plan Santé Mentale précise qu'accéder à un logement et s'y maintenir sont des objectifs prioritaires. *« Ils supposent d'apporter des réponses diversifiées et innovantes en matière d'accompagnement des personnes pour accéder à un logement et habiter son logement. En effet la situation des personnes porteuses de troubles psychiques génère souvent de l'isolement, une rupture des liens sociaux et des difficultés à assumer les actes et relations de la vie quotidienne. Ces situations de handicap conjuguées à des hospitalisations répétées ou prolongées amènent fréquemment les personnes à perdre leur logement, à l'errance, voire à l'exclusion sociale.*⁴⁶»

⁴⁵ La circulaire N° DGAS/SDA/2002/595 du 10 décembre 2002 relative aux Maisons-Relais a pour but « d'engager le développement d'une offre alternative de logement pour des personnes en situation de grande exclusion ».

⁴⁶ Plan Psychiatrie Santé mentale 2011-2015

3.2 - Repérage territorial :

Chez certains de nos voisins européens, ce genre de dispositif a déjà été testé. En Belgique, la personne en situation de handicap psychique fait partie intégrante de la société civile. Les pouvoirs publics ont aussi une politique de désinstitutionnalisation pour répondre d'une part aux besoins repérés de ce public et d'autre part, à des restrictions budgétaires et logistiques. En effet, la Belgique est le pays d'Europe qui comptait le plus de lits en psychiatrie au début de la décennie. Les pouvoirs publics belges ont priorisé l'expérimentation en IHP « Initiatives d'Habitation Protégées⁴⁷ » en proposant : pour la fermeture d'un lit en psychiatrie publique, que soient créées 8 places en IHP. Le concept principal est de permettre à plusieurs personnes souffrant de troubles psychiques stabilisés de vivre en colocation dans une maison avec un étayage minimaliste et séquentiel de la part d'équipes multi-professionnelles.

En France, Le principe des familles gouvernantes existe depuis les années 90, expérimenté par l'UDAF. Ce dispositif propose à des personnes souffrant de troubles psychiatriques stabilisés de partager un appartement géré par une gouvernante. Il existe dans seize départements, dont les Bouches du Rhône, qui abrite actuellement quatre appartements partagés. Ce dispositif permet la cohabitation de personnes fragiles dans un même appartement grâce à l'emploi d'une « gouvernante » qui les assiste au quotidien, environ sept heures par jour (hors week-end le plus souvent). La gouvernante prépare les repas, veille à l'hygiène, à l'entretien du logement et au bien-être des résidents. Elle peut être une auxiliaire de vie sociale, mais certaines associations choisissent des personnels plus qualifiés (travailleurs sociaux, techniciens de l'intervention sociale et familiale...). La gouvernante accompagne dans la vie de tous les jours l'ensemble des actes d'assistance, de présence et de soins prodigués afin de redonner aux personnes en tutelle un cadre de vie normal. Elle doit savoir prendre du recul face aux situations se présentant dans l'appartement afin de faire face avec à toutes les éventualités, il semble donc important de prodiguer à ces salariés une formation sur le handicap psychique. Dans certains départements, elle est dispensée par l'hôpital psychiatrique avec lequel une convention a été passée. A Marseille, l'hôpital psychiatrique Valvert rencontre une fois par mois les gouvernantes pour échanger autour de leurs pratiques respectives, et sur leurs patients communs. Une formation continue est

⁴⁷ Fédération Francophone des Initiatives d'Habitations Protégées (FFIHP). L'autonomie en question, lien social et santé mentale n°25, éditeur P. Debouverie, 2010

d'ailleurs en cours de construction, autour des limites de la fonction de gouvernante. Le médecin-psychiatre de Valvert souligne l'importance de l'articulation avec la psychiatrie, tant pour le soutien aux gouvernantes que pour le suivi des patients, même si l'hôpital ne souhaite pas intervenir dans les appartements.

Ce dispositif est organisé de manière variable selon les départements. Il est cependant toujours souple et peu coûteux. Le montage financier repose sur la prestation de compensation du handicap, qui permet de salarier une gouvernante à temps plein pour cinq ou six résidents. Les résidents payent leur loyer grâce à l'allocation adulte handicapé, et l'allocation logement.

Dans de rares départements, ce dispositif a été pérennisé sous forme de SAVS. Dans le Rhône, une expérimentation proche est actuellement réalisée au sein d'un appartement collectif de transition, qui est le tremplin pour accéder à un logement individuel. Cette expérimentation est le produit d'une collaboration entre un SAVS et un centre hospitalier psychiatrique⁴⁸. Ce fonctionnement s'apparente fortement à celui des résidences-accueil.

Avant de poursuivre dans l'avancée de ce projet, il me fallait confirmer l'écueil repéré au cours de mes recherches concernant le manque de résidences-accueil sur le territoire de la Communauté du Pays d'Aix (CPA). En cherchant dans la base FINESS (Fichier National des Etablissements Sanitaires et Sociaux) la liste des maisons relais sur le département, je me suis aperçu qu'il n'en existait pas sur la CPA.

En effet, 15 maisons relais sont recensées sur le département dont 2 en résidence-accueil : Elles sont toutes situées à Marseille (sauf une maison relais à la Bouilladisse)⁴⁹. Rien sur la Communauté du Pays d'Aix. Il n'existe donc pas de résidences-accueil sur le territoire, la création de deux maisons relais (décembre 2014 pour ALPA et mai 2015 pour Habitat et Humanisme) laisse espérer qu'un partenariat est envisageable. Des maisons relais que l'on peut aussi qualifier de pensions de famille. D'ailleurs, j'ai déjà œuvré dans le sens d'un travail partenarial avec ces structures « généraliste » en y orientant des personnes tout en maintenant un accompagnement prodigué en parallèle par le SAVS du Pays d'Aix. Mais la mixité sociale a ses limites et le handicap psychique ses manifestations : en l'occurrence, certaines difficultés sont apparues au sein du dispositif et questionnent les limites d'un habitat semi-collectif généraliste confrontées à des troubles schizophréniques. Lors d'un colloque organisé

⁴⁸ « Quelques nouvelles pratiques d'hébergement ou d'accompagnement des personnes en situation de handicap psychique ». Note réalisée par Sophie Bourgarel, chargée d'études au CREAI, en 2013

⁴⁹ <http://finess.sante.gouv.fr/>

par la FNARS (Fédération Nationale des Associations d'accueil et de Réinsertion Sociale) début 2015, j'ai pu avoir quelques informations complémentaires concernant ce dispositif en PACA. En effet, la DRJSCS⁵⁰ a réalisé une enquête en mai 2014 auprès des maisons relais dans laquelle des éléments descriptifs de la composition du parc, des caractéristiques démographiques, sociales et sanitaire du public accueilli, du parcours de ces personnes ainsi que des critères d'admission propres à chaque structure ont pu être renseignés (l'enquête a porté sur 39 établissements) Il en ressort effectivement l'existence de 15 structures sur le département accueillant 339 personnes. L'enquête fait également état d'un public en situation d'isolement : cela concerne 60% des personnes. Aussi, elle montre une proportion d'occupants ayant connu un épisode de vie sans chez soi et/ou un parcours institutionnel antérieur de 50%. En outre, la population est essentiellement originaire du département d'origine, puisqu'ils sont seulement 5,2% originaires d'un autre département de la région et 4,2% à venir d'une autre région que PACA⁵¹, ce qui démontre un réel besoin au niveau local.

De plus, ce projet de résidence accueil viendrait répondre à un appel à projet lancé par la fondation de France au niveau national. La date limite du dépôt de dossier est le 09 septembre 2016. Désormais, je vais tenter de présenter les différentes étapes de mise en action du projet que nous avons élaboré. En effet, ce travail est le reflet d'un processus collectif et construit collégalement.

3.3 - La démarche Projet :

L'idée de développer le dispositif EVA déjà existant au foyer, ou d'une colocation multiple, a déjà été abordée ces dernières années lors de réunions institutionnelles. C'est donc une proposition légitime et cohérente qui sera présentée à la Direction et aux membres du CA. La finalité de ce projet est de proposer un dispositif de logement adapté pour favoriser le maintien des personnes handicapées psychiques dans un bail de droit commun. L'objectif général qui en découle est la création d'une résidence accueil à leur intention. Pour ce faire, j'ai déterminé plusieurs objectifs opérationnels qui sont :

- Fédérer l'ensemble du personnel autour d'un projet commun

⁵⁰ DRJSCS : Direction Régionale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale

⁵¹ Rapport d'enquête auprès des pensions de famille en région PACA (Octobre 2014) accessible sur www.paca.drjscs.gouv.fr

- Penser et écrire le projet de service de la résidence accueil
- Communiquer sur le projet (à tous les niveaux)

Ces objectifs induisent la mise en œuvre d'actions concrètes que je vais détailler à présent. Un arbre à projet, synthétisant l'ensemble des étapes du projet, est disponible en annexe VI.

Action 1 : En premier lieu, je solliciterai un entretien avec l'équipe de Direction afin de partager les analyses recueillies et les résultats obtenus dans les enquêtes effectuées au sein du SAVS du Pays d'Aix. Je présenterai les bases du projet, en m'appuyant sur les politiques sociales actuelles et les attentes de dispositif novateur. En tant que cadre intermédiaire, je serai également « représentant » de la parole de l'équipe du SAVS qui a exprimé ses craintes quant au devenir associatif lors de l'évaluation externe. L'absence de vision ou de communication sur la stratégie associative inquiète certains membres du personnel. La transmission, ou plutôt le rappel, de ces éléments me semble important dans l'exercice de la fonction de chef de service, relayant les préoccupations des membres de son équipe ; d'autant plus qu'il vient renforcer le bien-fondé de ce projet.

Action 2 : Ce projet de création concerne tout particulièrement le SAVS puisque, par définition, une résidence-accueil n'existe qu'avec un suivi SAVS adossé. Pour autant, cette initiative concerne l'ensemble de l'association et tous les salariés doivent être impliqués dans ce projet collectif. Afin d'avoir un éclairage sur le ressenti des professionnels travaillant pour l'association, il serait intéressant de procéder à la mise en place d'une enquête (type FFOM⁵²). Cela permettrait à la Direction et aux membres du bureau de connaître les attentes et projections de leurs employés, leur degré de motivation et d'implication dans l'association.

Action 3 : Avec l'appui de la Direction, je solliciterai une entrevue auprès des membres du CA pour présenter le projet. Je sais que cette étape de réflexion au niveau du CA peut prendre du temps car les enjeux sont multiples et importants. Il s'agit d'entrer dans une dynamique d'évolution et de développement associatif, cela implique de l'engagement, du temps et de l'argent.

⁵² FFOM : Forces/Faiblesses/Opportunités/Menaces (outil permettant de déterminer les options stratégiques envisageables)

Il faudra également leur présenter un projet argumenté, cohérent et « bien ficelé » pour qu'ils y adhèrent et donnent leur aval.

Action 4 : Une fois l'accord du CA et de la Direction obtenu, il s'agira de présenter aux équipes la démarche en cours. Mettre à l'ordre du jour de la prochaine réunion institutionnelle la présentation du projet, et préparer cette réunion avec des supports adaptés (Powerpoint projeté sur écran), seront les préambules nécessaires au bon déroulement de la réunion. Je demanderai également que soit présent l'équipe de Direction ainsi qu'un membre du CA afin d'introduire la démarche et légitimer le projet.

Action 5 : La mise en place du FFOM viendra renforcer un peu plus le diagnostic stratégique présenté dans cet écrit, puisqu'au-delà des professionnels, seront aussi interrogés les usagers de l'association. En collaboration avec les divers chefs de service, je mettrai en place la diffusion d'une enquête (support papier) à remplir par l'ensemble des usagers et du personnel de l'association, et à remettre avant une date butoir, afin de respecter une certaine temporalité dans la mise en œuvre du projet. Cela permettra d'établir une cartographie complète des effectifs :

- Concernant les usagers : le questionnaire sera différent en fonction de leur condition de vie (au foyer ou en appartement autonome) des renseignements pourront être demandés tels que le sexe, l'âge, la situation familiale, la nature des revenus, la vie professionnelle, logement adapté, difficulté à prendre son traitement, le sentiment d'isolement...
- Concernant les professionnels : le même questionnaire sera diffusé et précisera le sexe, le statut, l'âge, l'ancienneté dans l'association, le niveau de qualification, la démarche de professionnalisation, la formation initiale en lien avec la fonction ainsi que celle sans lien avec la fonction ; le but étant d'avoir un état des lieux des compétences globales des salariés de l'association.

Action 6 : Suite à cette cartographie, je programmerai des entretiens individuels avec l'ensemble des salariés de l'association. La programmation des entretiens s'étalera sûrement sur plusieurs semaines en fonction de l'organisation de travail de chaque salarié et des prises de rendez-vous possibles. Au cours de ces entretiens seront abordés les forces et faiblesses de

l'association repérées par le personnel ainsi que les opportunités et menaces dans notre environnement. Une série de questions sur leur vision de l'association et les orientations futures, ou leur projection dans le devenir associatif seraient des indicateurs intéressants pour la mise en place de ce projet.

3.4 - Argumentaire technique et cahier des charges :

Techniquement, le concept de résidence-accueil associe maison relais et service d'accompagnement à domicile, ce qui permet d'adapter les structures aux spécificités des personnes en situation de handicap psychique. Des conventions sont passées avec le secteur psychiatrique d'une part, et un service d'accompagnement médico-social (SAVS ou SAMSAH) d'autre part, afin d'assurer la continuité des soins et l'accompagnement social nécessaires aux personnes en situation de handicap psychique.

La condition requise pour créer et animer une maison-relais repose sur un agrément préfectoral de type Résidence sociale attestant de : l'aptitude à assurer la gestion de ce type de structure sous l'angle social, technique et financier ; la compétence dans le suivi des personnes en difficulté, l'aspect privatif du logement, le concept d'habitat dans le sens d'habiter.

L'état d'esprit de la structure en font un lieu exempt du coté impersonnel des structures d'hébergement collectif. La responsabilisation, l'absence de lien de dépendance, l'équilibre contractuel relevant du droit commun en matière de logement privatif, la possibilité d'établir une relation quotidienne par une présence attentive donnent à ce type de structure un aspect innovant qui semble adapté aux personnes atteintes d'un handicap psychique. Les résidences accueil s'adressent à des personnes suffisamment stabilisées pour vivre en logement autonome, mais dont la fragilité rend nécessaire une présence qui, sans être continue, apporte sécurité et convivialité, ainsi qu'un accompagnement social.

L'admission en résidence accueil se fait par la commission d'admission de la structure, et par une orientation CDAPH pour les personnes désirant un soutien de type SAVS ou SAMSAH (il est important de préciser qu'il n'y a pas de circuit d'orientation via le SIAO comme pour les maisons-relais). Par contre, la résidence accueil représente l'une des formes du "logement social" et n'échappe généralement pas à la question des réservations. En effet, réglementairement, certains financeurs acquièrent du fait de leur intervention un droit de réservation sur une partie des logements créés, et en particulier :

- l'État à hauteur de 30 % au plus, dont 25 % pour les ménages prioritaires.
- la collectivité locale (commune), un pourcentage variable selon qu'elle est intervenue en "surcharge foncière" et/ou en "garantie d'emprunt"
- le cas échéant, l'organisme collecteur du 1 % logement. Ce droit de réservation est en fait un droit de proposition d'un candidat locataire, le gestionnaire pouvant refuser "une candidature" si celle-ci lui semble inadaptée à son projet social ou risquant de mettre en péril l'équilibre de vie. Ce droit de réservation doit être apprécié au regard des particularités du projet social et de la nécessaire "souplesse" dont doit faire preuve le "comité d'attribution". Sur ce sujet, l'annexe technique de la circulaire insiste judicieusement sur la nécessité d'un accord prenant en compte le projet social « *...compte-tenu de la nature du projet et de l'importance de parvenir à un peuplement équilibré, les règles d'attribution des logements feront l'objet d'un accord entre le gestionnaire, l'ensemble des réservataires et les services qui auront orienté vers la maison-relais les futurs pensionnaires.* » C'est ainsi que le gestionnaire doit être au cœur des attributions et donc qu'au regard du projet social, les réservataires peuvent abandonner leur droit au comité d'attribution. Notamment, c'est à lui que revient la charge « *d'établir un bilan annuel qui comportera obligatoirement un état des attributions pratiquées dans l'année* ».

Comme la résidence est une résidence sociale, les locataires ont droit à l'APL. Une étude réalisée en 2010⁵³ pour la DGCS soulignait que les loyers, ou redevances, s'échelonnent dans l'échantillon (23 résidences) de l'enquête entre 260€ et 480€, charges comprises, la moyenne se situant autour de 380€. Compte tenu des APL ou ALS perçues, le loyer résiduel varie entre 40€ et 210€, ce qui autorise, pour des résidents le plus souvent allocataires de l'AAH, un "reste à vivre" variant entre 450€ et 640 €. Les habitants des résidences-accueil, comme ceux des maisons relais, financent aussi certaines prestations comme les repas collectifs (participation demandée entre 2 et 3€ ou forfait mensuel). Les lessives sont souvent payantes (0,50€).

Les politiques sociales attendent des bailleurs sociaux qu'ils s'impliquent dans cette démarche d'inclusion des personnes en favorisant les dispositifs novateurs⁵⁴. Elles incitent donc tous les partenaires gérant des logements sociaux à participer activement pour sa mise en

⁵³ Evaluation des expérimentations : « Résidence Accueil » et « Maison Relais – Pension de famille pour personnes vieillissantes » Elise PICON, Béatrice MINET, Nathalie MONNIER – BRABANT, François LECOUTURIER, Mars 2010, DGCS

⁵⁴ Objectif 2 du 4em Plan Départemental d'Action pour le Logement des Personnes Défavorisées 2010-2014

œuvre. L'association entretient déjà des liens avec l'OPAC du Pays d'Aix puisqu'elle est locataire d'un bien dont l'entretien des locaux est à la charge de l'office HLM (le foyer « L'orée du jour »). Un partenariat existe donc déjà entre ces deux entités. Cette opportunité pourrait favoriser l'acceptation du projet par les décideurs de l'OPAC. Le développement de ce partenariat, par la mise en place du dispositif, apporterait une réponse aux attentes des politiques sociales sur le territoire. D'ailleurs, un avenant au schéma départemental précise aux bailleurs sociaux : « *le vivre-ensemble doit être davantage promu notamment par le développement des réseaux entre les acteurs du médico-social et les acteurs du droit commun sur les territoires du Département. Cette mise en réseau doit notamment permettre d'améliorer l'accessibilité au sens large sur le territoire de vie des personnes en situation de handicap.*⁵⁵ » La taille du logement souhaité pour un tel dispositif correspondrait à un étage d'immeuble. Il faudrait une quinzaine de studios ou T1 à proximité ainsi que deux pièces collectives adossées (salon/cuisine). Il me semble que seul un organisme gestionnaire comme l'OPAC peut trouver dans son parc locatif une architecture correspondante à ce dispositif. Ce partenariat est donc décisif pour la viabilité du projet.

Action 7 : Après analyse du FFOM, je solliciterai une entrevue avec l'équipe de Direction afin d'engager un échange autour des résultats. La transmission des résultats auprès du CA devra bien entendu se faire rapidement. Egalement, je demanderai à la Direction et aux membres du CA de s'impliquer, à leur niveau, dans le développement partenarial avec l'OPAC afin de faciliter l'attribution d'un bien immobilier adapté au projet. Ces négociations ne font pas partie des attributions d'un cadre intermédiaire mais relèvent de l'équipe de Direction ou de la responsabilité associative.

Action 8 : Le retour du FFOM se fera en réunion institutionnelle par le biais d'un powerpoint projeté sur écran. Les résultats seront ainsi vus par tous en même temps, ils seront commentés et la source d'échanges.

Action 9 : L'accompagnement des équipes dans la réflexion et leur implication dans l'élaboration du projet est primordial. La mise en place de plusieurs groupes de travail sur des thématiques différentes tel que la mission première de la résidence et les objectifs recherchés, les moyens nécessaires à l'aboutissement du projet, le sens et les valeurs partagées, les

⁵⁵ Orientation N°2 de l'avenant au schéma départemental PH 2014-2015

partenariats nécessaires, viendra créer la dynamique recherchée pour la mise en œuvre du projet. Il s'agira de former des groupes hétérogènes, composés de salariés des différentes structures (foyer, SAVS du Pays d'Aix, SAVS Marseille, GEM). Egalement, une invitation sera adressée aux bénéficiaires du SAVS intéressés par la démarche et voulant participer aux groupes de travail, le regard des personnes pouvant être concernées par le projet semble évident puisqu'il s'agit d'un dispositif à leur intention. Le fait d'être ensemble, sur la base du volontariat et unis autour d'un nouveau projet commun, a de fortes chances de fédérer les équipes et d'instaurer une dynamique positive.

3.5 - Construction de sens et valeurs :

A l'origine, les premières maisons relais étaient accolées à des CHRS, destinées aux personnes touchées par la grande précarité et l'exclusion. La loi d'orientation du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre l'exclusion a présenté deux orientations fondamentales dont découlent les maisons relais :

- ▶ **Un traitement des exclusions** : la loi affirme la complexité et la diversité des processus d'exclusion qu'elle entend combattre (perte d'emploi ou de logement, problèmes de santé, familiaux, financiers). De ce fait, le champ couvert par la loi d'orientation inclut l'emploi et la formation, le logement, la santé, l'éducation et la culture, la protection sociale, le surendettement, la citoyenneté, le sport, les vacances, les loisirs ou encore les transports.

- ▶ **L'accès aux droits fondamentaux** : la loi considère que le problème des personnes en difficulté n'est pas de disposer de nouveaux droits mais d'avoir effectivement accès aux droits fondamentaux existants. L'essentiel des dispositions vise donc à créer les conditions et les procédures par lesquelles cet accès aux droits sera mieux garanti dans chacun des domaines de la vie pour les personnes les plus fragilisées par les mutations de la société.

Les bienfaits des maisons-relais, par le soutien collectif et les résultats obtenus ont intéressé d'autres champs tel que celui de la Santé mentale qui prône actuellement le développement de ses dispositifs. *« En France, la prise en charge de la déficience psychique est historiquement élaborée par le secteur sanitaire. En conséquence, les dimensions de la vie*

quotidienne n'ont pas toujours été prises en compte comme elles auraient pu l'être »⁵⁶. La vie quotidienne est à la fois source de qualité de vie et d'intégration sociale, autant d'éléments défailnants dans la vie des personnes en situation de handicap psychique. Ces dimensions résonnent chez les professionnels de l'association Espoir-Provence qui voient le projet comme une évidente réponse à un besoin repéré et une réelle opportunité d'évolution de l'offre associative. C'était d'ailleurs un des souhaits évoqué lors de la récente évaluation externe : « *Les professionnels souhaitent développer l'offre de service afin de proposer une réponse adaptée aux besoins constatés sur le territoire* »⁵⁷. Cette volonté va encore plus loin puisqu'elle génère même de l'anxiété chez certains salariés. La mise en place de ce dispositif viendra rassurer l'ensemble du personnel et apaiser les inquiétudes concernant l'avenir associatif.

Le rapport effectué par la DRJSCS pose comme définition régionale du public devant être accueilli en pension de famille : « *Personne présentant un handicap social durable, ayant notamment pour conséquence l'impossibilité d'accéder directement au logement ordinaire* »⁵⁸. Cette définition correspond parfaitement au public présentant des troubles psychiques accompagné par l'association.

Les diverses réunions au sein de l'association ainsi que les avancées des groupes de travail permettront le partage de valeurs communes et donneront du sens à ce dispositif.

Action 10 : D'ailleurs, la restitution des groupes de travail devra être programmée pour être effectuée lors de réunions institutionnelles ; Le but étant de concerner l'ensemble des salariés et d'entretenir une dynamique essentielle au bon déroulement des étapes programmées. Ces retours seront le socle sur lequel s'appuyer, construits collectivement et imprégnés de valeurs communes.

Action 11 : Egalement, il me paraît essentiel de maintenir le lien avec la Direction et les membres du CA par de fréquentes rencontres, afin de partager et d'échanger régulièrement des avancées du projet, en plus des temps définis dans cet écrit.

⁵⁶ « Quelques nouvelles pratiques d'hébergement ou d'accompagnement des personnes en situation de handicap psychique ». Note réalisée par Sophie Bourgairel, chargée d'études au CREAMI, en 2013

⁵⁷ Rapport d'évaluation externe du SAVS du Pays d'Aix par « CERTIF'EVAL » p. 17

⁵⁸ Rapport d'enquête auprès des pensions de famille en région PACA diligentée par la DRJSCS. Octobre 2014

3.6 - Réponse aux attentes des politiques sociales :

« La solution de logement doit donc être adaptée à la spécificité des personnes atteintes de troubles mentaux, au regard de la compensation de leur handicap et de leurs besoins de soins. L'accès à un logement adapté peut être un levier de prévention des rechutes et des chronicisations. »⁵⁹. Les attentes de ce plan sont claires et la proposition d'un dispositif de résidence-accueil me paraît une réponse pertinente et adaptée. En y introduisant la notion de prévention, le plan induit que par le logement collectif, l'équilibre des personnes peut être maintenu. Puis, il rajoute : « Les modes d'hébergement **innovants** proposés par les établissements médico-sociaux, offrant aux personnes un véritable « chez soi » seront quant à eux encouragés. Tous les dispositifs favorisant le logement adapté (appartements associatifs, résidences accueil, familles-gouvernantes...), doivent donc pouvoir être mobilisés avec l'appui de la psychiatrie ».

De plus, le Plan Départemental d'Action pour le Logement des Personnes Défavorisées préconise le développement du nombre de places d'accueil sur le territoire : « Accroître l'offre d'hébergement de transition : maisons relais (chantier prioritaire 2008-2010 : objectif de création de 552 places en maisons relais dans le département), résidences-accueil, ALT, résidences sociales, FJT.⁶⁰ »

Le schéma régional précise que les déterminants environnementaux (conditions de l'habitat) et sociaux jouent un rôle dans l'état de santé des personnes en situation de handicap et sur son évolution. Ils peuvent aussi devenir un facteur de risque vecteur d'aggravation de l'état de santé des personnes. Il est précisé plus loin qu'un des axes opérationnels est « d'initier et de développer les « structures intermédiaires » entre le domicile et l'établissement en s'appuyant sur les expériences existantes⁶¹ ».

3.7 - Gestion des ressources humaines et financement :

Le versement d'une subvention de l'Etat destinée à la rémunération des hôtes induit de les prévoir dans les effectifs : Ils seront le pivot central du dispositif. L'accompagnement

⁵⁹ Plan Psychiatrie Santé mentale 2011-2015

⁶⁰ Objectif 2 du 4^{em} Plan Départemental d'Action pour le Logement des Personnes Défavorisées 2010-2014

⁶¹ Schéma régional 2012-2016, p.10

social est en général composé de deux éducateurs spécialisés pour une quinzaine de résidents. Du coup, le fonctionnement en binôme déjà instauré au SAVS serait pleinement adapté à la configuration requise

En appui, un réseau de professionnels et d'associations peut intervenir en fonction des besoins spécifiques des locataires : infirmiers, médecins psychiatres, tuteurs, aides à domicile, professionnels de l'insertion, associations sportives ou culturelles ; La dimension partenariale étant essentielle.

Du personnel ASI (Agent de Service Intérieur) travaillant déjà au foyer pourrait être ponctuellement sollicité. Le personnel travaille pour l'association et pourrait donc être mis à disposition pour la résidence-accueil.

Pas de nécessité d'avoir un veilleur de nuit (pas de présence nocturne)

Le service comptabilité de l'association, qui s'occupe déjà du foyer et des SAVS, pourrait prendre en charge la gestion budgétaire du dispositif.

Egalement, le GEM pourrait être un partenaire privilégié : *« Nouveaux eux-aussi et confortés par la loi 2005-102, les groupes d'entraide mutuelle sont des lieux de rencontre et de loisirs pour les personnes atteintes de troubles psychiques, confrontées à l'isolement social. Ils fonctionnent sur le mode du club, dans lequel les membres participent à des activités diverses, permettant de rétablir des liens sociaux, et sont souvent animés par des psychologues⁶² »*. La participation des « pensionnaires » aux activités du GEM serait un plus dans la proposition d'accompagnement. Egalement, la mise en place de groupes de parole regroupant des personnes accompagnées (foyer, résidence-accueil, logement autonome) permettrait, en plus d'être force de soutien, de discuter des ressentis liés à l'habitat et de partager leurs expériences respectives. Cela pourrait éventuellement faire émerger des difficultés liées au logement et permettre l'organisation d'une prise en charge adaptée aux capacités momentanées des personnes.

Le financement des maisons relais comme des résidences-accueil est assuré par l'Etat :

⁶² Note réalisée par Sophie Bourgarel, chargée d'études au CREAI

- Le financement de l'investissement, dans le cadre de travaux, est assuré par le ministère du logement au travers du Prêt Locatif Aidé d'Intégration (PLAI). D'autre part, la PALULOS⁶³ peut aussi intervenir à raison de 10% des travaux de réaménagement. Des fonds du 1% Logement en faveur des populations en difficulté peuvent être demandés. À la différence du financement d'un logement ordinaire, la subvention de l'État (PLA I foyer) prendra en compte non seulement les surfaces privatives des logements, mais également les surfaces représentées par les espaces collectifs et de circulation, permettant ainsi le bénéfice de « l'APL foyer » aux résidents. Concernant les collectivités locales (Région, Conseil Départemental et agglomération) et les autres subventions publiques, les interventions financières sont très variables d'un territoire à l'autre, voire inexistantes, ce qui pourra donc faire varier le besoin du recours aux emprunts et donc le niveau du loyer demandé par le bailleur au gestionnaire.
- Le financement de fonctionnement est assuré par le versement d'une subvention de l'Etat (Cohésion sociale) destinée à la rémunération du ou des hôtes, plafonnée à 16€ par jour et par place.
- Le financement du mobilier reste du ressort du gestionnaire. Si les logements peuvent être mis à disposition nus ou meublés, il paraît prudent que la résidence se dote au moins d'un "fond de mobilier" dans l'éventualité prévisible de recevoir des personnes qui ne disposeraient pas de meubles à leur arrivée. Outre le mobilier des chambres, demeure le mobilier des espaces collectifs qui nécessitera obligatoirement la recherche de financements privés, ou de collectivités locales, aucun financement de l'État n'étant malheureusement au niveau réglementaire prévu à cet effet.
- Le partenariat établi avec le bailleur social permettra de fixer le montant des loyers voire de bénéficier de loyers préférentiels ou déduits de charges locatives ; les négociations avec l'OPAC détermineront ces éléments.
- Les habitants payent mensuellement leur loyer en bénéficiant de l'APL. Lors d'une interview effectuée auprès de Mr Masson, chef de service de la résidence accueil « Les

⁶³ PALULOS : Prime à l'Amélioration des Logements à Usage Locatif et à Occupation Sociale

moulins » à Marseille, j'ai appris qu'il était possible d'établir une convention avec la CAF. Cela permet, pour chaque locataire, de bénéficier du montant maximal de l'APL soit 372 euros et d'y ajouter l'allocation Vie autonome de 100 euros (pour un total de 472 euros). Donc, sur une base minimale de 472 euros et en comptant une quinzaine de personnes, cela fait une somme de 7080 euros, pouvant être reversée mensuellement à l'OPAC (sans inclure la participation éventuelle des locataires).

- Le financement du SAVS dépend ensuite de la décision du Conseil Départemental qui fixera le prix de journée de l'accompagnement (quand celui des SAMSAH est conjoint Conseil Départemental / assurance maladie).
- Comme évoqué précédemment, le Décret du 30 mai 2014 précise que « *Le seuil mentionné au I de l'article L. 313-1-1 , à partir duquel les projets d'extension d'établissements ou de services sociaux et médico-sociaux doivent être soumis à la commission de sélection, correspond à une augmentation d'au moins 30% de la capacité de l'établissement ou du service, quel que soit le mode de définition de la capacité de l'établissement ou du service prévu par les dispositions du code pour la catégorie dont il relève.*⁶⁴ »

L'augmentation du nombre de bénéficiaires accompagnés par le service (avec un minimum de 15 personnes) induirait deux embauches supplémentaires. Ce décret pourrait donc permettre le financement de 2 ETP (environ 80 000 euros/an) venant renforcer l'équipe existante et permettre l'accompagnement de la résidence-accueil. De plus, ce décret offre une réelle opportunité de développement pour les structures et associations désirant améliorer leur offre de service et répondre à des besoins repérés, tel que celui évoqué dans cet écrit.

Il est également possible, dans certains départements, de faire la demande d'une mise en place de PCH (Prestation de Compensation du Handicap), nominative pour chaque pensionnaire, afin de bénéficier d'une aide à domicile. Le cumul de plusieurs PCH pourrait financer une intervention régulière dans la résidence-accueil par un professionnel extérieur. Ce montage pourrait également permettre la création d'un nouveau partenariat avec un service d'aide à la personne du territoire, si un budget y était alloué. Sur le département des Bouches-

⁶⁴ Décret n°2014-565 du 30 mai 2014 qui modifie l'article D. 313-2 du CASF

du-Rhône, l'attribution d'une PCH pour un handicap psychique doit être fortement argumentée et justifiée. En effet, il semble que cette compensation soit principalement destinée aux personnes touchées par un handicap physique ou moteur. Cependant, lors de ma rencontre avec le responsable de la résidence accueil « Les moulins », j'ai appris que la MDPH avait accepté 6h de ménage par pensionnaire soit le financement de 2,5 ETP auxiliaire de vie en cumulant les PCH accordées. Quelques soient les aides supplémentaires éventuelles, j'ai proposé un budget de fonctionnement de base pour la résidence accueil, en collaboration avec la comptable de l'association, qui est consultable en annexe VII.

L'accord de la commune d'implantation est indispensable, il conditionne le cas échéant l'octroi d'une subvention pour surcharge foncière (qui conditionne elle-même l'octroi de la subvention pour surcharge foncière de l'État) ainsi que l'octroi d'une garantie communale pour les emprunts contractés auprès de la CDC⁶⁵. Toutefois, en cas de refus par la commune pour des projets financés par le PLAI comme c'est le cas des Pensions de famille, la garantie peut être demandée à la CGLLS⁶⁶. Eventuellement, l'instauration d'un partenariat avec la mairie d'Aix-en-Provence, au vu des orientations politiques locales de la ville et de l'attention particulière portée aux personnes atteintes d'un handicap psychique, pourrait être d'un grand soutien. Des accords pourraient permettre, soit l'attribution des subventions évoquées, soit de bénéficier de prestations diverses pour les habitants de la résidence-accueil.

Action 12 : D'ailleurs concernant le partenariat, je planifierai aussi des rencontres avec l'ensemble des acteurs locaux concernés et définis au préalable : secteurs psychiatriques et structures hospitalières, infirmières libérales, mairie, services sociaux et d'aide à la personne, ESAT, associations culturelles telle que « Culture du cœur » qui offre des places de spectacles, concerts et autres événements dans la ville aux personnes en difficulté, etc...

Action 13 : Une fois la gestion des ressources humaines définie et le financement clarifié, je demanderai à nouveau un entretien avec la Direction afin de lui soumettre cette proposition et avoir son éclairage sur le montage financier. L'expérience et les connaissances de cette position hiérarchique sont riches d'enseignements dans le domaine évoqué. Bien entendu, la transmission des avancées du projet suivra auprès du CA qui donnera, ou non, son aval.

⁶⁵ CDC : Caisse des dépôts et consignations

⁶⁶CGLLS : Caisse de Garantie du Logement Locatif Social

3.8 - Organisation de travail et fonctionnement :

Action 14 : de nouveau, je privilégierai la réflexion sous forme de groupes de travail. Divers thèmes devront être abordés, les professionnels et les bénéficiaires présents choisiront les groupes dans lesquels ils s'inscriront, toujours sur la base du volontariat et pour un nombre de séances définies au préalable. Les thématiques seront variées : Fiche de poste concernant les hôtes (plusieurs mi-temps ou 2 ETP), organisation de la vie quotidienne, articulation du travail entre les hôtes et le binôme éducatif, les procédures et protocoles, horaires de travail et fréquence des interventions du SAVS, évaluation du dispositif, etc...

Je vais présenter un exemple d'organisation possible. Le rôle des hôtes sera d'aider à l'organisation de la vie quotidienne et des repas (ménage, courses, confection de menus, repas collectif). Ils seront également sollicités dans l'instauration d'une dynamique positive, d'entraide mutuelle et de soutien entre les habitants. Ils seront, en quelque sorte, les garants d'un climat paisible et sécurisant dont les personnes ont besoin pour évoluer sereinement.

La fonction d'hôte exige une très grande polyvalence : outre la gestion locative et administrative, lui sont confiées, par les circulaires du 16 novembre 2006 et de décembre 2002, des missions :

- de définition conjointe avec les résidents des modalités de la vie collective.
- d'organisation, avec les résidents, d'activités communes ou d'animation des espaces et des temps communs à tous les pensionnaires avec un principe de réunion périodique avec les pensionnaires, indispensable à la régulation de la vie de la maison.
- de régulation des relations entre les résidents.
- d'écoute pour pouvoir faire face aux difficultés d'ordre individuel ou collectif.
- de collaborations avec les services sociaux et les services de santé de proximité ou de maintien, le cas échéant, des contacts avec les services qui ont orienté le pensionnaire vers la structure.
- d'organisation de liens avec le voisinage et l'environnement local de la maison: mairie, services sanitaires et sociaux, équipements publics, structures d'animation et de loisirs, pour l'ouvrir au tissu social de proximité.

- de vigilance et d'alerte sur les problèmes rencontrés par ou avec les résidents⁶⁷.

Le binôme éducatif aura en charge le suivi des projets individuels des personnes, un travail d'écoute et de soutien, de favoriser les liens familiaux et la dynamique de relation sociale. L'orientation vers les partenaires existants sera aussi un des leviers possibles pour l'inclusion sociale des personnes. Le binôme sera en étroite collaboration avec les hôtes. De fréquentes rencontres permettront un réel travail partenarial et seront un soutien essentiel pour les hôtes. Ils œuvreront conjointement au maintien d'un équilibre au sein de la résidence ou pour le désamorçage de situations critiques.

Une intervention hebdomadaire de 3h pourra être effectuée par du personnel ASI (Agent de Service Intérieur) déjà employé au foyer « L'orée du jour ». Elle permettra un entretien des logements individuels et des parties communes, en plus du ménage quotidien fait par les pensionnaires de la résidence. De la même façon, l'agent technique rattaché au foyer pourra intervenir ponctuellement pour des petits travaux d'entretien.

Pas de présence nocturne, ni les week-ends et jours fériés.

Une permanence téléphonique sera mise en place en cas d'urgence, via le foyer qui bénéficie d'une présence continue (24h/24 et 7j/7). Au niveau des cadres, un système d'astreinte est déjà instauré, il suffira d'y inclure le dispositif.

Le personnel impliqué dans la résidence-accueil (hôtes et ASI) pourrait également bénéficier de temps de supervision ou d'analyse des pratiques, déjà instaurés au sein du SAVS, afin d'avoir un étayage et un soutien dans les situations rencontrées.

Dans ce même esprit mutualiste, le foyer pourrait convenir d'une mise à disposition ponctuelle de matériels ou de véhicule pour la résidence-accueil. En effet, les instruments de musique ne sont utilisés qu'une fois par semaine au foyer, idem pour le matériel de sport et bien d'autres encore. Egalement, le foyer possède plusieurs véhicules souvent disponibles. Une planification programmée des « prêts » apporterait un cadre repéré par tous, permettant d'organiser des sorties sans parasiter le fonctionnement déjà en place.

⁶⁷ DGCS –1355- Evaluation des expérimentations "Résidences Accueil" et "Maisons Relais » pour personnes vieillissantes. Mars 2010, p. 85

Action 15 : Quel que soit l'organisation de travail et le fonctionnement retenu par les différents groupes de travail, il s'agira de procéder à une restitution de leurs réflexions en réunion institutionnelle et de les partager à nouveau collectivement pour les soumettre à débat voire les perfectionner. L'équipe de Direction devra prolonger la réflexion et compléter le travail engagé par ses équipes en y apportant sa contribution : Elle devra évaluer la viabilité des propositions et, sûrement, clarifier certains points d'organisation et de fonctionnement.

Action 16 : Je ferai ensuite une synthèse de tous les travaux effectués dans les diverses instances. Il s'agira de regrouper les comptes rendus de réunions, les propositions des divers groupes de travail, les rencontres partenariales, etc...) Cela permettra de finaliser le projet et de présenter aux membres du CA, le dispositif retenu pour sa validation.

Action 17 : Par la suite, je demanderai la prévision d'une réunion institutionnelle allouée à la présentation du projet abouti, où sera reprise l'intégralité du travail collectif. Je pense que cette dernière démarche interne est essentielle pour plusieurs raisons. Le personnel a pris sur son temps de travail pour répondre à l'enquête et procéder à l'entretien individuel (FFOM). Certains auront également participé aux différents groupes de travail proposés. Il paraît donc logique de restituer, à ceux qui l'ont créé, le résultat obtenu de ces longues réflexions.

Quel que soit l'issue final du projet, concrétisé ou non, il est le fruit d'une implication et d'un investissement dans une dynamique d'évolution associative. Pour cela, le projet doit être diffusé à tous ceux qui y ont collaboré. De plus, le sentiment de « l'objet fini » est une fierté partagée qui clôt ce travail de coopération entre les salariés des différentes structures. L'énergie dépensée, le temps passé ensemble autour d'un objet commun, et son aboutissement collectif, fédère généralement les individus et unifie ses participants. Bien entendu, la synthèse des travaux sera aussi envoyée aux bénéficiaires ayant participé à l'élaboration du projet.

Action 18 : Procéder aux démarches concernant la demande d'agrément (DDCS)⁶⁸ et les diverses autorisations nécessaires (commissions). En effet, la suite du projet devra s'atteler à la mise en conformité de la résidence-accueil au vu du cahier des charges définies et à l'obtention d'un agrément de résidence sociale. Une commission de « sécurité » est

⁶⁸ Direction Départementale de la Cohésion Sociale

obligatoire mais le dispositif n'est pas soumis aux normes d'hygiène réglementaire concernant les foyers de vie, ni à la mise en place des outils de la Loi 2002-2. Le bailleur social peut quand même demander qu'on lui transmette les différents contrats de maintenance souscrits par l'association pour l'entretien de ses locaux. Egalement, un accord tripartite peut être instauré entre l'association gestionnaire (Espoir-Provence), le bailleur social (OPAC) et la DDCS.

4eme partie : L'évaluation

La circulaire DGAS/4 A N° 2004-412 du 02 septembre 2004 rappelle que le mémoire projet « *rend compte d'une démarche de conception, de programmation et d'évaluation d'un projet d'action référé à un domaine de l'action sociale et traité dans une position d'encadrant ou de responsable d'unité d'intervention sociale* ». Au-delà de cette injonction, l'évaluation est un élément intégré dans nos pratiques professionnelles depuis longtemps et semble couler de source de nos jours. La loi 2002 a fortement contribué à cette évolution et impacté sur les projets et les prises en charge qui étaient peu évaluées jusque-là. Depuis quelques années, la culture évaluative est très présente au sein de l'association et de ses structures, cette démarche paraît donc évidente et légitime dès qu'un projet est proposé ; de plus qu'un nouveau dispositif va forcément générer des effets sur l'ensemble de l'association.

Je vais donc présenter, dans cette dernière partie, les différents niveaux d'évaluation possibles.

4.1- Point sur l'évaluation interne :

L'association Espoir-Provence a formé un de ses salariés (éducateur en poste au foyer L'Orée du jour) et l'a institué « référent qualité » de l'association. A ce titre, il s'est occupé de réunir les éléments nécessaires à la mise en place de l'évaluation interne pour tous les établissements et services. Les équipes auraient pu choisir des grilles déjà préétablies mais la spécificité du public accompagné, et la volonté d'avoir un outil adapté à nos pratiques, les ont fait opter pour une autre approche.

Sur les bases des recommandations de l'ANESM et soutenu par une personne extérieure à l'association, experte dans l'évaluation, le « référent qualité » nous a donné les bases pour élaborer collectivement notre propre outil d'évaluation. Ce fut donc collectivement

que nous avons défini les critères et indicateurs qui allaient servir pour ce travail d'auto-analyse. Cet exercice demanda du temps et de l'implication mais il a permis à l'ensemble du personnel de s'exprimer, de débattre et d'avoir une réflexion de qualité sur nos missions : « *Il a été constaté que lors de la mise en œuvre de la démarche Qualité en général (évaluation interne et plan d'amélioration continue), des effets positifs ont bien été identifiés et ont permis de constater* »⁶⁹ :

- L'instauration de débats sur les valeurs et moyens des actions conduites.
- La production d'une analyse collective des écarts, grâce à une dynamique générale issue de l'implication de chacun des acteurs concernés.
- La définition des priorités d'actions.
- L'émergence d'une réflexion collective dans le cadre d'une meilleure prise en compte des attentes et besoins de la personne et des familles.

Au niveau du SAVS, les résultats de l'évaluation interne ont mis en évidence la nécessité de renforcer le travail avec les familles, ils sont les premiers partenaires et souvent les plus proches du bénéficiaire. Une enquête pourrait leur être adressée afin de connaître leur point de vue sur le projet et bénéficier des conseils qu'ils pourraient apporter au dispositif.

De plus, les membres de l'association ainsi que leurs adhérents, ont tous dans leur entourage, un membre de leur famille touché par un handicap psychique. Il serait également intéressant de connaître leur avis sur la résidence-accueil, et sur les évolutions associatives qu'ils souhaiteraient. La mise en place d'un questionnaire à destination des familles des bénéficiaires du SAVS mais aussi adressé aux adhérents de l'association semble pertinent en ce sens. Aussi, il viendrait répondre aux attentes de l'évaluation interne prônant cette dimension partenariale avec les familles.

4.2 - Point sur l'évaluation externe :

L'évaluation externe effectuée par CERTIF'EVAL s'est déroulée en janvier 2014, le rapport final étant en date du 28/01/2014. « *L'ensemble des salariés des structures ont participé au questionnement évaluatif avec le soutien des coordonnateurs et chefs de service*⁷⁰ ». Le rapport d'évaluation externe stipule que la structure s'est dotée d'un outil

⁶⁹ Rapport d'évaluation externe du SAVS du Pays d'Aix par « CERTIF'EVAL » p. 23

⁷⁰ Rapport d'évaluation externe du SAVS du Pays d'Aix par « CERTIF'EVAL » p. 23

pertinent d'évaluation (par Promoqualt) permettant la réalisation de diagnostics des compétences sociales des usagers. « *L'utilisation du DCS semble produire des effets positifs sur l'accompagnement car il permet la participation des bénéficiaires à la définition, la mise en œuvre et le suivi de leurs actions*⁷¹ ». Ce DCS (Descripteur de Compétences Sociales) sert d'appui à l'élaboration du projet d'accompagnement des bénéficiaires. Pour autant, cet outil présente ses limites et la réactualisation des items semble une évidence, certaines questions sont obsolètes, dépassées voire intrusives. La dimension de l'état psychique des personnes n'y est pas traitée non plus, sachant que c'est un facteur essentiel qui détermine la capacité de mise en œuvre des bénéficiaires à la conduite de leur projet. Il pourrait être intéressant de fusionner les domaines existants « vie sociale » et « loisirs » (puisqu'ils sont similaires) afin d'introduire un nouveau domaine « santé psychique ». L'équipe du SAVS pourrait définir une série de questions venant balayer cette dimension et enrichir cet outil perfectible.

Comme déjà évoqué précédemment, les professionnels ont profité de cette évaluation externe pour exprimer leur crainte quant au devenir associatif. « *Les professionnels ont manifesté leur inquiétude par l'absence de vision ou de communication interne sur une stratégie associative prospective orientée soit vers des projets d'extension, soit sur des projets de création, soit sur des projets de coopération/mutualisation/rapprochement externe*⁷² ». Il apparaît important de résorber ces inquiétudes, légitimées par le flou et le manque de projection dans l'avenir. Ce projet de création d'un dispositif novateur pourrait être une réponse à ces doutes concernant le développement associatif.

4.3 - Plan d'amélioration continue de la qualité :

Un PACQ (Plan d'Amélioration Continue de la Qualité) a été rédigé et présente le calendrier des actions correctives étalées sur 5 ans de 2013 à 2017. Il fait apparaître les priorités du service⁷³ :

- Le projet associatif attendu par les salariés qui fixera des repères et la position associative pour se construire.
- Le projet de service doit être travaillé de façon participative car il reste méconnu.

⁷¹ Rapport d'évaluation externe du SAVS du Pays d'Aix par « CERTIF'EVAL » p. 21

⁷² Rapport d'évaluation externe du SAVS du Pays d'Aix par « CERTIF'EVAL » p. 18

⁷³ Rapport d'évaluation externe du SAVS du Pays d'Aix par « CERTIF'EVAL » p. 23

- Travailler sur le partenariat (développement et formalisation des conventions).
- Etre reconnu comme « organisme de formation » : c'est une vision stratégique de l'équipe éducative qui permettrait de faire partager ses pratiques et donner des bases de « compréhension à la maladie psychique » ou « l'entrée dans le logement ». Les professionnels se sentent compétents pour dispenser des formations en externe.

Ce dernier point vient renforcer le troisième constat évoqué dans cet écrit concernant la dimension partenariale à améliorer. En effet, les principaux partenaires sont la clinique La Jauberte, l'association ALPA, le CH Montperrin, le SIAO, la MDS CG 13, les GEM-club, l'association PARCOURS 13, l'association IPSIS (Elisa 13 et ESAT Open), culture du cœur, Adoma, Habitat et Humanisme. La résidence-accueil, telle qu'elle est pensée actuellement, viendrait étoffer le réseau existant et l'enrichir des divers intervenants cités : autres structures hospitalières (La Lauranne par exemple), infirmières libérales, mairie, services sociaux et d'aide à la personne, autres entreprises d'insertion par le travail, associations culturelles nouvelles, etc...

Dans le cadre du PACQ, le service travaille actuellement sur une réflexion relative à l'éthique. Le principe « d'axes d'amélioration continue » induit que tout système est perfectible, qu'il peut constamment évoluer pour une meilleure efficacité. On pourrait dire que l'amélioration continue est un processus dynamique, un cycle sans fin tel que le montre ci-dessous la roue de Deming :



Je pense que l'évolution de nos pratiques professionnelles, de nos relations avec les usagers, en fait partie. Le positionnement des professionnels dans la résidence-accueil est un point important ne devant pas être négligé car, de leur attitude va dépendre l'évolution du dispositif.

Une prise en charge se voulant respectueuse :

L'intervention sociale telle qu'elle est parfois décidée et menée par les experts et professionnels, au nom des personnes et à leur place ne correspond pas à la rhétorique des droits à l'autonomie, à la dignité, à la citoyenneté proclamée par les législations sociales en vigueur. Comment mener une intervention sociale dans le respect des droits fondamentaux de l'individu et avec l'intention d'apporter un mieux-être et une atténuation des souffrances subies ?

Prendre conscience des rapports inégalitaires qui existent entre les professionnels et les bénéficiaires peut mener à changer les attitudes et l'articulation de ces relations : « *Le recours à des approches et à des modes d'intervention... misant sur l'accompagnement et visant l'« empowerment »... témoigne d'une telle conscience et d'une transformation d'attitudes et de façons de faire* »⁷⁴. Si cette prise de conscience est indispensable et correspond déjà à une posture professionnelle modifiée, il ne faut pas nier la difficulté de mise en œuvre d'un tel accompagnement : elle est fondée sur notre capacité permanente de professionnels à entretenir des rapports de réciprocité, à mettre en pratique le droit à l'altérité, à accepter l'autre comme un autre « soi-même », à lui reconnaître des capacités et potentialités équivalentes aux nôtres. Je pense qu'un soutien des professionnels doit également être instauré afin d'éviter le retour en force de comportements ne correspondant pas à cette éthique et conserver toute la lucidité nécessaire à ce travail d'accompagnement.

Les fortes valeurs associatives d'Espoir-Provence imprègnent déjà nos pratiques, on peut les qualifier d'éthique. Elles doivent être partagée par tous les salariés participant au projet, débattues et entretenues régulièrement par des réunions professionnelles mais également à l'occasion du suivi des accompagnements des personnes. « L'analyse des pratiques » ou l'intervention d'une psychologue en interne pourrait être judicieux afin d'œuvrer dans ce sens, et induire un juste positionnement des professionnels. Il me semble

⁷⁴ Guy Bourgeault, L'intervention sociale comme entreprise de normalisation et de moralisation, Nouvelles pratiques sociales, Une pragmatique de la théorie, vol. 16, N°2, 2003, Université de Québec à Montréal

que cette initiative de remise en question régulière est dans l'esprit de la démarche d'amélioration continue de nos pratiques.

4.4 - Evaluation du projet : critères de surveillance et indicateurs

Je tiens tout d'abord à préciser que j'ai longuement hésité sur l'instauration ou non d'un comité de pilotage pour la supervision de ce projet. Il me semblait pertinent de pouvoir se référer régulièrement à une instance de pilotage : composée de la Directrice, d'un membre du conseil d'administration, du référent qualité et éventuellement d'un intervenant extérieur (tel que la FNARS⁷⁵, l'URIOPSS⁷⁶ ou le CREAI⁷⁷ par exemple). Ce comité aurait suivi, de façon fréquente, les avancées du projet et donné son aval (ou des réajustements à faire) au fur et à mesure des étapes programmées. Pour des raisons pratiques d'organisation, et au vu des disponibilités des personnes concernées, j'ai préféré opter pour des rencontres régulières avec la Direction et le CA pour faire valider les différentes phases du projet.

"Tout ce qui peut être compté ne compte pas nécessairement ; tout ce qui compte ne peut pas nécessairement être compté" (Albert Einstein).

Afin de pouvoir évaluer correctement un projet, il est nécessaire de définir au préalable des critères, des indicateurs précis et des outils de recueil pertinents ; de leur choix dépendra la précision de l'évaluation. Un tableau récapitulatif situé en annexe VIII présente la démarche d'évaluation retenue pour chaque objectif.

Repérage hebdomadaire :

Tout d'abord, l'évolution du projet pourra être repérée facilement à travers les comptes rendus de réunions de travail. Cette traçabilité hebdomadaire donnera des indications sur les avancées du projet dans le temps, puisque la résidence-accueil ne sera pas à l'ordre du jour chaque semaine. Le regroupement des comptes rendus hebdomadaires, dans lesquels sera évoqué la résidence-accueil, permettra d'avoir un éclairage sur sa progression.

⁷⁵ Fédération Nationale des Associations de Réinsertion Sociale

⁷⁶ Union Régionale des œuvres et Organismes Privées Sanitaires et Sociaux

⁷⁷ Centre Régional d'Etudes, d'Action et d'Information en faveur des personnes en situation de vulnérabilité

Repérage mensuel :

Des comptes rendus de réunions institutionnelles et inter-services seront aussi des indicateurs précis pour l'évaluation de ce projet. Ces réunions, pensées et datées au préalable, permettront de voir si les objectifs fixés ont été atteints dans les délais prévus. Egalement, elles seront l'endroit où seront déposés les difficultés et freins rencontrés dans le processus en cours.

Groupe de travail :

Egalement, des comptes rendus réguliers des groupes de travail viendront alimenter l'évaluation générale du projet. Les contenus feront état des avancées du projet et de propositions concrètes concernant les thèmes débattus dans chaque groupe. Ils seront bien évidemment datés et permettront d'évaluer la progression des réflexions engagées.

Il me semble aussi que la régularité et l'assiduité des salariés dans les groupes de travail peut être un indicateur intéressant. Les participants formant les groupes, et travaillant sur une thématique précise, sont les mêmes d'une session à l'autre. Leur présence est donc indispensable tout au long du processus (sauf cas particulier de maladie ou de congés), elle illustrera la motivation des participants dans la mise en œuvre du projet, leur intérêt de le voir aboutir.

La participation effective des salariés, leur « engouement » dans les différents groupes de travail montrera aussi leur degré d'implication dans ce projet. On peut être présent sans apporter sa contribution dans la réflexion : contenus riches et nombreux échanges sont le reflet d'un travail de qualité. Les débats retranscrits, l'évolution des réflexions engagées ou la pertinence des propositions faites, peuvent démontrer de l'investissement des participants.

Diagramme de Gantt :

Le diagramme de Gantt (du nom de son inventeur) permet une lecture rapide des étapes du projet. Il donne une visualisation dans le temps des différentes tâches le concernant. C'est une représentation graphique qui présente en abscisse une échelle de temps et en ordonnée, les diverses étapes ou actions à mener. Le diagramme de Gantt permet de planifier les séquences d'un projet mais aussi de communiquer le planning d'exécution et d'identifier les éventuelles marges. Il permet de suivre le déroulement du projet et le respect du planning

prévisionnel : Le diagramme de Gantt donne donc toutes les indications évaluatives des avancées du projet⁷⁸.

Diagramme de PERT⁷⁹ :

Il est un outil complémentaire du diagramme de Gantt. Il montre l'enchaînement des actions à conduire en prenant en compte les contraintes d'antériorité et de succession des tâches. Telle action ne peut être menée qu'après telle étape effectuée, si la première prend du retard, elle impactera sur la suivante. Cet outil permet de repérer les blocages rencontrés, ainsi que de les analyser pour les dépasser. Le diagramme de PERT du projet est consultable en annexe X.

Conclusion :

Beaucoup de démarches seraient encore à prévoir mais à ce stade du projet, il me paraissait inutile d'aller plus loin sans avoir les agréments, les locaux, ou les finances. Je pense plus particulièrement à la mise en place du réseau et à l'établissement des conventions partenariales, au recrutement des ETP, au règlement intérieur, à la commission d'admission de la résidence, aux instances de participation des locataires et aux nombreuses étapes suivantes. Il me semble que la création d'une résidence accueil peut répondre à la problématique évoquée dans cet écrit et l'introduction d'un dispositif alternatif permettra d'étoffer l'offre de service déjà existante de l'association : Un schéma situé en annexe XI représente le futur développement associatif.

« La psychiatrie est un enjeu majeur de santé publique, un peu méconnu, oublié des débats et du financement de la recherche, alors qu'il a été démontré par l'OMS que les maladies mentales seront d'ici à une dizaine d'années au premier rang des causes mondiales de handicap, dépassant les maladies cardiovasculaires et les cancers »⁸⁰. Il faut donc s'intéresser de près aux modes de prise en charge adaptés pour ce public, imprégnés d'humanité et de respect. D'ailleurs, au niveau mondial, un plan d'action global pour la Santé Mentale 2013-2020 a été établi venant renforcer cette préoccupation : « l'idéal que poursuit le plan d'action est un monde qui reconnaît l'importance de la santé mentale et la nécessité de la promouvoir, de la protéger et de prévenir les troubles mentaux, un monde où les personnes

⁷⁸ Diagramme de Gantt consultable en annexe IX

⁷⁹ PERT : Program Evaluation and Review Technology

⁸⁰ Rapport déposé le 18 décembre 2013 par la commission des affaires sociales en conclusion des travaux de la mission sur la santé mentale et l'avenir de la psychiatrie

souffrant de ces troubles peuvent exercer pleinement l'ensemble de leurs droits fondamentaux et accéder en temps utile à des soins et à un soutien social de qualité et culturellement adaptés qui facilitent leur guérison, afin qu'elles puissent jouir du meilleur état de santé possible et participer pleinement à la société et à la vie professionnelle, sans aucune stigmatisation ni discrimination ».

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Ouvrages :

BAUDURET Jean-François, JAEGER Marcel « Rénover l'action sociale et médico-sociale », Paris, Dunod, 2002, p. 3

BLEULER Eugen « Dementia Praecox ou groupe des schizophrénies » Ed. de l'école Lacanienne de psychanalyse, 1911.

BOURGAREL Sophie, chargée d'études au CREA, en 2013 « Quelques nouvelles pratiques d'hébergement ou d'accompagnement des personnes en situation de handicap psychique »

BUREAU Jules « La solitude heureuse : *Antidote contre l'isolement et l'aliénation de soi-même* » Rawdon, Quebec, Canada

CIM-10. Chapitre V : schizophrénie –juillet 2003 -OMS

COUTY Edouard et Roland CECCHI-TENERINI « Missions et organisation de la santé mentale et de la psychiatrie », janvier 2009, p. 23

DUTRENIT J.M « La compétence sociale : diagnostic et développement» L'Harmattan, Paris, 1997

ERASME Didier « Eloge de la folie », 1511

ESPINOZA Agnès, diagnostic psychosocial réalisé sous la direction de Lionel DANY et Dolorés TORRES. « Vivre comme tout le monde : loger, accompagner, réinsérer en santé mentale » oct. 2012

FOUCAULT Michel « Histoire de la folie à l'âge classique », collection Gallimard, 1961

GOFFMAN Erving « stigmates, concept de stigmatisation- les usages sociaux des handicaps » Editions de Minuit, 1975.

JODELET Denise « les représentations sociales » Paris, PUF, 1991

« Le livre blanc des partenaires de la santé mentale », associations d'usagers de la psychiatrie, de soignants et de responsables du social dans la cité. 2006

PICON Elise, Béatrice MINET, Nathalie MONNIER – BRABANT, François LECOUTURIER, Evaluation des expérimentations : « Résidence Accueil » et « Maison Relais – Pension de famille pour personnes vieillissantes » Mars 2010, DGCS

BOURGEAULT Guy « L'intervention sociale comme entreprise de normalisation et de moralisation », Nouvelles pratiques sociales, Une pragmatique de la théorie N°2, 2003, Université de Québec à Montréal

Articles :

Actualités Sociales Hebdomadaire n° 2838 du 20/12/2013

Actualités Sociales Hebdomadaire n° 2840 du 03/01/2014

Actualités Sociales Hebdomadaire n° 2895 du 30/01/2015

BEH 11 du 15 avril 2014 sur l'enquête Handicap-Santé, opac.invs.santé.fr p.186

BEH 11 du 15 avril 2014 sur l'enquête Handicap-Santé, opac.invs.santé.fr, p. 187

BEH 11 du 15 avril 2014 sur l'enquête Handicap-Santé, opac.invs.santé.fr p.190

Fédération Francophone des Initiatives d'Habitations Protégées (FFIHP), L'autonomie en question, lien social et santé mentale n°25, éditeur P. Debouverie, 2010

Revue Agile, 2004, Régine DIETSCH WEISSERT, article « la stigmatisation des personnes handicapées »

Revue Camillianum « Solitude et maladie : un regard psychologique » article de Luciano SANDRIN, n°15, 2005

Union Sociale N° 284 de février 2015 TOUROUDE Roselyne, vice-présidente de l'UNAFAM

Union Sociale N° 284 de février 2015 ROCHON Alain, président de l'APF

Consultations Internet :

www.mairie-aixenprovence.fr

www.unafam.org/la spécificité du handicap psychique

www.who.int/mediacentre/factsheets/fs352/fr/

www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/024000350/index.shtml.

<http://www.fondationdefrance.org/Nos-Actions/Aider-les-personnes-vulnérables/En-France>

<http://statcan.gc.ca>

<http://finess.sante.gouv.fr/>

www.paca.drjscs.gouv.fr Rapport d'enquête auprès des pensions de famille en région PACA (Octobre 2014)

Autres :

Association ALPHI (2008) définition du handicap psychique

Avenant au schéma départemental PH 2014-2015

Circulaire N° DGAS/SDA/2002/595 du 10 décembre 2002 relative aux Maisons-Relais

Décret n°2014-565 du 30 mai 2014 qui modifie l'article D. 313-2 du CASF

DGCS –1355- Evaluation des expérimentations "Résidences Accueil" et "Maisons Relais » pour personnes vieillissantes. Mars 2010, p. 85

Formation en psychopathologie, Centre Hospitalier Psychiatrique Montperrin, 2009

Plan Départemental d'Action pour le Logement des Personnes Défavorisées 2010-2014

Plan Psychiatrie Santé mentale 2011-2015

Programme de recherche 2008 « handicap psychique, autonomie, vie sociale » DREES et CNSA

Rapport d'enquête auprès des pensions de famille en région PACA diligentée par la DRJSCS. Octobre 2014

Rapport d'évaluation externe du SAVS du Pays d'Aix par « CERTIF' EVAL

Rapport déposé le 18 décembre 2013 par la commission des affaires sociales en conclusion des travaux de la mission sur la santé mentale et l'avenir de la psychiatrie

Schéma départemental P.H. 2009-2013

Schéma régional 2012-2016

VIDON Gilles, psychiatre des hôpitaux, chef de service à l'hôpital Esquirol de St Maurice (92)

SOMMAIRE DES ANNEXES

Annexe I : Organigramme association « Espoir-Provence »

Annexe II : Cartographie du Pays d'Aix

Annexe III : Pathologie

Annexe IV : Questionnaire « bénéficiaire »

Résultats du questionnaire « bénéficiaire »

Annexe V : Questionnaire « professionnel »

Résultats du questionnaire « professionnel »

Annexe VI : Arbre à projet

Annexe VII : Budget de fonctionnement Résidence accueil

Annexe VIII : Schéma de la démarche évaluative

Annexe IX : Diagramme de Gantt

Annexe X : Diagramme de PERT

Annexe XI : Schéma du développement associatif

Annexe pathologie

- ✓ **Le handicap mental** résulte plus souvent de pathologies identifiables (traumatisme, anomalie génétique, accident cérébral). Il associe une limitation des capacités intellectuelles qui n'évoluent pas, une stabilité dans les manifestations des symptômes, et une prise de médicaments très modérées.

- ✓ **Le handicap psychique** est la conséquence de diverses maladies :
 - Les psychoses, et en particulier la schizophrénie
 - Les troubles bipolaires
 - Les troubles graves de la personnalité (borderline par exemple)
 - Certains troubles névrotiques graves comme les T.O.C
 - La maladie autistique
 - Parfois aussi des pathologies comme les traumatismes crâniens, les pathologies vasculaires cérébrales et les maladies neurodégénératives.

Le handicap psychique est à ce jour considéré comme le produit de plusieurs facteurs (cf site UNAFAM). Les capacités intellectuelles sont indemnes et peuvent évoluer de manière satisfaisante, c'est la possibilité de les utiliser qui est déficiente : « *un déficit relationnel, des difficultés de concentration, une grande variabilité dans la possibilité d'utilisation des capacités alors que la personne garde des facultés intellectuelles normales* »¹. La symptomatologie est instable et imprévisible. Une prise de médicaments est le plus souvent indispensable, afin d'atténuer les symptômes envahissants et les manifestations de la maladie.

La schizophrénie :

Le terme de schizophrénie remplace celui de « démence précoce », il est formé de deux racines grecques « schizo » (fendre, séparer) et « phrène » (esprit) ; ce qui signifie la perte de l'unité de la personne dans les sphères de la pensée, des affects, du comportement et du lien. Pour Bleuler, précurseur de la neuropsychologie, « *la schizophrénie est une rupture, une séparation des mécanismes psychiques permettant de lier la pensée et les émotions.* »² Dans un premier temps, l'aspect relationnel du sujet malade et les symptômes de la

¹ www.unafam.org/la spécificité du handicap psychique

² Eugen BLEULER, Dementia Praecox ou groupe des schizophrénies, Ed. de l'école Lacanienne de psychanalyse, 1911.

pathologie ont été mis en perspective, puis Bleuler s'est détaché de cette théorie freudienne pour privilégier l'aspect somatique comme cause de pathologie. De nos jours, la schizophrénie est une psychopathologie qui repose sur un ensemble de symptômes d'évolution chronique définis dans la CIM-10³ (Classification Internationale des Maladies utilisée en psychiatrie française pour établir les diagnostics).

Les symptômes sont classés en trois groupes⁴ :

✓ **Les symptômes positifs produits par la maladie :**

Le délire est une distorsion de la perception de la réalité que le sujet croit véridique. Les hallucinations sont des perceptions sensorielles qui peuvent toucher les 5 sens ; elles alimentent le délire. Ces deux types de symptômes sont facilement repérables car dit « bruyants ». Les symptômes positifs ont une fonction de mécanisme de défense dans la pathologie, c'est-à-dire qu'ils permettent à l'individu de réduire voire de supprimer tout événement susceptible de mettre en danger l'intégrité de la conscience du sujet. En d'autres termes, si le sujet ne peut les mobiliser, il s'effondre psychiquement. Ils sont « stabilisables » par traitements antipsychotiques à condition de trouver les bonnes molécules dans les bons dosages.

✓ **Les symptômes négatifs :**

Ils sont caractérisés par le repli affectif et social ainsi qu'une tendance à l'apathie. Le renfermement sur soi et l'isolement du sujet aboutit fréquemment à une désinsertion socioprofessionnelle fortement handicapante. De plus, les émotions sont parfois inadaptées à la situation. La froideur et le détachement étant significatifs de cette pathologie, il arrive qu'une personne présente des rires immotivés en évoquant quelque chose de triste. L'apathie, la fatigue et le manque d'énergie sont aussi des conséquences fréquemment rencontrées.

✓ **Les symptômes de désorganisation :**

La personne peut présenter des difficultés à maintenir son attention, avoir un discours décousu et/ou incohérent. La pensée est désorganisée et les comportements peuvent être inadaptés. Par exemple, la personne ne sait plus ce qu'elle doit faire dans la journée ou n'honore pas un rendez-vous qu'elle avait prit.

³ CIM-10. Chapitre V : schizophrénie –juillet 2003 -OMS

⁴ Formation en psychopathologie, Centre Hospitalier Psychiatrique Montperrin, 2009

BUDGET DE FONCTIONNEMENT

	comptes	charges	montant		comptes	produits	montant
Dépenses afférentes à l'exploitation courante	6021	Produits pharmacie	200	Produits de la tarification	732	Produits à la charge de l'Etat	87600
	6023	Alimentation		Autres produits relatifs à l'exploitation	6459	Remboursement charge cpam	
	60611	Eau et assainissement			7082	Participation forfaitaire usagers	
	60612	Energie et électricité			741	Subventions (région, dép, commune...)	? (voir organismes privés (Chorum, Carrefour, La bonne Jeanne...))
	6063	Alimentation	3300		7541	Formation professionnelle	
	Dépenses afférentes au personnel	621	Pers. ext à l'établissement		Produits financiers	781	Reprise amort dépréciations et provisions
6248		Transport divers	176				
625		Déplacement missions	500				
6262		Frais communication	500				
628		Divers	1000				
641		Personnel titulaire	48864 si 2 AMP (473 pts)				
645		Charge cpam et prévoyance du personnel	28564				
Dépenses afférentes à la structure	614	Charges locatives					
	6155	Entretien répar. biens mobiliers	3666				
	6163	Assur. transport					

	6165	Respons civile	30				
	6185	Frais colloque, séminaire, conf	500				
	627	Services bancaires	300				
	63513	Impôts locaux					
	681	Dot. amortis et provisions					
Total charges			87600	Total produits			87600

Schéma de la démarche évaluative

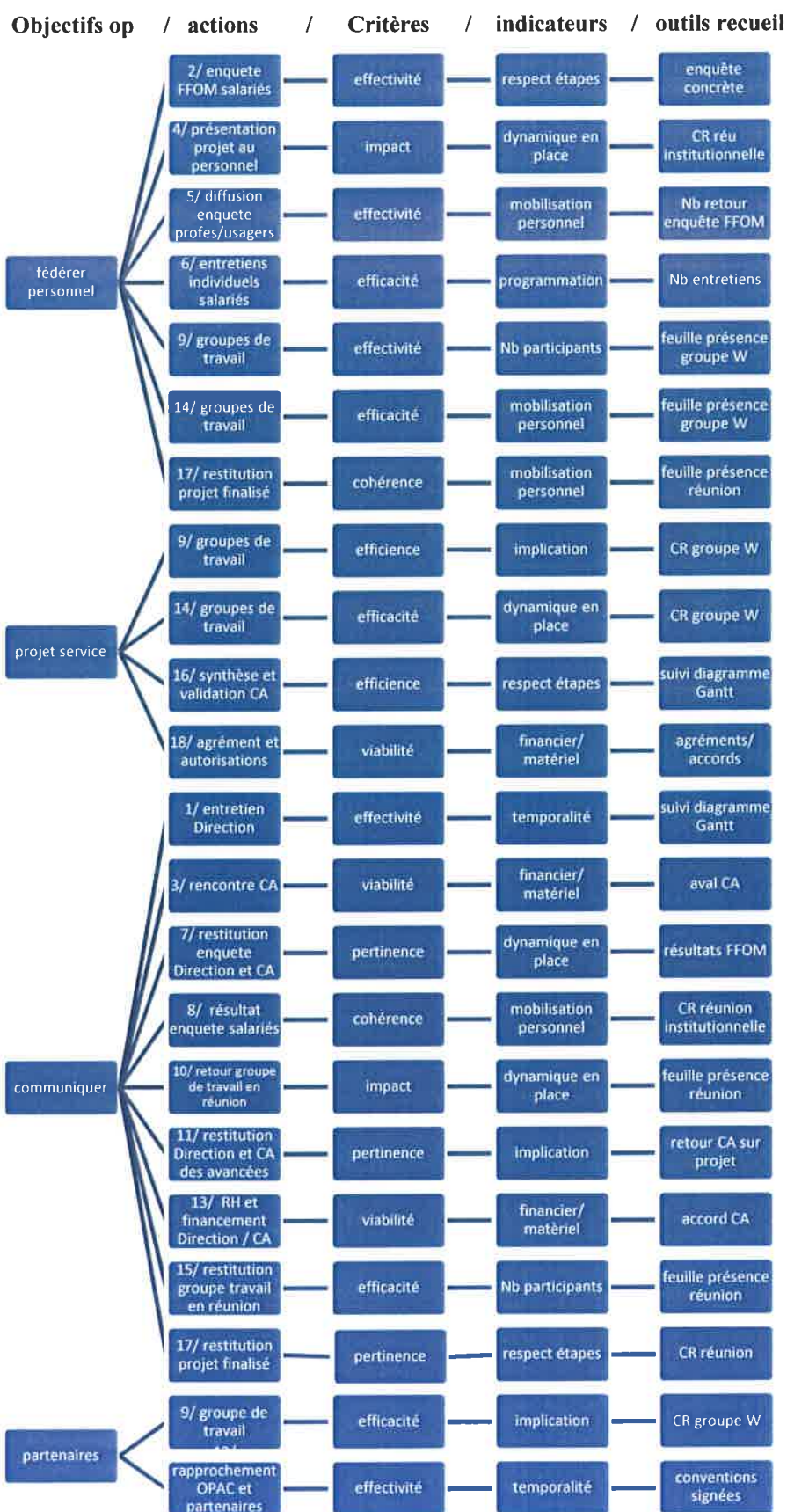


Diagramme de Gantt :

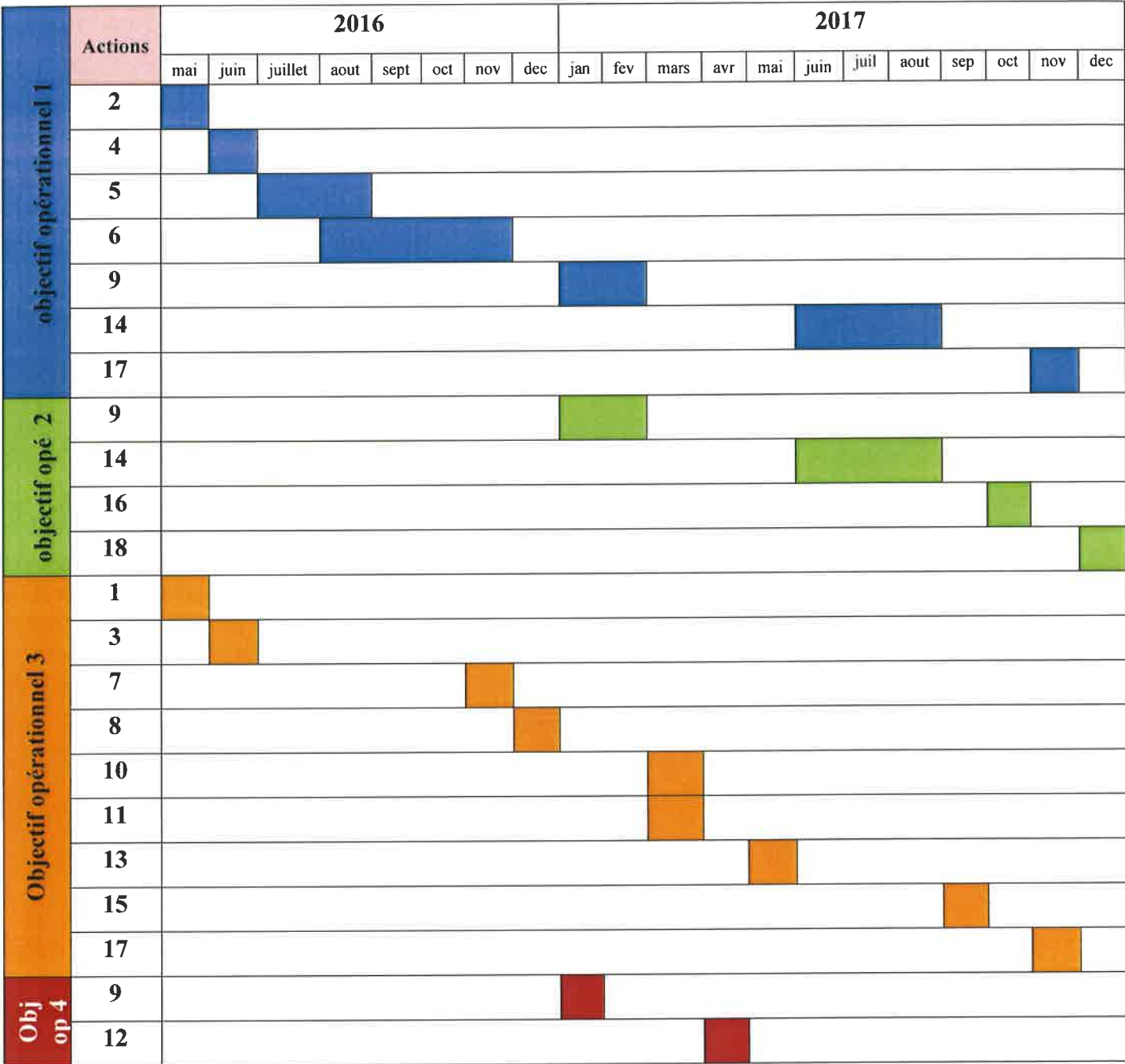
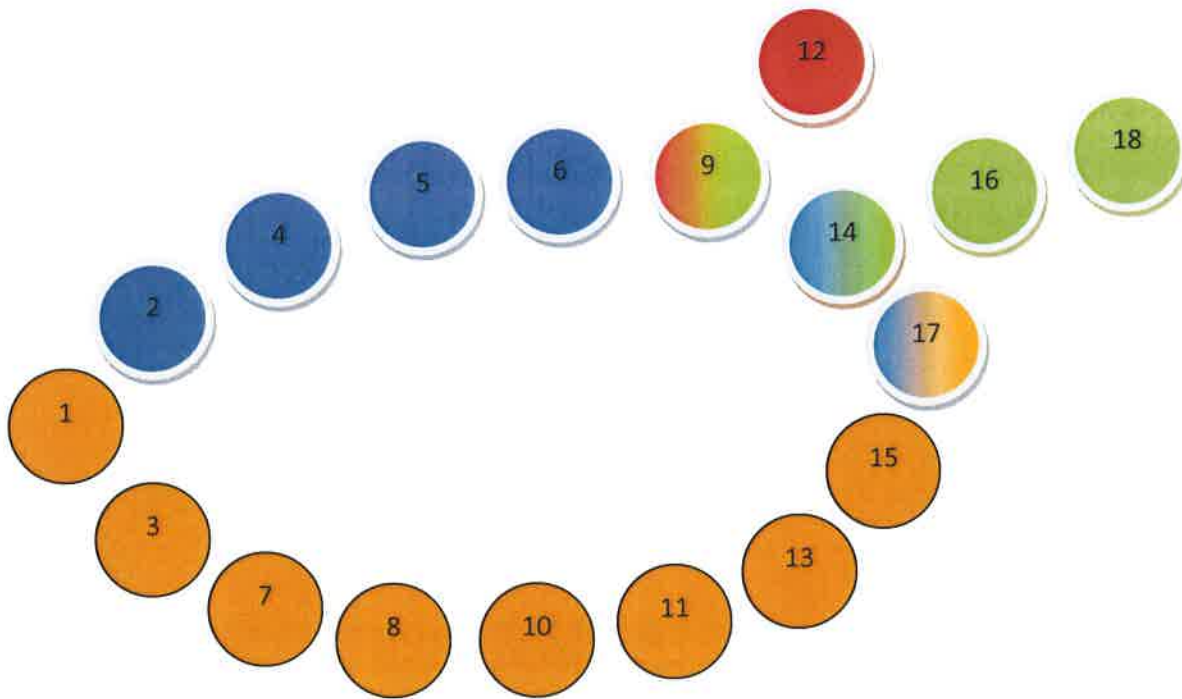


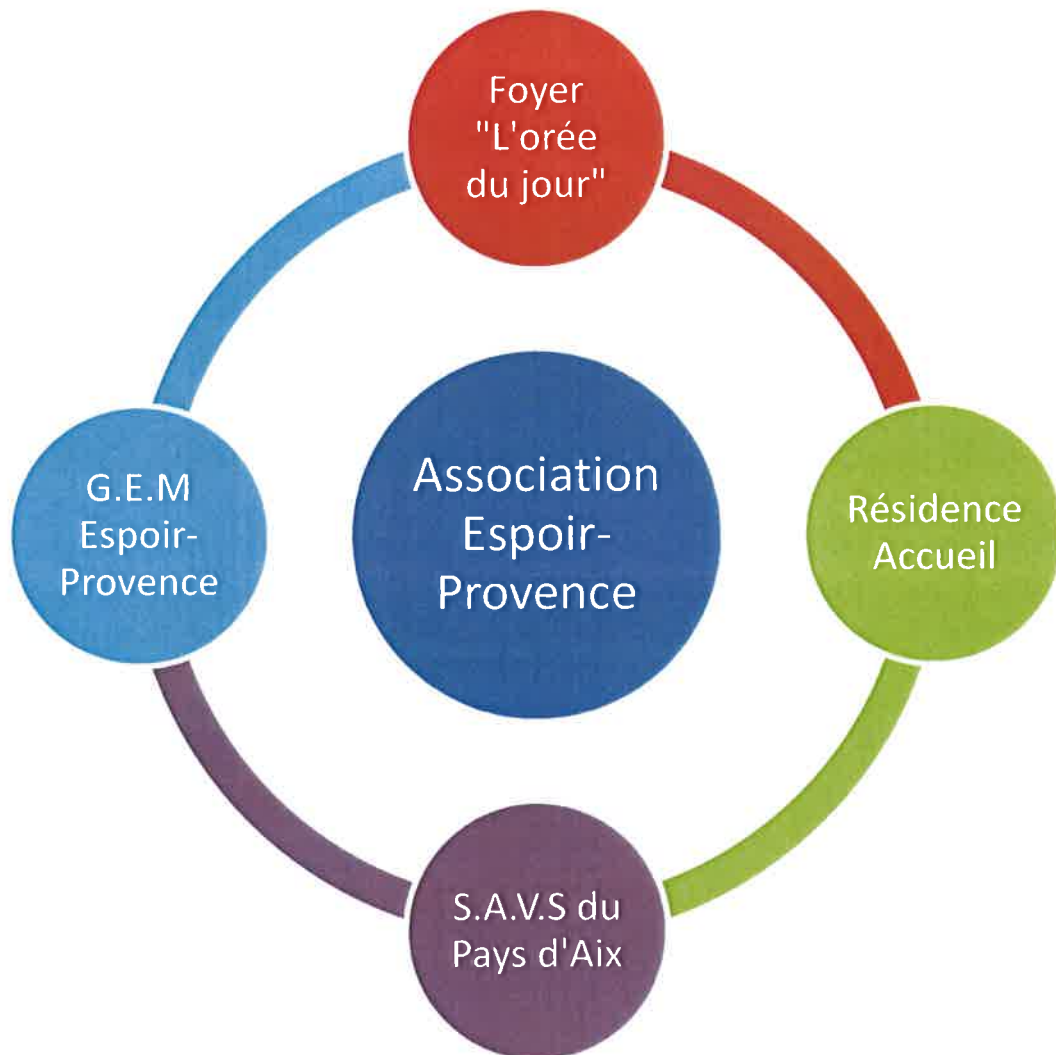
Diagramme de PERT (enchaînement des actions)



LEGENDE :



Le développement associatif :



GLOSSAIRE

A.A.H : Allocation Adulte Handicapé

A.L.P.A : Association Logement du Pays d'Aix

A.L.T : Allocation Logement Temporaire

A.N.E.S.M : agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux

A.P.L : Allocation Personnalisée au Logement

A.L.S : Allocation de Logement Social

A.R.S : Agence Régionale de Santé

A.S.I : Agent de Service Intérieur

C.A : Conseil d'Administration

C.A.S.F : Code l'Action Sociale et des Familles

C.A.T.T.P : Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel

C.C.A.S : Centre Communale de l'Action Sociale

C.D.A.P.H : Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées

C.D.C : Caisse des dépôts et consignations

C.G.L.L.S : Caisse de Garantie du Logement Locatif Social

C.H.R.S : Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale

C.I.F : Classification Internationale du Fonctionnement, du handicap et de la santé

C.I.M -10 : Classification Internationale des Maladies (10eme édition)

C.M.P : Centre Médico-Psychologique

C.N.S.A : Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie

C.P.A : Communauté du Pays d'Aix

C.R.E.A.I : Centre Régional d'Etudes, d'Action et d'Information en faveur des personnes en situation de vulnérabilité

D.C.S : Descripteur de Compétences Sociales

D.D.C.S : Direction Départementale de la Cohésion Sociale

D.G.A.S : Direction Générale des Affaires Sociales

D.G.C.S : Direction Générale de la Cohésion Sociale

D.R.E.E.S : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

D.R.J.S.C.S : Direction Régionale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale

E.S.A.T : Etablissement et Service d'Aide par le Travail

E.T.P : Equivalent Temps Plein

E.V.A : Expérience de Vie Autonome

F.A.M : Foyer d'Accueil Médicalisé

F.I.N.E.S.S : Fichier National des Etablissements Sanitaires et Sociaux

F.F.O.M : Forces / Faiblesses / Opportunités / Menaces

F.J.T : Foyer de Jeunes Travailleurs

F.N.A.R.S : Fédération Nationale des Associations d'accueil et de Réinsertion Sociale

G.E.M : Groupe d'Entraide Mutuelle

H.D.J : Hôpital de Jour

I.H.P : Initiatives d'Habitation Protégées

M.A.S : Maison d'Accueil Spécialisé

M.D.P.H : Maison Départementale de la Personne Handicapée

M.D.S : Maison Départementale des Solidarités

O.M.S : Organisation Mondiale de la Santé

O.P.A.C : Office Public d'Aménagement et de Construction

P.A.C.A : Provence Alpes Côtes d'Azur

P.A.C.Q : Plan d'Amélioration Continue de la Qualité

P.A.L.U.L.O.S : Prime à l'Amélioration des Logements à Usage Locatif et à Occupation Sociale

P.A.P : Projet d'Accompagnement Personnalisé

P.C.H : Prestation de Compensation du Handicap

P.D.A.L.P.D : Plan Départemental d'Action pour le Logement des Personnes Défavorisées

P.L.A.I : Prêt Locatif Aidé d'Intégration

R.S.A : Revenu de Solidarité Active

S.A.M.S.A.H : Service d'Accompagnement Médico-social pour Adultes Handicapés

S.A.V.S : Service d'Accompagnement à la Vie Sociale

S.I.A.O : Service Intégré d'Accueil et d'Orientation

T.O.C : Trouble Obsessionnel Compulsif

U.C.P.A : Union Nationale des Centres de Plein Air

U.D.A.F : Union Départementale des Associations Familiales

U.N.A.F.A.M : Union Nationale des Amis et Familles de Malades Psychiques

U.R.I.O.P.S.S : Union Régionale des œuvres et Organismes Privées Sanitaires et Sociaux

V.A.D : Visite à Domicile

« L'isolement néfaste » ou comment favoriser le maintien de personnes handicapées psychiques dans un logement de droit commun

RESUME :

Certains facteurs d'exclusion, cumulés ou non, peuvent générer une situation d'isolement pour des personnes atteintes de troubles psychiques vivant en logement autonome. En effet, la souffrance psychique ressentie, l'impact de la maladie sur la cellule familiale, les entraves relationnelles dues à la pathologie, de faibles ressources financières et des représentations sociales stigmatisantes, peuvent déstabiliser un équilibre établi pour des personnes déjà fragilisées. Dans certains cas, cela peut engendrer la perte du logement et un retour à l'hôpital ou en institution psychiatrique. Les politiques sociales actuelles privilégient, dans la mesure du possible, un accompagnement à domicile par le biais de services adaptés tels que les SAVS ou SAMSAH pour soutenir les personnes dans leur environnement. Pour autant, l'offre de service de ces dispositifs d'accompagnement présente ses limites et ne peut éviter que certaines situations ne s'aggravent. Les conséquences de l'isolement sont parfois dramatiques et viennent mettre en échec un projet de vie autonome en appartement. Quelle alternative peut-on proposer aux personnes touchées par un handicap psychique pour se maintenir dans un bail de droit commun ?

MOTS CLES : exclusions, isolement, handicap psychique, SAVS, résidence accueil