



**DEVELOPPER UN SERVICE D'AIDE A DOMICILE
SPECIALISE AFIN DE FAVORISER L'INSERTION
DES PERSONNES SOUFFRANT DE TROUBLES
PSYCHIQUES**

Marie DELAROQUE

2014

caldes



Remerciements

Je tiens à remercier très chaleureusement l'Association Coté Cours, son Président Cyrille Herdenberger, et en particulier son Directeur Patrick Planquois, sans l'appui et le soutien duquel ce mémoire n'aurait pu advenir. Leur confiance et leur soutien m'ont permis de mener à terme cette formation, mais surtout de m'enrichir professionnellement et personnellement.

Je remercie également Monsieur Philippe Dandeville pour ses critiques et ses conseils éclairés.

Je remercie ma famille pour les heures de relecture ... Je dédie ce travail à mon conjoint, sa patience et ses encouragements ont été un précieux soutien pour moi ; et à ma fille, née pendant la rédaction de ce mémoire.

Sommaire

Introduction	1
1 Présentation générale du handicap psychique.....	5
1.1 La particularité de la prise en charge du handicap psychique	5
1.1.1 Profil des usagers de l'association Coté Cours	7
1.1.2 Approche clinique de la maladie psychique.....	9
1.1.3 Répercussion sociale des troubles psychiques	10
1.1.4 L'indissociabilité du projet de soin et du projet social de la personne souffrant de troubles psychiques.....	14
1.2 Les enjeux de la prise en charge du handicap psychique par les politiques publiques dans le processus de désinstitutionalisation	16
1.2.1 La désinstitutionalisation : favoriser la vie hors des murs de l'Hôpital.....	16
1.2.2 Une volonté européenne.....	17
1.2.3 Les impacts au niveau national.....	18
1.2.4 Les enjeux locaux : l'inscription du Département de la Seine Maritime, de l'Agence Régionale de Santé de Haute Normandie et de la Ville du Havre	20
1.3 Présentation de l'association Cote Cours : pour une réhabilitation psychosociale des usagers de la santé mentale	21
1.3.1 Création de l'association Coté Cours : une réponse à un double constat de l'Hôpital Psychiatrique	21
1.3.2 Les valeurs et les principes fondateurs de l'association.....	22
1.3.3 La composition de l'association	24
1.3.4 Nos partenaires actuels.....	26
2 Insertion sociale et logement : le constat d'un besoin d'accompagnement spécialisé dans le quotidien des personnes souffrantes psychiques.....	27
2.1 La particularité de l'insertion en santé mentale.....	27
2.2 Handicap psychique et logement : une équation difficile.....	29

2.2.1	La notion d' « Habitat » et d' « Habiter »	29
2.2.2	Habiter son logement pour la personne souffrant de troubles psychiques.....	30
2.3	Le double constat d'un besoin d'accompagnement de proximité spécialisée pour les personnes en situation de handicap psychique	34
2.3.1	Diagnostic réalisé par l'association Coté Cours : les limites de l'accompagnement proposé par l'association.	35
2.3.2	Des partenaires sociaux et médicosociaux en difficulté	41
2.4	Réflexion sur la pertinence de développer un service d'aide a domicile spécialisée en santé mentale : des besoins identifiés mais non satisfaits, malgré une offre diversifiée.....	42
2.4.1	Définition de la spécialisation	43
2.4.2	Pertinence de la création d'un Service d'Aide à Domicile Spécialisé :.....	46
2.4.3	Evaluation globale de l'environnement du projet (SWOT) :.....	47
2.4.4	En conclusion	47
3	Développement d'un service d'aide à domicile consolidé pour accompagner les personnes en situation de handicap psychique, ou comment mettre en œuvre le passage du SAD au SADS ?	49
3.1	Définir les objectifs spécifiques du service d'aide a domicile spécialisé (SADS)	49
3.1.1	Adapter l'offre de service actuelle aux besoins du public souffrant de troubles psychiques.	49
3.1.2	Redéfinir la mission d'aide au maintien dans le logement : redonner au SADS sa place dans le secteur médicosocial.....	50
3.2	Mettre en œuvre le montage technique du SADS	51
3.2.1	Les demandes d'agréments	52
3.2.2	La logistique	54
3.2.3	L' amplitude horaires, les permanences et les astreintes	56
3.3	Élaborer une stratégie de gestion prévisionnelle des emplois et des compétences, pour renforcer l'efficacité et la qualité du service.....	57
3.3.1	L'équipe de Direction.....	57
3.3.2	La composition des équipes de terrain.....	60
3.3.3	La coordination Direction – équipes opérationnelles.....	61
3.3.4	Le management des compétences	63
3.4	Répercussion de l'organisation générale sur la tarification des prestations : question de la participation financière de l'utilisateur a son accompagnement.....	66

3.4.1	La spécialisation de la prestation S3A.....	67
3.4.2	La question déontologique de la participation financière de l'utilisateur à son accompagnement.....	68
3.5	Construire des réponses adaptées avec l'externe : stratégie d'ouverture vers l'extérieur	69
3.5.1	Développer le réseau de professionnels autour du S3A.....	69
3.5.2	Soutenir et dynamiser les liens avec l'externe.....	70
3.5.3	Mettre en place le diagnostic partagé	71
3.5.4	Partager les connaissances et les expertises en matière de santé mentale	71
3.5.5	Transformer la concurrence du secteur commercial en partenariat.	72
3.6	Gérer la temporalité du projet : inscrire le plan d'action dans le temps et hiérarchiser les priorités	74
3.7	Identifier les différents facteurs de réussite du S3A : quel bilan à un an d'ouverture ?	75
3.7.1	Eléments statistiques	75
3.7.2	Les indicateurs qualité	77
3.8	Quelles perspectives ? Quel développement ? Quelles limites ?.....	78
	Conclusion.....	79
	Bibliographie	81
	Liste des annexes	I

Liste des sigles utilisés

AAH : Allocation Adulte Handicapée

ALT: Allocation Logement Temporaire

AMP : Aide Médico Psychologique

APA : Aide Personnalisée à l'Autonomie

APF : Association des Paralysés de France

ARS : Agence Régionale de Santé

AS : Aide-Soignante

ASE : Aide Sociale à l'Enfance

ASS : Assistante Sociale de Service

ASD : Aide Sociale Départementale

AVS : Auxiliaire de Vie Sociale

CCAS : Centre Communal d'Action Sociale

CG : Conseil Général

CHRS : Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale

CLS : Comité Local de Sécurité

CNSA : Caisse Nationale de l'Autorité pour l'Autonomie

CODAH : Communauté de l'Agglomération Havraise

CPOM : Contrat Pluriannuel d'objectifs et de moyens

DDCS : Direction Départementale de la Cohésion Sociale

DIRRECTE : Direction Régionale des Entreprises de la Concurrence, de la Consommation du Travail et de l'Emploi.

Extra Hospitalier: Service de l'hôpital psychiatrique ayant pour mission d'assurer une veille sur la santé mentale des patients hors des murs de l'Hôpital

HAD : Hospitalisation A Domicile

GEM: Groupe d'Entraide Mutuelle

HPST (loi) : Hôpital, Patients, Santé et Territoire

MAS : Maison d'Accueil Spécialisé

MDPH : Maison Départementale pour Personnes Handicapées

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PCH : Prestation de Compensation du Handicap

PDALPD : Plan Départemental d'Action pour le Logement des Personnes Défavorisées

PIL : Pôle Insertion Logement

PPSM : Plan de Psychiatrie et de Santé Mentale

PRIAC : PRogramme Interdépartemental d'ACcompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie

PSRS: Plan Stratégique Régional de Santé

RPA : Résidence pour Personnes Âgées

SAD/SAAD: Service d'Aide A Domicile

SADS : Service d'Aide à Domicile Spécialisé

SAMSAH: Service d'Accompagnement Médicosocial pour Adultes Handicapés

SAVS : Service d'Accompagnement à la Vie Sociale

SROMS : Schéma régional d'Organisation Médico-Social

SSIAD : Service de Soins Infirmiers A Domicile

UNAFAM : Union Nationale des Familles et Amis des personnes malades et handicapées psychiques

UNAFO : Union Professionnelle du logement accompagné

UNCCAS : Union des Centres Communaux d'Action Sociale

« C'est dans chaque détail que tient le sens,
et le sens reste lié à chaque détail »

Leslie Kaplan.

« Jamais la psychologie ne pourra dire sur la folie la vérité,
puisque c'est la folie qui détient la vérité de la psychologie »

Michel Foucault.

Introduction

L'organisation de l'accompagnement des personnes en situation de handicap psychique sur le domicile apparaît en pleine évolution et interroge sur la question du logement de ce public. Le maintien ou le retour à domicile nécessite une réflexion globale de la situation individuelle de la personne. Cette analyse doit prendre en compte les éléments médicaux, mais aussi les données relationnelles, sociales, familiales et économiques. Les troubles psychiques ne sont pas visibles et les difficultés qui y sont liées ne sont pas facilement perçues lors des hospitalisations (notamment concernant les carences en matière d'habiletés sociales).

La problématique des établissements sociaux ou médicosociaux, en matière d'hébergement ou d'accompagnement, n'est pas simple : le bien être de l'utilisateur doit être respecté dans son espace privé et intime. « Le maintien à domicile, c'est d'abord et avant tout l'expression du désir de nombreuses personnes qui ont fait le choix de demeurer à leur domicile jusqu'au bout de leur âge et de leur vie [...] c'est une alternative crédible à l'hébergement, même pour des incapacités importantes, y compris d'ordre psychique »¹.

Mais le souci de sécurité impose parfois des règles et des fonctionnements institutionnels limitant cette notion de « liberté » individuelle. Le respect de la personne nous oblige à tenir compte de ses difficultés et de ses capacités, pour ses choix en matière de domicile, et il s'en suit les modalités à mettre en œuvre pour son accompagnement.

Le Rapport Chazat de 2002 a permis d'identifier les difficultés des personnes en situation de handicap du fait de leurs troubles psychiques, et les moyens d'améliorer leur vie et celle de leurs proches : il fait état de la stigmatisation dont est victime ce public, sa souffrance psychique, sa fragilité et sa vulnérabilité, son isolement, le poids du traitement et l'épuisement des proches. Le rapport expose également des réponses nécessaires à apporter : la reconnaissance des compétences des usagers, l'indissociabilité du projet de soin et du projet de réinsertion sociale ; il met l'accent sur la question du logement et de l'insertion professionnelle, domaines qui génèrent également exclusion et stigmatisation. Il reste une référence en matière de préconisation d'articulation entre la psychiatrie, le médicosocial et le social, élément indispensable à la prise en charge en milieu ordinaire des usagers de la santé mentale.

Directrice adjointe de l'association Coté Cours, association de réhabilitation psychosociale en faveur des usagers de la santé mentale, située au Havre, en Haute

¹ Ennuyer B., 2006, *Repenser le maintien à domicile, enjeux, acteurs, organisation*, Paris : Dunod.

Normandie, j'ai très vite été confrontée aux limites de l'accompagnement de proximité à domicile de ce public. Dès les premiers jours qui ont suivi ma prise de fonction il y a trois ans, j'ai saisi les enjeux et les besoins d'accompagnement spécifique au domicile. Agée de 28 ans et n'étant diplômée que depuis trois ans, je n'avais pas encore été confrontée à la folie, et à son expression directe dans le milieu ordinaire du domicile. Je me rappelle d'une des premières visites à domicile, dans le cadre de nos missions du « Pôle Insertion Logement (PIL) » - Bailleurs sociaux et troubles psychiques - du Plan Départemental d'Action pour le Logement des Personnes Défavorisées (PDALPD), (dont l'association a pour mission l'animation et la coordination) : le comportement d'un homme d'une cinquantaine d'années terrorisait le voisinage, et le bailleur social avait sollicité de l'aide pour cette situation. Dans le logement, un univers apocalyptique reflétait parfaitement le désordre psychique de cette personne : des débris jonchaient le sol de la cuisine, la saleté et la puanteur régnait dans tout l'appartement, des milliers de brulures de cigarettes « décoraient » le lino du séjour, ainsi que des traces de café sur les murs, témoignages de tasses éclatées à travers la pièce. Au fond du couloir, cet homme sans âge arpentait le logement en maugréant sous sa barbe et ses cheveux hirsutes qu'il n'était pas « un animal, ni un orang outang », avant d'entrer dans sa cuisine, de rouler un prospectus de supermarché, de l'allumer avec la flamme de sa chaudière complètement démontée et de le fumer. Accompagnée du Directeur de l'association et de la mandataire judiciaire, je restais stupéfaite de voir qu'une personne pouvait encore vivre dans une telle précarité de nos jours. Mais je fus encore plus étonnée lorsque j'appris par la tutrice que ce monsieur était connu des secteurs de psychiatrie ; mais son refus de se soigner laissait les partenaires dans l'impuissance de le raccrocher aux soins. Un service d'aide à domicile, intervenant depuis plusieurs années, arrivait tout juste à prendre en charge l'approvisionnement des courses et l'entretien du linge².

Ce genre de situation nous interpelle forcément, nous, Directeurs et Directrices d'établissements du secteur social et médicosocial, sur les limites de nos pratiques et sur la pertinence des réseaux que nous tentons de développer. Comment des usagers de la santé mentale arrivent-ils à mettre en échec simultanément les professionnels du sanitaire et du médicosocial ? Quelles sont nos limites en matière d'accompagnement de proximité ? De quoi ce public a-t-il besoin pour se maintenir « hors des murs de l'Hôpital » et vivre, s'intégrer dans la Cité, comme tout citoyen ordinaire ?

L'accès et le maintien dans le logement des personnes souffrant de troubles graves et persistants sont difficiles, mais ils tendent à s'améliorer, notamment par la priorité que font les politiques publiques du principe de désinstitutionalisation et du besoin

² Photographies de cette situation ANNEXE 1

de coordination des soins avec des services d'accompagnement spécialisé du médicosocial et du social.

Cependant, les aides traditionnelles se révèlent souvent inadéquates : d'une part les professionnels ont du mal à trouver leur place auprès de l'usager, par méconnaissance des troubles psychiques, et d'autre part, la personne aidée refuse souvent d'ouvrir sa porte, estimant ne pas avoir besoin d'aide.

Nous constatons donc des dysfonctionnements persistants en matière d'accompagnement, souvent par manque de formation et d'encadrement des intervenants sociaux. Nous assistons à une évolution des prises en charge à domicile vers un public lourdement handicapé, fragilisé et parfois à peine stabilisé. Le relai est passé aux intervenants à domicile (Auxiliaires de vie (AVS), Aide Médico-Psychologique (AMP), Assistantes Sociales (AS), éducateurs), interlocuteurs directs de la personne handicapée. Insuffisamment formés et encadrés, ces travailleurs sociaux se retrouvent donc seuls au domicile, gérant à la fois des situations difficiles et leur propre souffrance professionnelle. L'auxiliaire de vie ou l'aide médico-psychologique est pourtant un élément important de la prise en charge : de par son temps de présence au domicile et son aide sur des actions concrètes éloignées du soin (courses, entretien, repas..), elle instaure une relation de confiance privilégiée avec l'usager, et joue un rôle important dans la réussite des objectifs du projet personnalisé.

Alors comment pouvons-nous améliorer le quotidien des personnes souffrantes psychiques en milieu ordinaire ? Comment optimiser le processus d'insertion et favoriser leur réhabilitation dans la Cité ? Quels services adaptés et innovants pouvons-nous proposer afin de répondre à ces besoins émergents ? Et par cela même, comment limiter la souffrance des travailleurs sociaux, toujours dans une optique d'amélioration des prestations offertes à ce public ?

Le sujet de ce mémoire est de réfléchir au développement d'un service d'aide à domicile spécialisé (SADS) en santé mentale. En effet, l'association Coté Cours a ouvert un service de ce type en juin 2013 nommé le « S3A : Servir Aider Accompagner Autonomiser ». L'idée est d'étoffer ce SAD par une dimension spécialisée, en élargissant notre gamme de prestations, afin de le rendre plus efficient. En quoi doit résider cette spécialisation ? Quels outils dois-je mettre en place et quels acteurs dois-je définir ?

A travers cet écrit, je vais tenter de mettre en évidence la particularité du public souffrant de troubles psychiques, et les besoins non ou mal couverts qui y sont liés. Ainsi, dans une première partie, j'exposerai le cadre réglementaire dans lequel les interventions de l'accompagnement à domicile sont inscrites, après avoir dressé un portrait clinique et psychosocial du public souffrant psychique, afin de bien saisir les enjeux du maintien à domicile.

La seconde partie consistera à analyser et dresser un diagnostic, de mon point de vue de Directrice, en matière d'offres d'accompagnement proposées aux usagers de la santé mentale, dans le contexte du maintien à domicile, puis je m'interrogerai sur la pertinence de développer un service d'aide à domicile spécialisé en santé mentale.

Enfin, dans une troisième partie, j'exposerai la mise en œuvre opérationnelle de ce projet de service, en mettant en exergue les points spécifiques qui différencient le Service d'Aide à Domicile Spécialisé (SADS) d'un Service d'Aide à Domicile (SAD) ordinaire, en proposant le renforcement de certains moyens nécessaires à un fonctionnement de service évalué et adapté aux besoins mis en avant.

1 Présentation générale du handicap psychique

1.1 La particularité de la prise en charge du handicap psychique

Depuis la loi 2005, et la reconnaissance officielle des troubles psychiques comme handicap à part entière, une multitude de termes a été instaurée pour définir le travail médico-social auprès des personnes souffrantes psychiques. On parle désormais de santé mentale, de psychiatrie, de troubles psychiques, de handicap psychique, de maladie mentale, de maladie psychique, de déficience psychique ou encore de souffrance psychique. Il devient donc difficile de s'y retrouver dans ce vocabulaire, et surtout d'utiliser le même langage entre professionnels du sanitaire, du social et du médicosocial.

Je pense, à mon sens, qu'il est important de donner une définition claire et précise de la maladie mentale, afin de bien comprendre de quoi souffre ce public. Je prendrais donc comme point de départ la définition officielle de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) pour débiter ma présentation :

« Les troubles mentaux sont un ensemble vaste et varié de problèmes de santé mentale, qui surviennent quand un individu ne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et contribuer à la vie de sa communauté, et qui sont généralement caractérisés par une certaine combinaison de pensées, d'émotions, de comportements et de relations avec les autres considérés comme anormaux selon les croyances et les normes de la culture d'appartenance ».

La dimension culturelle est une donnée importante de la définition de la maladie mentale. Lucien Bonnafe disait « qu'une société peut se juger à partir du rapport qu'elle entretient avec ses malades mentaux ». La culture, en tant qu'ensemble de systèmes symboliques (langage, art, science, religion), avec ses fonctionnements propres³, influence les représentations de la folie. La place du « malade mental » n'a pas toujours été celle qu'il occupe aujourd'hui dans notre société. Il est passé progressivement du statut de fou, possédé, incapable, aliéné (jusqu'en 1958), pour accéder à celui de patient, puis personne en situation de handicap psychique (dimension aujourd'hui contextuelle du trouble).

Il faut savoir qu'au moins un tiers des personnes, dans chaque pays, répond à au moins un critère de la maladie mentale, à un moment donné de sa vie. En France, 27% de la population souffre de détresse psychologique et 6% de troubles psychiques. Les

³ Définition de la culture par Claude Lévi Strauss, in Levi Strauss C., 1955, *Tristes Tropiques*, Paris : Plon.

pathologies de la psychiatrie se situent, dans notre pays, au 3^{ème} rang des maladies les plus fréquentes, après le cancer et les maladies cardio-vasculaires. On estime qu'entre 1/10^{ème} et 1/5^{ème} de la population pourrait être atteinte par un trouble mental à un moment donné de sa vie.⁴ Les troubles psychiques concernent toutes les populations, sans distinction d'âge, de sexe, ou de milieu social.

La schizophrénie est la plus répandue des psychoses chez l'adulte ; elle touche entre 0.5 et 2% de la population selon les pays. En France, elle concerne environ 300 000 à 500 000 personnes (soit 0.4 à 0.7% de la population). Une enquête de perception auprès des Français, (extraite du sondage réalisé par l'IPSOS en 2005) montre que 17% des français connaissent un schizophrène dans leur entourage, que 64% pensent que les schizophrènes sont dangereux, et 69% pensent que les « fous » sont « irrécupérables ». 47% des français associent les maladies mentales à des dénominations négatives telles que « débiles, attardés, fous, déments », et 73% s'estiment insuffisamment informés sur les pathologies et les troubles psychiques.

La souffrance psychique engendrée par ces pathologies reste encore mal connue : « c'est comme une sensation diffuse de mal-être, sentiment de ne pas habiter sa vie, de voir fonctionner son corps et sa pensée du dehors, d'être le spectateur de quelque chose qui n'est pas sa propre existence ».⁵

Afin de comprendre les répercussions de la maladie mentale sur la vie de la personne, la classification de WOOD⁶, proposée en 1980 à l'OMS peut être envisagée comme un point de départ intéressant. Il décompose la maladie chronique en trois dimensions : celles des déficiences, celles des incapacités et celles des désavantages, ce qui nous permet de donner une définition claire des troubles psychiques et leurs répercussions somatiques et sociales.

- 1- La maladie : Elle est envisagée sous l'angle de l'approche clinique. Un diagnostic est posé par un médecin psychiatre et est traitée par le secteur sanitaire.
- 2- Les déficiences : elles se définissent par la perte d'une fonction psychologique, physiologique ou anatomique. Elles impactent les fonctions élémentaires et les organes. Elles nécessitent un traitement et un programme de soin mis en place par le secteur sanitaire.

⁴ Rapport de la Cour des Comptes, décembre 2011, « L'organisation des soins psychiatriques : les effets du Plan « Psychiatrie et Santé Mentale (2005-2010) ».

⁵ Anzieu D., *Quand malaise social rime avec souffrance psychique*, Millénaire 3, Le centre Ressources Prospectives du Grand Lyon.

⁶ Classification Internationale des Handicaps et santé mentale, Philip Wood, 1980.

- 3- Les incapacités : elles impactent les gestes et les actes élémentaires de la vie quotidienne. Elles provoquent une impossibilité à exécuter une activité normale. Elles se traitent par un programme de réadaptation, assuré conjointement par le secteur sanitaire et le secteur médicosocial.
- 4- Les désavantages : Ils impactent les rôles sociaux, limitent l'accomplissement d'un rôle social dans la société. Le projet de réinsertion sociale, instauré par le secteur social et médicosocial, a pour but de limiter ces effets et de favoriser le retour à un statut de citoyen ordinaire pour la personne souffrant de troubles psychiques.

Cette classification permet de bien distinguer, à chaque dimension, l'intervention extérieure requise : sanitaire, médicosociale, et sociale ; je vais donc l'utiliser comme point de départ pour établir une définition générale des troubles psychiques.

1.1.1 Profil des usagers de l'association Coté Cours

Il s'agit d'usagers souffrant principalement de troubles mentaux stabilisés (puisqu'en situation de réinsertion), de types psychotiques (schizophrénie, troubles bipolaires sévères et autres troubles psychotiques). Ces usagers sont suivis pour certains depuis de nombreuses années par les services de psychiatrie, et ont connu des périodes d'hospitalisations au long cours souvent répétitives ; ils bénéficient également de prises en charge en ambulatoire en hôpital de jour. Les soignants sont confrontés, avec certains de ces patients à des conduites d'échec répétitifs. Pour d'autres, il s'agit de jeunes patients qui sont en début de pathologies psychotiques et pour lesquels un soutien et un accompagnement conséquent éviteront une chronicisation à l'hôpital, et une rupture des liens sociaux et familiaux, grâce à une prise en charge très active dans la cité.

Les troubles des usagers de Coté Cours peuvent également se traduire par des conduites dangereuses par rapport à eux-mêmes et à leur environnement. Dans ces conditions, les conséquences sur le plan social sont majeures, et ceci d'autant plus que, l'étayage familial et relationnel n'existe pas ou peu et qu'il peut également être parfois pathogène. Ces personnes, du fait de leur fragilité psychique, sont extrêmement vulnérables et représentent des victimes potentielles en termes de squat, de racket, mais aussi d'agressions. Il s'agit de personnes connaissant des problèmes d'accès au logement, dans des situations diverses : en hospitalisations inadéquates, hébergés chez leurs parents (faute de solution logement adaptée à leur pathologie), dans des appartements vétustes et dégradés (souvent très coûteux), en situation d'expulsion de leur logement (causée par leurs troubles du comportement), à l'hôtel, ou en grande précarité (foyer d'urgence, milieu carcéral, rue).

Ces personnes ont besoin de soutien et d'accompagnement sur les problématiques d'accès au logement. En effet, la maladie psychique complexifie les

stratégies d'accès au logement : l'alternance entre périodes de crise et périodes de stabilité de la personne est probablement le problème majeur, renforcé par le déni de la maladie et le refus d'un suivi sérieux de soins. Les problèmes les plus souvent rencontrés sont les attitudes perçues comme inquiétantes par le voisinage, telles que les nuisances sonores dues à l'inversion des rythmes du sommeil, les propos délirants, les cris, ou encore les comportements liés à l'alcool.

D'un point de vue statistique, l'association a pu dresser le portrait suivant de ses usagers: il s'agit d'hommes majoritairement, car on peut noter une légère prévalence masculine dans les cas de schizophrénie (60% d'hommes et 40% de femmes).

Il s'agit principalement de personnes en situation d'isolement, célibataires, sans enfant, et en rupture familiale. La plupart d'entre eux bénéficient d'une mesure de protection judiciaire (80%) du fait de leur grande vulnérabilité et leur incapacité à gérer le quotidien. L'âge moyen se situe autour de 40-50 ans, mais depuis quelques années, la question du vieillissement se pose sur les structures communautaires. Malgré une espérance de vie inférieure d'environ 15 années par rapport à la moyenne nationale, (expliquée par la prise de traitement lourd, par des problèmes d'addiction, et par un taux de suicide plus élevé), les personnes souffrant de troubles psychiques connaissent un allongement de leur durée de vie, mais ne bénéficient pas pour autant d'hébergement adapté après 60 ans. 14 personnes, actuellement logées sur les structures collectives sont concernées par le manque de place en Résidence pour Personnes Agées (RPA), (14/40 soit 35% des usagers en hébergement inadéquates).

Il apparaît également une nouvelle tranche d'âge à prendre en compte depuis peu : les jeunes majeurs de plus de 21 ans, sortant du dispositif ASE, ayant acquis très peu de compétences en matière d'autonomie, et nécessitant un accompagnement particulier.

L'association doit donc adapter son dispositif et répondre aux besoins de personnes de 21 ans à 99 ans, aux caractéristiques très hétérogènes.

La majeure partie des usagers de l'association ont connu des périodes de grande précarité, voire même d'errance. 40% d'entre eux sont passés par des Centres d'Hébergement et de Réinsertion Sociale (CHRS), des séjours plus ou moins longs dans des hôtels « bas de gamme », hors de prix et très insécurisés, des passages en foyers, voire même des périodes de « rue », renforcés la plupart du temps par des problèmes d'addiction. 30% d'entre eux, a contrario, viennent du foyer familial ; mais la pathologie, épuisant les aidants familiaux, ne leur laisse pas d'autres choix que d'envisager l'hébergement en milieu protégé. Enfin, pour les 30% restants, il s'agit de personnes ayant vécu en milieu ordinaire (locataires ou propriétaires d'appartement individuel,

célibataires ou mariés) ; mais l'apparition de troubles psychiques, générant des décompensations⁷, ont eu comme conséquence soit une séparation, soit une expulsion du logement et/ou une période d'hospitalisation en milieu psychiatrique.

1.1.2 Approche clinique de la maladie psychique

Afin de comprendre les troubles dont souffrent les personnes en situation de handicap psychique, il est indispensable de faire un détour par l'approche clinique des maladies mentales. Les psychopathologies chez l'adulte sont nombreuses et complexes. Je ne m'attarderai donc pas à toutes les détailler, mais il me semble essentiel de décrire de manière générale les différents types de pathologies, afin de comprendre comment elles affectent la vie quotidienne des personnes.

On peut distinguer trois groupes de pathologies, que je vais décrire de manière très succincte :

- 1- Celles des névroses : on parle aujourd'hui plutôt de troubles névrotiques que de névroses. En psychiatrie, la névrose désigne « des troubles durables d'expression physique ou psychique [...] n'affectant pas sévèrement le sens de soi et de la réalité ». Les névroses se définissent donc par un ensemble de symptômes ayant des répercussions sur la vie sociale, affective, relationnelle et sexuelle. Les troubles névrotiques sont de gravité moyenne (pas d'invalidité importante, pas de rupture de liens familiaux, professionnels, sociaux). Il n'y a pas de rupture à la réalité. La personne est consciente de ses difficultés. On parle par exemple de névroses phobiques, qui sont liées à de fortes angoisses (agoraphobie, claustrophobie, phobie des transports), ou de névroses obsessionnelles telles que l'hystérie.

- 2- Celles des psychoses : la psychose signifie généralement qu'il y a une forte altération du sens des réalités. Le sujet psychotique n'a pas conscience de ses troubles et perd le contact avec la réalité. Il y a trois psychoses dominantes qui sont :
 - la bipolarité : alternation d'épisodes d'exaltation et de dépression.
 - la schizophrénie : déstructuration de la personnalité, amenant une incohérence mentale et de conduite. La vie psychique perd son unité pour aboutir à une dissociation (morcellement). C'est une série d'affections psychiatriques sévères :

⁷ En médecine, la décompensation désigne la dégradation, souvent brutale, d'un organe ou d'un organisme qui était jusqu'alors maintenu en équilibre par des mécanismes de compensation qui empêchaient la survenue de ce dérèglement.

délires, hallucinations, incohérence de la perception, humeur, retrait social, dépression.

- la psychose délirante chronique ou Paranoïa : apparition de délires qui ont la particularité de donner l'apparence d'une construction logique, délires de persécution, d'interprétation

- 3- Celles des états limites (ou Border Line) : ce sont des troubles mentaux à la limite de la structure névrotique et psychotique. Ce qui caractérise les patients Border-Line, c'est une bonne adaptation sociale, associée à une grande instabilité affective et psychologique. « Incapables de tisser des liens amoureux ou amicaux à long terme, incapables de garder un emploi très longtemps, incapables de supporter l'ennui existentiel, leur vie est une succession de changements et de crises. Ils se défendent contre la dépression et règlent leurs conflits psychiques par des passages à l'acte violents, des ruptures soudaines, des raptus suicidaires, des accidents ou des conduites toxicomaniaques extrêmes ». On parle par exemple de perversion, de conduites addictives, de troubles de la conduite alimentaire, ou encore de troubles de la personnalité psychosomatique.

Ces pathologies apparaissent surtout entre la fin de l'adolescence et le début de la vie adulte, période durant laquelle se développe le comportement social d'un individu (surtout pour la schizophrénie).

Plusieurs symptômes peuvent être associés à la maladie psychique, tels que les troubles du sommeil, les addictions comportementales, les troubles du comportement et du contrôle. Les fonctions cognitives tendent à décliner : perte de mémoire, difficulté de concentration, pauvreté du langage, et du comportement moteur.

Ainsi, pour la personne délirante, les relations avec le monde extérieur sont extrêmement perturbées : le délire entraîne l'adhésion de la personne à ses idées délirantes, la renfermant sur sa réalité intérieure plutôt que celle extérieure des autres. Les répercussions sociales liées à la maladie sont majeures et génèrent un handicap social important pour la personne souffrant de troubles psychiques.

1.1.3 Répercussion sociale des troubles psychiques

Henry Ey⁸ donne une définition de la maladie mentale « *comme une espèce assez spéciale de maladie, pour altérer l'homme dans son psychisme, c'est-à-dire dans son humanité, dans sa coexistence avec autrui et la construction de son monde* ». En effet, la

⁸ Henry Ey, psychiatre français, fondateur du concept de la psychiatrie dynamique, et de l'Association Mondiale de la psychiatrie.

personne souffrante psychique éprouve une grande fragilité de soi. Les relations sociales sont souvent compliquées, car l'autre est perçu comme une menace. Il faut bien comprendre que les comportements des personnes psychotiques ne relèvent pas de la méchanceté, de la malveillance ou d'agressivité volontaire ou provocatrice mais d'une logique défensive contre la fragilité et les menaces. Cette source de souffrance engendre la plupart du temps une diminution de l'estime de soi, qui aggrave les troubles de l'identité : tabou dans les familles, perception publique négative (attitude négative du public envers les individus atteints de troubles psychiques : la plupart des représentations associe maladie mentale avec incompetence, violence et criminalité), discrimination à l'embauche.

Le comportement de la personne en situation de handicap psychique est souvent très désorganisé, avec une incapacité à prendre des décisions et des initiatives appropriées à la situation. Des agissements bizarres peuvent être également perçus (comme vivre volets fermés de peur d'être espionné ou porter un masque hygiénique par peur de la contamination par un virus bactériologique). La pensée manque de fluidité, et les discours peuvent être incohérents, répétitifs, rigides. Dans les cas de schizophrénie, la personne connaît une désorganisation du cours de la pensée. Dernièrement, un usager m'a demandé si, lorsque j'allumais ma télévision, le son apparaissait avant l'image. Si tel était le cas, c'était que la CIA avait infiltré mon poste, car lui-même était victime d'espionnage.

Elle peut souffrir aussi d'hallucinations, les plus courantes étant les hallucinations auditives, qui sont la plupart du temps persécutrices et insultantes. A cela s'ajoute souvent des accès de délires, des erreurs de jugement (sentiment de persécution, de danger, de malveillance), des pertes de mémoire, ou des difficultés de concentration. Tout cela engendre une altération de la vie relationnelle, une perte des affects et de la motivation ou encore une perte de la notion de plaisir. Ces symptômes, souvent résistants aux traitements médicamenteux, ont des conséquences très handicapantes sur la qualité de vie des usagers de la santé mentale. Cela invalide leur quotidien car ils entraînent le retrait social, la dégradation de l'hygiène de vie, la perte de motivation, de jugement ou l'apragmatisme⁹. On parle alors de « préoccupation autistique », phénomène qui centre la personne essentiellement sur ses pensées et ses sensations intérieures (introspection), ne parvenant plus à s'intéresser à son environnement, ni à s'y adapter. Elle parle seule, s'isole, agit comme si elle était seule au monde. De tels comportements posent forcément problème en communauté, engendrent la stigmatisation sociale et par conséquent l'exclusion des malades mentaux.

⁹ L'apragmatisme est un symptôme psychiatrique qui se traduit par une incapacité à entreprendre des actions.

« Le bilan d'aujourd'hui est terrible. On a l'impression que pendant des siècles, ce problème a travaillé nos sociétés [...] qui avaient au moins le mérite de s'attaquer au problème. Aujourd'hui, notre société s'en lave les mains. N'oublions pas l'état de souffrance extrême qui est celui de ces gens. [...] Une des grandes découvertes de la psychiatrie a été la compréhension empathique que ces gens souffraient affreusement, contre le stéréotype social du fou bienheureux. [...] Or de cette souffrance-là, notre société ne veut plus entendre parler ». ¹⁰

Michel Gauchet adopte une position engagée concernant l'exclusion des personnes en situation de handicap psychique par notre société. Cependant, les statistiques ne peuvent que venir corroborer la stigmatisation dont souffre cette tranche de la population. Beaucoup de préjugés demeurent autour de la psychose. L'enquête « Santé mentale en population générale » de 2003¹¹ met en évidence les représentations sociales que se font les français face à la maladie mentale. La notion de folie, de maladie mentale et de dépression sont associées à des degrés de gravité :

- le « fou » est celui qui tue. Il doit prendre de lourds traitements et ne sera jamais complètement guéri.

- le malade mental est violent. Il délire et connaît une déficience intellectuelle ; lui non plus ne pourra jamais guérir totalement.

- le dépressif a des difficultés psychologiques. Il est violent mais seulement envers lui. Il connaît des possibilités de guérison grâce aux traitements.

Pourtant, les statistiques de la violence montrent que les personnes souffrant de troubles psychiques ne sont pas plus dangereuses ou violentes que les autres, car elles représentent seulement 3 à 5% des actes de violence faite à des tiers. Au contraire, elles sont très vulnérables et retournent souvent cette violence contre elles-mêmes. Le risque suicidaire est très élevé chez le malade schizophrène : 10 à 13% se suicident, alors que 20 à 25% commettent des tentatives de suicide au cours de leur vie. ¹²

Ces représentations stigmatisent donc les personnes en situation de handicap psychique, ce qui joue un frein à la réinsertion sociale, déjà complexe, de ce public. Ces discriminations se répercutent notamment dans l'accès au logement, l'accès à l'emploi,

¹⁰ Gauchet Michel, 2011, *Depuis quand a-t-on peur des fous ? La folie d'Erasmus à Foucault*, Histoire, Les collections.

¹¹ Enquête organisée par le Centre de Collaboration de l'Organisation Mondiale de la Santé (CCOMS) et la DREES – 1999/2003.

¹² Rapport HAS « Dangerosité psychiatrique : étude et évaluation des facteurs de risque de violence hétéro-agressive chez les personnes ayant des troubles schizophrènes ou des troubles de l'humeur », mars 2011.

l'accès à la citoyenneté, l'accès aux loisirs et activités culturelles, mais également dans l'accompagnement médico-social et social.

Pour conclure cette première partie concernant la définition de la maladie mentale dans sa globalité, la classification de WOOD permet de dresser un bilan dans le domaine sanitaire, médicosocial et social, et de comprendre la souffrance vécue par les usagers de la santé mentale, qu'elle soit d'ordre physique, psychique ou morale.

- 1- La maladie : on parle de troubles psychiques et plus précisément de schizophrénie, de bipolarité et de paranoïa.
- 2- La déficience : elle se manifeste par des déficits cognitifs ainsi que des troubles addictifs, qui peuvent être soignés ou atténués par des traitements dispensés par le secteur sanitaire de psychiatrie.
- 3- L'incapacité : on remarque une baisse des facultés intellectuelles, des incapacités à vivre en société et des distractions délirantes. Ces incapacités peuvent être prises en charge conjointement par le secteur sanitaire et le médicosocial, en mettant en place un programme de soin thérapeutique, permettant à l'utilisateur de recouvrer une partie ou la totalité de ses incapacités. Un traitement médicamenteux associé à un accompagnement en hôpital de jour, ou à un accompagnement par un SAMSAH en milieu ordinaire, permet la coordination de ces soins.
- 4- Le désavantage : il est marqué par des difficultés d'intégration dans un environnement professionnel, des difficultés à vivre en société, dans un environnement ordinaire (logement individuel), mais aussi par un processus de stigmatisation et d'exclusion sociale. Il est pris en charge par le secteur social, afin de pallier au handicap généré par la maladie : secteur de l'hébergement spécialisé, de l'accompagnement médicosocial et social, et celui de l'accompagnement de proximité au quotidien.

Le schéma de Paul Wood est un modèle dynamique, dans lequel rien n'est figé. Et si la déficience, l'incapacité et le désavantage sont souvent la conséquence de la maladie, l'évolution d'une des composantes peut influencer directement un ou plusieurs des autres plans. De cette analyse, il ressort donc l'évidence d'un besoin d'accompagnement multidimensionnel, assurant la continuité des soins thérapeutiques et de l'accompagnement social en milieu ordinaire. Le projet de soin est indissociable, dans les cas de pathologies psychiques, au projet social ; l'un ne peut pas aller sans l'autre. « Il

est essentiel que les dispositions psychiatriques, sociales, médicosociales avancent vers un mode de coopération qui tienne compte, par-delà leur logique propre, de la réalité complexe et instable des besoins des personnes en difficulté »¹³.

1.1.4 L'indissociabilité du projet de soin et du projet social de la personne souffrant de troubles psychiques.

Dès 2005, l'articulation des secteurs sanitaire, social et médico-social a constitué l'un des enjeux essentiels de réalisation du plan « Psychiatrie et Santé Mentale ». Le plan visait en effet à apporter aux besoins de santé mentale une réponse globale, fondée sur une approche coordonnée des politiques à l'œuvre dans les champs de la prévention des soins, de la réinsertion et de l'accompagnement.¹⁴ (Circulaire budgétaire commune sanitaire et médico-sociale).

L'enjeu majeur reste aujourd'hui l'intégration des différentes facettes de l'accompagnement des usagers en santé mentale, des familles et des proches des malades: le repérage et le diagnostic précoce, l'accès aux soins rapide et adapté, le suivi personnalisé et continu, la réhabilitation sociale, la prévention des risques, la recherche autour des déterminants de la santé mentale, l'organisation renouvelée des dispositifs nécessaires aux hospitalisations sans consentement ainsi que l'organisation des soins aux détenus. La volonté est d'intégrer dans cette politique de santé mentale, un important volet social et médicosocial pour la réinsertion des patients dans la cité et l'accompagnement des familles (emploi et habiletés sociales). Dans ce cadre, la question du logement ou de l'hébergement des malades en cours de réinsertion sociale est un aspect essentiel, déterminant pour le succès de cette réinsertion.

La qualité de vie et les soins doivent être envisagés ensemble car il y a un lien indissociable entre l'éducation, l'accompagnement et les soins. L'objectif des soins, en psychiatrie, est d'atténuer les symptômes des pathologies et la souffrance psychique qu'ils entraînent, mais aussi d'aider le patient et sa famille à avoir la vie la plus acceptable possible, compte tenu de la sévérité de la maladie, des inconvénients des traitements, et des contraintes de la société. Le relais doit donc être passé aux secteurs médico-sociaux et sociaux pour soutenir les personnes dans leur besoin de socialisation.

Le projet de vie social, axé sur l'accès au logement, à l'emploi, à la citoyenneté, et aux activités de loisirs, ne peut être envisagé sans un projet de soin solide, qui vient soutenir le processus de socialisation. En effet, la stabilisation médicale de l'utilisateur est

¹³ Jaeger Marcel, 2000, *l'articulation du sanitaire et du social, travail social et psychiatrie*, Paris : Dunod, p13.

¹⁴ Lettre n° 1 du plan « Psychiatrie et santé mentale » 2005-2008– Mai 2006 Xavier Bertrand, Ministre de la Santé et de la Solidarité.

indispensable pour travailler avec lui son projet de réinsertion. Si la personne ne dispose pas d'un minimum de compétences et de capacités, si elle est encore trop hallucinée et délirante, il n'est pas envisageable de construire un parcours de vie cohérent avec elle.

Cette nouvelle façon d'envisager le handicap psychique est matérialisée par la mise en place des Maisons Départementales des Personnes Handicapées (MDPH), ayant pour mission d'aider la personne à faire émerger son projet de soin – projet de vie et à le mettre en œuvre, depuis la loi du 11 février 2005. Accès unique, elles sont à la fois des lieux d'information, et de délivrance de toutes les prestations, pour enfants et adultes. Elles associent des acteurs d'horizons divers : le Département (qui assure le pilotage politique), l'Etat, les organismes de sécurité sociale, et les associations. Une équipe pluridisciplinaire, regroupant médecins généralistes, spécialistes, travailleurs sociaux, infirmiers, psychologues, ergothérapeutes, examinent en concertation les situations et proposent des aides variées (aide humaines, matérielles, financières, et médicales). Les MDPH illustrent donc cette prérogative de coordination des professionnels du sanitaire et du social : englober l'ensemble des aspects de la vie de la personne, et l'aider à faire émerger un véritable projet de vie.

Cependant, la réalité de terrain est loin d'être aussi simple : il persiste des clivages entre le secteur sanitaire et le secteur social. En effet, une logique semble séparer radicalement les deux champs, et cette logique a pris de l'importance depuis les contraintes budgétaires sévères, qui limitent et interdisent à la psychiatrie de traiter au sein des institutions des malades, dont les troubles évoluent au long cours (tarification à l'activité en psychiatrie). Ces patients sont donc « poussés » vers le secteur médico-social, qui offre des modalités d'accompagnement diversifiées, mais qui sont insuffisamment préparées à s'occuper de personnes lourdement handicapées psychiques, parfois à peine stabilisées. De façon abrupte, on pourrait dire que « la psychiatrie tend à se cantonner dans le territoire étroit des soins aigus de la crise, tandis que les structures médicosociales assurent l'accompagnement des personnes handicapées dont les difficultés s'inscrivent dans la chronicité. [...] Certes, on ne peut que se réjouir de la fin de l'asile, de la « réintégration du fou dans la cité », chère à Lucien Bonnafé, mais quand la dimension de la folie est évacuée à ce point, où va la psychiatrie ? »¹⁵

¹⁵ Bonnet Clément, Mai 2008, « Partenariat entre SAVS et ESM », dans *Pratiques en santé mentale, Projet de vie, projet de soins*, Fédération Croix Marine, n°2.

1.2 Les enjeux de la prise en charge du handicap psychique par les politiques publiques dans le processus de désinstitutionalisation

1.2.1 La désinstitutionalisation : favoriser la vie hors des murs de l'Hôpital

Le Havre est une ville essentiellement ouvrière, dont la population souffre de précarité (12.6% de chômage pour une moyenne nationale de 9.6%¹⁶). Cette situation accentue les problèmes d'accès au logement, d'addiction et engendre également de la souffrance psychique. De plus, La région est confrontée à un déficit important de médecins psychiatres. Elle souffre d'un manque de prise en charge sanitaire et médico-sociale des troubles psychiques, et cela influence l'accompagnement qui en découle¹⁷. Cette inégale répartition d'accès aux soins psychiques explique les difficultés de suivi et d'accompagnement extrahospitalier par les médecins psychiatres. Des usagers lourdement handicapés retournent donc à leur domicile faute de place et de possibilité de suivi, mettant les travailleurs sociaux non formés en santé mentale en grande difficulté.

Bien que la dimension économique soit un des facteurs du processus de désinstitutionalisation impulsé par les politiques européennes, elle n'en est pas la cause première. « La désinstitutionalisation est un ensemble de mesures visant à supprimer le plus possible les grandes institutions asilaires fermées du passé, avec leur forte concentration de psychotiques chroniques, au profit d'institutions alternatives, intracommunautaires, associées à de petites unités hospitalières largement ouvertes, et de soins ambulatoires en centres médico-psychologiques ou à domicile ». L'enjeu est donc principalement d'affirmer le Droit à tous à vivre dignement, avec les autres citoyens dans la Cité. Fondée sur le respect des Droits des personnes, et sur la perspective de permettre à chacun de prendre en main son destin¹⁸, la désinstitutionalisation reste une des prérogatives des autorités publiques : lutter contre les effets pervers de l'Institution, et renverser le processus institutionnel ayant produit l'engorgement des Hôpitaux, mais surtout éviter les comportements dépendants, impuissants et non adaptatifs.

Ces valeurs sont reprises et développées par le courant d'Antipsychiatrie, représentée par Thomas Szasz, qui voit la désinstitutionalisation comme « le droit à transférer des patients sans foyer souffrant de troubles mentaux, involontairement

¹⁶ Source : chiffres de Pôle Emploi en Haute-Normandie - juillet 2012

¹⁷ La Seine Maritime compte 190 médecins psychiatres contre 2008 en Ile de France. Le bilan du SROS 2006-2011 est le suivant : « la psychiatrie en Haute Normandie connaît de grosses difficultés à répondre à la diversité et l'augmentation des demandes, liées à une insuffisance de moyens, à la disparité au sein de la région, et à une démographie médicale très préoccupante ».

¹⁸ Notion d'« Empowerment » : Octroi de plus de pouvoir aux individus ou aux groupes pour agir sur les conditions sociales, économiques, politiques ou écologiques qu'ils subissent

hospitalisés dans différentes institutions psychiatriques, majoritairement financées par l'Etat. De telles institutions ont maintenu ou créé l'exclusion, la dépendance et le handicap, ce qui a entraîné l'institutionnalisation des patients »¹⁹.

1.2.2 Une volonté européenne

La Santé Mentale est un enjeu majeur du Plan de psychiatrie au niveau européen : dans le cadre du Pacte Européen, ce plan PPSM (Plan de Psychiatrie et de Santé Mentale) est le premier de Santé Publique après la loi HPST²⁰. Le Conseil de l'Europe a établi plusieurs recommandations sur la désinstitutionnalisation, particulièrement orientées vers le secteur de la psychiatrie, le mot d'ordre étant de « Réduire le nombre de patients en institution psychiatrique et libérer les individus des hôpitaux psychiatriques, écourtant ainsi les séjours ».

En octobre 2005, la Commission européenne a publié un Livre vert « *Améliorer la santé mentale de la population - Vers une stratégie sur la santé mentale pour l'Union Européenne*. Ce Livre vert s'inscrit dans la continuité des travaux organisés depuis 1999 par la Communauté européenne, conjointement avec l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et parfois avec le Conseil de l'Europe. Le Livre vert dresse tout d'abord un constat alarmant : selon l'OMS, la santé mentale devrait devenir d'ici à 2020 la première cause de morbidité dans les pays développés. Actuellement, environ 58 000 personnes se suicident chaque année dans l'Union européenne, ce qui dépasse le nombre annuel des homicides ou des décès dus aux accidents de la route ou au Sida. Selon l'Organisation Internationale du Travail, la mauvaise santé mentale coûte à l'Union européenne de 3 à 4 % du produit intérieur brut, essentiellement par suite d'une perte de productivité. Ce Livre vert envisage trois séries de mesures :

- mener des actions en faveur de la santé mentale et mettre en place une politique de prévention. Il évoque la prévention de la dépression, la diminution des troubles liés à la toxicomanie et à l'alcoolisme et la prévention du suicide.

- favoriser l'insertion des malades mentaux et des personnes mentalement diminuées dans la société et défendre leurs droits fondamentaux et leur dignité.

- améliorer l'information et les connaissances sur la santé mentale dans l'Union européenne.

¹⁹ Citation de Thomas Szasz, psychiatre.

²⁰ Loi HPST : loi « Hôpital, patients, santé et territoires »

La Commission Européenne préconise le développement des services de proximité en faveur des personnes handicapées, et invite les états membres à transformer leur prise en charge au sein des institutions, en services sociaux de qualité au sein de la collectivité. La transposition de ces recommandations européennes se traduit notamment au niveau national par la Loi du 11 Février 2005.

1.2.3 Les impacts au niveau national

Les politiques nationales de désinstitutionalisation trouvent leurs bases dans le Cadre de la Planification et de la Programmation Médicosociale, déclinées dans deux lois successives : La Loi 2002-2 et la Loi du 11 Février 2005²¹.

Les années 2000 attestent d'une prise de conscience des insuffisances de la politique de santé mentale par les politiques publiques. Des 2001, le Plan d'Action Pluriannuel²² insiste sur le développement des services aux personnes handicapées psychiques, sur la lutte contre la stigmatisation et sur le renforcement des Droits des malades. Il préconise également le développement des actions d'insertion sociale et professionnelle. Cette planification sera renouvelée par le Schéma Régional d'Organisation Sanitaire Unique.

Les lois 2002 et 2005 ont placé l'usager au cœur de la prise en charge, et ont permis en 2005, de reconnaître le handicap psychique pour la première fois. Ces lois se sont enrichies sous l'impulsion des associations d'usagers et de familles concernées (notamment concernant la compensation du handicap).

Elles ont été complétées par les schémas d'organisation sanitaire (2005-2010), qui ajoutent à cela la promotion du travail en réseau, dans une perspective Ville- Hôpital, santé mentale et social, et renforcent des alternatives à l'hospitalisation par des interventions à domicile.

Le Rapport Chazat de 2002²³ a permis d'identifier les difficultés des personnes souffrantes psychiques, et les moyens pour améliorer leur vie et celles de leurs proches, par l'articulation du sanitaire, du médicosocial et du social, dans une perspective d'insertion en milieu ordinaire. Cette articulation est le point central des politiques

²¹ Références en annexe

²² Plan Pluriannuel présenté par Bernard Kouchner au Conseil des Ministres

²³ Chazat M, 2002, rapport commandité par Ségolène Royal, Ministre Déléguée à la famille, à l'enfance et aux personnes handicapées, *Mieux identifier les difficultés des personnes en situation de handicap du fait de leurs troubles psychiques et les moyens d'améliorer leur vie et celles de leurs proches*.

publiques, et a été reprise par le Plan Psychiatrie et Santé Mentale (2005-2008), puis déclinée dans l'ensemble des Comités Régionaux de Santé Mentale. Le plan de « Psychiatrie et santé mentale 2011-2015 » s'inscrit dans le cadre du Pacte européen qui reconnaît notamment que la santé mentale est un droit de l'Homme. Il vise à améliorer les réponses qu'apporte le système de santé aux troubles mentaux, dont l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) nous rappelle qu'ils contribuent largement à la morbidité et à la mortalité prématurée. La santé mentale doit être un domaine prioritaire des politiques de santé.

Le handicap psychique est donc devenu une véritable priorité nationale depuis 2005, et a généré la mise en place de travaux spécifiques, notamment sur l'évaluation conjointe du handicap par les équipes de psychiatrie et les équipes pluridisciplinaires de la MDPH, ainsi que la création d'un livret destiné aux MDPH pour « L'accueil et l'accompagnement des personnes en situation de handicap psychique », réalisé conjointement par l'UNAFAM (Union des Familles et Amis des personnes souffrantes psychiques), la CNSA (Caisse Nationale de l'Autorité pour l'Autonomie), l'UNCCAS (Union des Centres Communaux d'Action Sociale), et l'Union Nationale de l'Aide des Soins et des Services à Domicile.

Parallèlement à ces mesures d'insertion sociale, les politiques publiques ont également développé des lois concernant l'accompagnement de proximité, renforçant le principe de désinstitutionalisation, en donnant des moyens concrets de vivre « hors des murs de l'Hôpital ». La Loi Borloo de 2005 a tenté de pallier au morcellement du secteur de l'aide à domicile en facilitant l'accès à ces services : développement des Chèques Emploi Services (CESU), mise en place du crédit d'impôts, homogénéisation du cahier des charges au niveau national afin de regrouper les associations d'aide à domicile, et l'Agence Nationale des Services d'Aide à la Personne (ANSP). Cependant, l'analyse que nous pouvons faire de ces directives nationales en matière d'aide à domicile, est qu'il s'agit de plans plus économiques que sociaux, qui engendrent aujourd'hui une logique marchande et concurrentielle des services d'aide à domicile, mettant en évidence la question de la qualité de ces services.

Un projet de loi est en cours d'élaboration pour l'année 2014, sur le maintien à domicile des personnes âgées et handicapées, par le Ministère des personnes âgées et de l'autonomie, afin de redéfinir plusieurs axes de travail :

- reconnaître les spécificités de l'aide à domicile dans le secteur médicosocial
- formuler une approche globale de la prise en charge médicale et sociale (coordination des interventions et des financements)
- regrouper les processus actuels d'agrément et d'autorisation dans un dispositif unique (sans distinction de statut juridique).

1.2.4 Les enjeux locaux : l'inscription du Département de la Seine Maritime, de l'Agence Régionale de Santé de Haute Normandie et de la Ville du Havre

La déclinaison opérationnelle, confiée au niveau régional à l'Agence Régionale de Santé (ARS) de Haute Normandie, et déclinée à travers le Plan Stratégique Régional de Santé de 2011, (ainsi qu'à travers les SROMS²⁴), a fait de la santé mentale un des six thèmes spécifiques de son champ d'action.

Au-delà du SROS (Schéma Régional de l'Organisation des Soins – Psychiatrie) 2012-2017, l'ARS s'est également engagée à travers l'élaboration d'un Plan d'Action Régional avec une déclinaison territoriale, au niveau du territoire du Havre (conférence d'Octobre 2012). Ce plan permet une lisibilité de la situation régionale actuelle pour tous les acteurs, et met en application, de manière concrète, les directives des politiques nationales en matière de santé mentale : il offre une base de travail pour l'élaboration des Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens (CPOM) et pour la rédaction des appels à projets médicosociaux. Il permet l'élaboration du PRIAC (Programme Interdépartemental d'Accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie), en coordonnant les actions de prévention et les actions du sanitaire, afin de fluidifier le parcours des personnes et d'éviter les ruptures (coordination du secteur sanitaire, médicosocial et social).

Au niveau local, un comité local de santé mentale, basé sur un partenariat existant est en cours d'élaboration. Un financement conjoint (ARS – CODAH) pour l'animation d'un groupe de travail opérationnel pluridisciplinaire, dans le cadre du PIL, permet d'apporter des réponses concrètes aux bailleurs sociaux, confrontés à des publics présentant des difficultés psychiques, (groupe animé par l'Association Coté Cours).

L'attribution de moyens supplémentaires par l'ARS ont permis de renforcer les équipes mobiles de réinsertion et de réhabilitation (logement), d'ouvrir des places de Service d'Accompagnement MédicoSocial pour Adultes Handicapés (SAMSAH) en 2014 à travers un appel à projet, de créer 20 places de Maison d'Accueil Spécialisé (MAS) pour personnes souffrant de troubles psychiques en 2014, et d'intégrer la dimension santé mentale dans la restructuration de la filière gériatrique.

La Ville du Havre montre donc son engagement à travers le Plan Départemental d'Action pour le Logement des Personnes Défavorisées (PDALPD), cadre institutionnel de définition et d'harmonisation des initiatives en direction du logement des familles en

²⁴ SROMS : Schéma Régional d'Organisation Médico-Sociale

situation précaire, mais aussi à travers le Comité Local de Sécurité (CLS) afin d'éviter les ruptures de soin et la discontinuité, en favorisant les échanges, les liens entre la Psychiatrie et les partenaires sociaux, qui restent une des prérogatives du PPSM.

1.3 Présentation de l'association cote cours : pour une réhabilitation psychosociale des usagers de la santé mentale

1.3.1 Création de l'association Coté Cours : une réponse à un double constat de l'Hôpital Psychiatrique

L'association Coté Cours a été créée dans le contexte de désinstitutionalisation des années 2000. L'hôpital psychiatrique, qui assurait jusqu'alors un hébergement à long terme, voir définitif, a vu son rôle évoluer. Jusque dans les années 80, la présence de patients chroniques dans les hôpitaux psychiatriques ne soulevait pas de question particulière. En effet, la dimension Humaniste de l'hôpital dans sa fonction asilaire, pour protéger les patients, a ainsi fait historiquement de l'hôpital psychiatrique un lieu de vie pour certains malades. Mais depuis les lois 2002 et 2005 sur la « désinstitutionalisation » le maintien en hospitalisation n'est plus justifié. Cependant, très peu d'alternatives ont été proposées pour réinsérer le malade mentale dans la cité. Le Plan ministériel « Psychiatrie et santé mentale 2005-2008 », dans son axe d'articulation du sanitaire, du médicosocial et du social, a identifié le besoin de réponses relatives au logement.

Selon Marie Anne Montchamp²⁵, « la désinstitutionalisation [...] qui a marqué la psychiatrie française il y a quelques années, n'a pas suscité l'attention nécessaire par la mise en œuvre d'alternatives suffisantes ». Au Havre, les médecins ont très vite souligné les obstacles auxquels ils étaient confrontés lors de la sortie de patients, qui présentaient suffisamment de critères d'autonomie pour être traités à l'extérieur, même si leur état requerrait des soins. « Le secteur médicosocial, souvent sollicité, présente un déficit avéré de places ».

²⁵ Anne Marie Montchamp, secrétaire d'Etat chargée des Personnes Handicapées (2004-2005) et secrétaire d'Etat auprès de la Ministre des Solidarités et de la Cohésion sociale 2010-2012.

En 1995, un double constat a été établi par l'hôpital psychiatrique du Havre : 30% des hospitalisations étaient inadéquates, les pavillons étaient surchargés, et les hôpitaux de jour étaient saturés de patients n'ayant aucun projet de réinsertion, faute de structures adaptées. En 1999, le Directeur du Groupe Hospitalier du Havre a impulsé, en parallèle de la politique de sectorisation de la psychiatrie, une politique de réinsertion sociale des patients hospitalisés, faute de réponse institutionnelle de prise en charge par le secteur médicosocial. C'est la concordance de différents constats qui a amené l'institution à créer une association de réhabilitation psychosociale post-hospitalière : premièrement, le public souffrant de troubles psychiques connaissait une stigmatisation importante d'accès au logements sociaux, causée principalement par l'expression de leurs troubles psychiques en milieu ordinaire ; deuxièmement les usagers de la santé mentale vivaient en grande majorité dans des logements dégradés ou des taudis loués à des prix exorbitants, victimes de propriétaires peu scrupuleux profitant de cette discrimination d'accès au logement ; enfin, le contexte général des politiques publiques tendaient à renforcer le processus de désinstitutionalisation « Insérer plus pour hospitaliser moins » (loi 2002.2 et 2005), favorisant le Droit des usagers et le respect du choix de vie des patients.

Coté Cours avait donc pour mission d'apporter une réponse globale à une problématique morcelée entre le logement, l'accompagnement et le soin, en envisageant le logement comme support indispensable. Prestataire du Centre Pierre Janet, Coté Cours perçoit pendant plus de 10 ans des subventions et bénéficie d'une mise à disposition de ressources humaines pour assurer ses missions de réinsertion dans la cité. Ainsi, une soixantaine de logements a été développée par l'association, dont 20 places de Résidence Accueil financées par la Direction Départementale de la Cohésion Sociale (DDCS). En 2011, une concordance de facteurs a poussé à l'autonomisation de l'association de Coté Cours, permettant ainsi son émancipation du milieu hospitalier, quittant définitivement le secteur sanitaire pour celui du médicosocial.

1.3.2 Les valeurs et les principes fondateurs de l'association.

Le travail de Coté Cours se définit comme un processus qui facilite le retour d'un individu à un niveau optimal de fonctionnement autonome dans la communauté. Il met l'accent sur les capacités restantes de l'individu plutôt que sur sa maladie, et propose une approche globale incluant le logement, les loisirs sociaux, l'éducation, l'accès au travail et l'adaptation personnelle (pouvant requérir l'accès aux divers services d'accompagnement). Développer les habiletés des personnes est le facteur déterminant dans le succès de la réadaptation. Apprendre ou réapprendre les habiletés élémentaires

pour agir dans un environnement social, vivre de façon indépendante, sont les objectifs de Coté Cours, et passent souvent par un accompagnement spécialisé.

Coté Cours s'appuie sur un ensemble de valeurs, fondatrices du projet associatif. Basée sur des valeurs humanistes, l'association s'est fondée aux carrefours de divers courants : le « Chez soi d'abord » est le principe fondamental de Coté Cours, et constitue le premier facteur d'insertion, avant même l'expertise en santé mentale. Le logement est un préalable à l'insertion, et c'est dans le logement que peuvent s'organiser le soin et l'insertion. *« Celui-ci constitue un facteur d'intégration pour les personnes souffrant de maladie mentale. Il est la composante essentielle d'un environnement résidentiel au sein duquel la personne évoluerait tout en disposant de services sociaux et médicosociaux »*²⁶. Les personnes en difficulté doivent pouvoir s'installer, s'établir, « poser leurs valises » dans leur propre logement, un logement autonome de droit commun, qu'elles ont choisi, pour lequel elles signent un contrat en leur nom sans limitation de durée. Ce concept remet en question l'approche classique française, qui tend plutôt à poser le logement comme la finalité (et non comme la condition préalable) d'un parcours d'insertion. La personne en difficulté doit généralement prouver sa capacité à accéder au logement, par le passage dans des dispositifs d'hébergement temporaire, le logement étant l'aboutissement du parcours d'insertion. Le « Chez soi d'abord » met l'utilisateur au cœur du dispositif, en lui faisant prendre part à toutes les étapes de l'accompagnement. Il est d'emblée acteur de son « rétablissement », entendu ici comme capacité à réacquérir des compétences, qui vont lui permettre de se sentir à nouveau un citoyen à part entière. Le Chez soi d'abord est le préalable du travail à effectuer ensuite sur la notion d'« habiter son logement »²⁷.

Coté Cours développe également une approche particulière de la réinsertion, sous l'angle de la réhabilitation psychosociale. L'utilisateur est considéré comme un individu unique (pas seulement réduit à ses symptômes), disposant de compétences personnelles pouvant être développées. Il doit également être acteur de son projet et participer à l'élaboration des objectifs de travail ; sa famille doit être elle-même partie prenante du projet. La réhabilitation psychosociale nécessite des soins et services globaux, continus, pluridisciplinaires, coordonnés, centrés sur l'utilisateur, en accord avec ses besoins et ses potentialités. La réhabilitation vise au rétablissement; c'est à dire au retour à la vie citoyenne dans un cadre de vie «normal» en profitant des ressources habituelles du

²⁶ Morin P., 2001, *Le logement comme facteur d'intégration sociale pour les personnes classées malades mentales et déficientes intellectuelles*, Nouvelles Pratiques sociales, vol.14, num.2, p88-105.

²⁷ Notion développée dans la deuxième partie du mémoire « Constat d'un besoin d'accompagnement spécialisé dans le quotidien des personnes souffrantes psychiques » p.33.

milieu ordinaire : redevenir citoyen et acteur de sa propre vie est le moteur de cette démarche d'aide. La réhabilitation psychosociale s'appuie sur les projets personnels et les envies de réalisation des personnes. Elle utilise les ressources présentes dans l'environnement naturel, en les adaptant aux éventuels handicaps secondaires à la maladie mentale et à l'institutionnalisation.

Le travail de réinsertion de Coté Cours va aussi puiser quelques principes de base du courant de l'éducation populaire, en ce qu'elle reconnaît à chaque usager la volonté et la capacité de progresser et de se développer, à tous les âges de la vie. Cette éducation est perçue comme l'occasion de développer les capacités de chacun à vivre ensemble, à confronter ses idées, à participer à une vie de groupe, à s'exprimer en public, à écouter...L'autonomisation passe donc initialement par une sorte de « dépendance » au groupe. Coté Cours tente de développer une conception citoyenne, « visant à donner à chacun l'instruction et la formation nécessaires pour devenir un acteur capable de participer à la vie de la communauté²⁸ ».

Afin d'articuler tous ces courants, l'association aborde le travail social d'un angle systémique, dans le sens où elle envisage la prise en charge comme un ensemble d'éléments en interaction dynamique, organisés en fonction d'un but qui évolue dans le temps. Cette approche permet d'identifier la « finalité » du système social, les niveaux d'organisation, les échanges entre les parties, les facteurs d'équilibre et de déséquilibre ainsi que les boucles logiques et leur dynamique.

1.3.3 La composition de l'association

Le service logement est aujourd'hui composé de 120 places dont 40 en résidences accueil spécialisé²⁹, financées par la DDCS, 11 places en ALT, financées par le Conseil Général, et 69 en logements ordinaires, diffus ou regroupés non financées à ce jour. 8 maîtres de maison travaillent sur trois résidences accueil et deux maisons communautaires, assurant la gestion du quotidien et développant les compétences des usagers en s'appuyant sur le collectif.

Le SAMSAH (Service d'Accompagnement Médicosocial pour Adultes handicapés), cofinancé par l'ARS et le Conseil Général, est un établissement médicosocial expérimental issu de la loi 2005, qui s'appuie sur le principe de désinstitutionalisation et

²⁸ Bénigno Caceres, militant, historien autodidacte, figure de l'Education Populaire, et fondateur du mouvement Peuple et Culture.

²⁹ La résidence accueil spécialisé est une expérimentation de maison relais, spécialisée pour personnes en situation de handicap psychique. Elle constitue une forme d'habitat adapté pour répondre à ces personnes à faible niveau de ressources, en situation d'isolement ou d'exclusion sociale, et qui se trouvent dans l'incapacité d'intégrer à court terme un logement ordinaire.

d'insertion dans la cité. Une équipe pluridisciplinaire de quatre salariés (une infirmière, une aide-soignante, une conseillère en économie sociale et familiale et un éducateur spécialisé) a pour mission d'accompagner des usagers de la santé mentale, sur notification de la MDPH, dans le milieu ordinaire pour favoriser leur insertion et de coordonner la prise en charge globale (soin, logement, accompagnement, loisirs). Le SAMSAH dispose d'un agrément de 15 places, mais travaillant sur un principe de file active, il compte actuellement 30 accompagnements effectifs.

Le GEM (Groupe d'Entraide Mutuelle) est un dispositif expérimental, financé par l'ARS, ayant pour visée la réinsertion sociale et la défense des droits des usagers de la santé mentale. Initialement administré par une association gestionnaire, ce regroupement d'usagers doit à moyen terme se constituer en association d'usagers indépendante, permettant d'offrir un espace convivial pour rompre l'isolement dont souffre ce public, tout en revendiquant leurs droits d'usagers. Deux animatrices sont présentes en tant que salariées du GEM, pour soutenir les activités de socialisation, mais surtout les usagers dans leur prise de fonction associative.

Le SADS (Service d'Aide à Domicile Spécialisé), dont il est question dans ce mémoire, a été créé en réponse à un manque de spécialisation des services d'aide à domicile ordinaires, concernant la prise en charge des personnes souffrantes psychique sur le territoire du Havre. Composé à ce jour d'une chef de service et d'une assistante de secteur, ainsi que d'une trentaine d'auxiliaires de vie, sa spécialisation réside principalement dans la formation des salariés à la santé mentale et l'analyse de pratique dont ils bénéficient.

Le centre de formation a pour vocation de dispenser des actions de relectures de pratiques, de partages de connaissances avec les partenaires, à partir des expérimentations de Coté Cours en santé mentale, par la capitalisation de savoirs, de sensibilisation et de partages.

Le centre de thérapie familiale est ouvert depuis 2013 et propose des consultations auprès de familles en difficulté.³⁰ (Violences intrafamiliales, souffrances et troubles psychiques..)

³⁰ Organigramme de l'association Coté Cours ANNEXE 2

1.3.4 Nos partenaires actuels

La stratégie globale d'intervention de Coté Cours consiste à la mise en place de diverses réponses articulées, issues de l'espace territorial partagé de santé publique. En effet, il est impératif de veiller à éviter les ruptures et à inscrire les interventions (sanitaires, médicosociales et sociales) dans une dynamique qui a du sens pour l'utilisateur, selon les différentes étapes de sa vie et les événements qui la traversent : « parcours de vie » - « parcours de soin ». Les acteurs du territoire, qu'ils soient sanitaires, médicosociaux ou sociaux, doivent répondre de façon articulée et cohérente à l'ensemble des besoins et des attentes de la personne, dans le cadre d'une stratégie d'intervention globale et partagée.

L'association tente de mettre en place une évaluation globale et partagée des besoins des personnes vulnérables sur le territoire du Havre (diagnostic territorial partagé), de mettre en œuvre des plans personnalisés de soins et d'autonomie, qui articulent les réponses nécessaires dans une même stratégie globale d'intervention. La mission d'animation du Groupe 5 « Bailleurs sociaux et troubles psychiques », confiée à Coté Cours par la CODAH (Communauté de communes l'Agglomération Havraise) et l'ARS, dans le cadre du Pole Insertion Logement du PDALPD, peut être considérée comme le fondement d'un Comité Local de Santé Mentale. Ce groupe, créé pour répondre aux problématiques graves de logement et de soin des personnes en situation de handicap psychique, accueille les professionnels du logement, le représentant de la sous-préfecture du Havre (service des expulsions), les assistantes sociales de secteur, les professionnels du secteur sanitaire (représentants de la psychiatrie), le Centre Communal d'Action Sociale (CCAS) et les mandataires judiciaires. Il constitue déjà une base solide de professionnels engagés pour répondre aux besoins des usagers de la santé mentale sur le territoire du Havre.

L'association travaille donc avec un ensemble de partenaires, qui sont tous envisagés comme personnes ressources de la personne accompagnée : famille (naturelle ou d'accueil), amis, voisins, propriétaires privés, bailleurs sociaux, propriétaires d'hôtel, services de soins psychiatriques, services de soins généraux, services de soins de suite et de réadaptation, médecins généralistes, psychologues, ergothérapeutes, infirmiers libéraux, Services de Soins Infirmiers A Domicile, Hospitalisation A Domicile, Réseaux de soins palliatifs, SAD, Service d'Aide à la Vie Sociale, SAMSAH, Aide Sociale à l'Enfance, assistantes sociales du milieu hospitalier, du Conseil Général, évaluateurs de la MDPH et du Conseil Général, mandataires judiciaires, associations d'utilisateurs et de familles (telles que l'Unafam ou l'Association des Paralysés de France), éducateurs, AMP, auxiliaires de vie....

L'association adhère également à plusieurs fédérations nationales, afin de pouvoir faciliter les échanges de pratiques et d'expériences avec des partenaires sur l'ensemble du territoire ; relativement seuls à être spécialisé en santé mentale dans le périmètre du Havre, l'adhésion à de grandes fédérations d'envergure nous permet d'analyser nos pratiques, en les mettant en rapport avec celles de nos homologues. Ainsi, Coté Cours est affilié à l'UNAFAM, l'UNAFO, et à la Fédération Croix Marine.

Nous avons également formalisé plusieurs partenariats privilégiés par des conventions officiels, notamment avec deux SAVS de la région (avec qui nous mutualisons l'analyse de pratique des salariés des trois établissements, ainsi que des appels à projets, notamment le dernier concernant la création de place de SAMSAH pour cérébro-lésés, troubles psychiques et autisme). Nous avons également établi une convention avec une Clinique psychiatrique privée du Havre, avec la délégation locale UNAFAM (UNACLUB), avec plusieurs bailleurs sociaux et un bailleur privé, avec une entreprise de location de matériel médical. D'autres conventions sont actuellement en cours, comme celle avec le Groupe Hospitalier du Havre, et plus particulièrement l'Hôpital psychiatrique, ou encore avec des Services d'aide à Domicile.

1.4 En conclusion

A travers cette première partie, nous avons pu nous rendre compte de la complexité du handicap psychique. Derrière l'expression « handicap psychique » peut se cacher une grande variété de situations et difficultés d'insertion sociale et professionnelle pour les personnes concernées. Leur rapport au monde, complexe et altérée, engendre la stigmatisation et l'exclusion, les privant de leur place de citoyen ordinaire dans la cité.

Handicap « invisible », il est encore mal connu de la société. L'enjeu pour favoriser l'intégration de ces personnes dépasse le simple cadre technique, c'est un véritable enjeu social. Il se situe principalement dans la capacité à accompagner ces personnes, à repenser et réorganiser leur accompagnement au sein de la société.

2 Insertion sociale et logement : le constat d'un besoin d'accompagnement spécialisé dans le quotidien des personnes souffrantes psychiques

2.1 La particularité de l'insertion en santé mentale

Avant d'aborder la notion d'insertion en santé mentale, il me semble important de redéfinir le concept d'insertion de manière générale. « L'insertion est le sentiment de partager avec les autres un minimum de culture commune et d'y prendre une place reconnue ». Cela passe par trois étapes principales :

- 1- Trouver une image de soi même valorisée
- 2- Avoir le sentiment de faire partie d'un sous-système d'appartenance
- 3- Se construire un sentiment de citoyenneté

On constate donc trois niveaux distincts : un niveau individuel, de groupe et de société. L'insertion relève donc de possibilités individuelles mais aussi des réponses que propose la société. Il s'agit donc de l'effort partagé de l'individu et de la société d'accueil, par des actions d'aide réciproques. Lalande, dans son ouvrage « *Vocabulaire technique et critique de la Philosophie* », définit l'insertion comme « l'établissement d'une interdépendance étroite entre les parties d'un être vivant ou entre les membres d'une société ».

Le Haut Conseil à l'Intégration, créé en 1990, donne une définition plus dynamique : « L'intégration consiste à susciter la participation active à la société toute entière de l'ensemble des hommes et des femmes appelés à vivre durablement sur notre sol, en acceptant sans arrière-pensée, que subsistent des spécificités, notamment culturelles, mais en mettant l'accent sur les ressemblances et les convergences dans l'égalité des droits et des devoirs, afin d'assurer la cohésion de notre tissu social » [29, p8].

Si l'on reprend les trois niveaux d'intégration, on peut dresser un parallèle avec les trois secteurs d'intervention : le niveau individuel pris en charge par le soin, le niveau communautaire par la réadaptation, et le niveau sociétal par la réhabilitation. « L'insertion doit être une occasion de retrouver des relations sociales, de reconstruire une identité, de recréer du lien social. C'est créer en effet des conditions pour qu'une personne en voie d'exclusion puisse se reconstruire à la fois comme sujet, comme acteur et comme citoyen »³¹.

La réhabilitation va donc tenter de pallier aux répercussions sociales du handicap, qui est la conséquence directe de la maladie sur la vie sociale, (référence à la notion de « désavantage » de Wood, empêchant l'individu de participer aux échanges de la vie sociale).

³¹ Simon Wuhl, sociologue français, chargé de mission interministérielle pour la mise en œuvre de politiques sociales

La maladie mentale est souvent définie comme la maladie du « lien », en ce que ses manifestations sont repérées par rapport aux normes sociales, et qui a directement à voir avec la tolérance de la société d'origine. Pour des psychotiques chroniques, il est difficile d'envisager qu'ils puissent reprendre d'emblée une place sociale après une crise et des périodes de soins. Ils doivent la plupart du temps passer par une période spécifique de réadaptation : ce moment se situe à l'articulation du sanitaire et du social, et permet un soin médicalisé et collectif, qui aide le malade à développer ses capacités relationnelles, ses qualifications sociales dans une visée d'insertion, assurée par la réhabilitation psychosociale dans le milieu ordinaire. L'insertion se situe donc au carrefour de l'accompagnement thérapeutique et social.

La réhabilitation est le plus souvent assurée par des associations, telles que Coté Cours, qui marquent un écart avec la psychiatrie, et qui s'inscrivent dans un mouvement de désinstitutionalisation. « Elles permettent de décaler le regard psychiatrique sur le patient, dans un espace d'apprentissage artisanal de la démocratie, où les responsabilités sont partagés ³² ». Nous devons proposer des dispositifs pratiques d'insertion, que ce soit au niveau du logement ou de l'emploi. L'association doit être considérée comme un « laboratoire d'innovation », un espace de liberté permettant de créer des solutions en matière d'insertion.

2.2 Handicap psychique et logement : une équation difficile

2.2.1 La notion d' « Habitat » et d' « Habiter »

Contrairement aux animaux, l'Homme ne se contente pas de s'abriter. Il a la capacité d'habiter, d'établir une relation intime, affective, symbolique à son lieu d'habitation. « Habiter, c'est travailler à être chez soi quelque part, condition nécessaire pour être soi ». ³³

La notion d'habiter peut aussi se définir tel que l'a fait Mathis Stock ³⁴, en 2004, comme « faire avec l'espace », plutôt que « d'être dans l'espace » ; ou encore comme Martin Heidegger : « Habiter n'est pas une activité, à l'instar d'aller au travail ou d'aller chercher ses enfants à l'école, mais un concept qui englobe l'ensemble des activités humaines. C'est un trait fondamental de l'Être ».

³² Arveiller JP., 1991, *L'insertion du malade mental, une place pour chacun ou chacun à sa place ?*, Toulouse ; ERES, 169p.

³³ Freudiger Sylvie, 2008, « Se sentir chez soi en institution d'hébergement collectif », In E. Christen, *Le bien-être de la personne âgée en institution : un défi au quotidien*, Paris, Seli Arslan.

³⁴ Mathis Stock, Laboratoire Chôros, Ecole Polytechnique Fédérale de Lausanne (EPFL), « Théorie de l'habiter. Questionnements ».

Habiter fait donc bien référence à l'homme et à son positionnement dans l'espace. Ce concept doit regrouper trois dimensions telles que :

- 1- Habiter au sens d'avoir des habitudes dans l'espace
- 2- Bâtir, soigner, cultiver
- 3- Habiter, à travers le bâtir, qui mène à la création de « lieu », et d'espace.

Le sentiment d'être chez soi peut se construire selon deux critères distinctifs : à travers une réalité matérielle (éléments concrets tels que le mobilier, la décoration..), et une réalité psychique. Le logement apparaît alors, dans cette configuration, comme un refuge, un lieu de tranquillité, de protection contre les agressions du monde extérieur. Le logement permet à l'homme d'augmenter sa capacité à affronter des crises de l'existence, de maîtriser sa vie. C'est le constat que fait Sylvie Freudiger, psychologue et chef de projet à l'AVASAD : « l'habitation est considérée par beaucoup comme un lieu hors du temps, une enveloppe qui protège contre les atteintes extérieures ».

L'appropriation du logement relève de la volonté de la personne à engager le lieu dans la construction de son identité. Cela recouvre toutes les activités concrètes qui contribuent à tisser un lien entre le lieu et son habitant :

- 1- les gestes d'aménagement
- 2- les gestes quotidiens d'entretien
- 3- les rituels personnels, les initiatives personnelles

« L'homme habite et ainsi prend place parmi les humains. Pour cela, il lui faut un lieu où inscrire son corps, son histoire, sa citoyenneté. Habiter, c'est mettre de soi en un lieu, ce qui est fort différent d'être logé. S'il ne peut habiter, l'homme ne peut prendre sa place, et cela s'appelle aujourd'hui de l'exclusion. L'aider à habiter, cela s'appelle lutter contre l'exclusion ».³⁵

2.2.2 Habiter son logement pour la personne souffrant de troubles psychiques.

Habiter suppose donc des capacités d'investissement psychique. Qu'est-ce qu'habiter pour une personne schizophrène ?

³⁵ Jean Furtos, Psychiatre du Centre Hospitalier le Vinatier, Lyon, et Directeur Scientifique de l'Observatoire National des Pratiques en santé mentale et précarité.

Une personne psychotique n'habite pas son logement comme un individu ordinaire. La nature de la psychose fait que l'usager lui-même est en grande difficulté, invalidé par sa maladie, limitant la réalisation de certains gestes de la vie quotidienne liés au logement. Certaines ont connu des périodes d'errance ou des problèmes d'addiction. Le repli, l'isolement, l'exclusion et la précarité fragilisent également l'équilibre de la personne, entraînant la décompensation. Les habiletés sociales et les possibilités d'adaptation sont donc invalidées par les troubles psychiques : isolement, échecs répétés, ruptures de trajectoire, conduites à risques, conduites addictives, violences envers soi-même ou autrui, ressentis d'abandon, fatigue, épuisement, insécurité, dévalorisation, honte, angoisse, détresse psychologique voire même crise suicidaire.

Les problèmes d'adaptation dans le logement se manifestent par divers comportements inadaptés : errance en dehors du logement, réclusion à l'intérieur durant plusieurs jours d'affilée, maintien des volets clos et obscurité permanente, sentiment de persécution par les voisins, cris et hurlements en pleine nuit. Les troubles de l'hygiène sont également significatifs : entassement de journaux, de déchets, absence d'entretien du logement, dégradation, problèmes d'hygiène corporelle et vestimentaire. Ils peuvent être perçus comme un abandon de soi-même. Il y a des formes plus ou moins lourdes, allant jusqu'à la négligence totale de l'hygiène, de l'alimentation, l'impossibilité de sortir de chez soi, de payer ses dettes. Il s'agit d'un isolement croissant dont les formes les plus graves vont jusqu'à la mort en l'absence de l'intervention d'un tiers.

L'incurie porte le plus souvent sur l'habitat, et s'exprime par des symptômes d'encombrement par des déchets (alimentaires ou organiques, vêtements sales, poubelles qui viennent combler des pièces qui peuvent être perçues comme un peu trop vide par la personne schizophrène). C'est l'expression concrète de la désorganisation psychique de la personne. On retrouve deux types d'accumulation dans les logements :

- un amoncellement à cause de la perte de capacité à faire le ménage, à jeter
- et le collectionnisme (journaux, vêtements, ext...).

Un homme d'une quarantaine d'années vivant dans une des résidences accueil de l'association, suite à une vingtaine d'années d'hospitalisation, présente des symptômes d'amoncellement, qui s'exprime par l'accumulation et l'entassement de vêtements sur le sol de sa chambre. Malgré le passage régulier d'une auxiliaire de vie et la supervision de la maitresse de maison, il faut un véritable travail quotidien de stimulation pour que la chambre ne se retrouve pas très vite envahie. En quelques heures seulement, après le passage de l'auxiliaire, la pièce peut être à nouveau submergée d'un mètre de vêtements sur la totalité de la surface, selon son état psychique du moment.

Il est également courant, chez les usagers que nous accompagnons, d'être confronté à des appartements engorgés d'objets, souvent rangés dans un ordre logique. Une femme de 80 ans, vivant en logement ordinaire, conserve tous les prospectus qu'elle reçoit, après les avoir triés par thème et rangés par piles. Ces entassements empêchent la circulation dans la pièce et l'accès à certains endroits du logement. Elle refuse catégoriquement que les auxiliaires y touchent, sous peine de mettre fin à l'accompagnement. Ces symptômes relèvent du « syndrome de Diogène » (qui se définit par la négligence de l'hygiène corporelle et domestique, l'accumulation d'objets hétéroclites, le déni de son état, l'isolement social et le refus d'aide, vécue comme intrusive)

L'incurie peut s'expliquer par le fait que la personne se coupe de sa réalité et du reste du monde, pour ne plus souffrir et ne plus penser. Les schizophrènes vivent dans « un monde à l'envers, paradoxal »³⁶. Il faut comprendre ce phénomène pour pouvoir réellement communiquer avec eux. Par exemple, certaines personnes, vivant dans la rue depuis plusieurs années, et sollicitant un toit depuis des mois, ne peuvent supporter de vivre dans un logement salubre. Une fois dedans, ils couchent par terre, ou laissent les fenêtres continuellement ouvertes, comme s'ils vivaient encore dehors. Ils se débrouillent pour rendre le logement insalubre, et finissent par se faire expulser suite à des troubles du comportement. C'est ce qu'on appelle les comportements paradoxaux : plus on aide certaines personnes et plus elles vont mal. L'année dernière, un jeune homme de 25 ans, sous locataire d'un appartement refait à neuf à son entrée dans les lieux, a dégradé le logement en arrachant toutes les plinthes de la salle et les lattes de parquet, convaincu que de la moisissure se développait sous le sol. En quelques jours seulement, il avait complètement détérioré le logement et a dû être ré hospitalisé par la suite.

La plupart des personnes suivies ont également des difficultés pour accomplir les actes de la vie quotidienne : cuisiner, faire les courses, se déplacer ou se repérer dans le quartier. A cela s'ajoutent les problèmes de sur-occupation du logement, de squattage par des personnes malveillantes qui profitent de la vulnérabilité des usagers.

On peut enfin évoquer le non investissement du logement qui reste une problématique majeure en matière d'insertion : la personne en situation de handicap psychique n'a pas les mêmes capacités à « habiter » son lieu de vie. Il n'est pas rare de trouver des logements vides de meuble, de décoration, de matériel de confort (tel qu'un

³⁶ « Vivre à l'envers », notion développée par Jean Furtos, développant la non demande, la réaction thérapeutique négative et l'inversion des demandes du malade mental, développé p37.)

canapé, un lit sur sommier, une table et des chaises, du matériel de cuisson). Le couchage peut être parfois une simple paille à même le sol, ou un lit couvert de mégots, salit par les traces de chaussures ou par des animaux. J'ai même pu voir, dans un de nos logements, un bateau pneumatique dégonflé faire office de lit, à même le sol, au milieu de déchets organiques et de cartons non ouverts suite au déménagement. Sans matériel de cuisson, il n'est pas rare que ces personnes se nourrissent de façon sommaire, debout ou assises par terre, à consommer des boîtes de conserve froide avec leurs doigts.

Il faut absolument, face à des difficultés psychosociales de cette gravité, savoir les reconnaître en tant que telles, et ne surtout pas les mettre sur le compte d'une « mauvaise volonté » ou d'« un sabotage du travail professionnel ». Dans ce type de relation d'aide, il faut apprendre à négocier, dans un espace qui est à construire, avec des gens qui ne souhaitent apparemment pas d'aide ; mais qui peuvent l'accepter malgré tout, si on la présente avec tact et conviction. Trouver un logement n'est pas la fin du parcours, mais ouvre sur un autre défi pour la personne : parvenir à habiter, « se poser » quelque part est un moment critique de fragilisation, à accompagner le temps nécessaire à cette crise. Habiter n'est donc pas seulement se loger, avoir un toit sur la tête ni même seulement investir l'espace du logement. Habiter est en rapport avec la possibilité d'habiter son corps et sa santé, son histoire, sa parole, dans un « sentiment suffisant d'unité et de continuité » ; ce processus nécessite de l'unité psychique, du temps, un accompagnement de proximité, social et psychologique.

Il s'agit donc de « prendre soin », concept essentiel à l'accompagnement. L'accès au statut de citoyen passe par l'habitat. « Avoir un logement digne constitue le dernier recours avant l'exclusion. C'est cette relation qui reconnaît la dignité de la personne, et ses impossibilités temporaires de correspondre aux normes ; il paraît important de reconnaître et d'accepter un temps le monde à l'envers dans lequel vivent certaines personnes en situation de précarité et d'exclusion. « Vivre à l'envers pour vivre malgré tout », c'est cela prendre soin des personnes vulnérables »³⁷.

Le concept de « vivre à l'envers » de Furtos résume tout à fait les caractéristiques des personnes psychotiques. Qu'est-ce que vivre à l'envers ? Comment accompagner cette vie à l'envers ?

On peut noter trois grands critères constitutifs de ce concept :

- La non demande de la personne : paradoxalement, plus une personne va mal psychiquement, moins elle est en capacité de demander de l'aide, que ce soit sur

³⁷ Jean Furtos.

un plan social, médical ou psychique. Cela va de la simple difficulté à formuler jusqu'au refus complet de l'aide. Furtos parle de « renoncement de l'aide », ce qui implique, pour les aidants, de la patience afin de contourner cette difficulté et « un savoir-faire particulier non décrit dans les livres ».

- La réaction thérapeutique négative : plus l'aidant aide, plus la personne va mal. Plus la situation s'améliore sur le plan social, (budget, logement), plus la situation psychosociale se dégrade. « Lorsque l'on aide un sujet en auto exclusion, on peut espérer un heureux dénouement ou une moins mauvaise situation, mais il ne faut jamais l'attendre avec insistance, ne jamais attendre un résultat immédiat, pour se faire plaisir sur un plan professionnel. C'est l'intervenant qui doit prendre le risque de ne plus vouloir normaliser la personne ».
- L'inversion des demandes : une personne peut livrer et confier ses affects à un travailleur social, mais refusera complètement de travailler avec un psychiatre ou un psychologue ; En effet, elle a souvent camouflé ses troubles durant de nombreuses années et n'a pu s'adresser qu'à une personne digne de confiance, bien que ce travailleur social ne possède pas les compétences requises pour gérer ce genre de confessions. « Il faut admettre que ces vécus psychiques intimes dits à un travailleur social et non un psychiatre sont peut-être bien dits au « bon endroit ». La personne qui les reçoit doit donc savoir comment porter cela, et comment poursuivre la relation professionnelle en transformant sa pratique, mais sans changer de métier pour autant tout en connaissant ses limites.

Il faut donc cesser de penser « à l'endroit », pour accompagner au mieux les personnes psychotiques, et envisager cette vie à « l'envers » paradoxale, qui ne répond pas aux critères sociaux normatifs.

2.3 Le double constat d'un besoin d'accompagnement de proximité spécialisée pour les personnes en situation de handicap psychique

Cette vie à « l'envers » met souvent en difficulté les accompagnants sociaux qui se trouvent face à des réactions complexes et difficiles à gérer. Les comportements apragmatiques sont souvent confondus avec la paresse ; les délires hallucinatoires, la violence verbale ou physique, les clivages avec les autres intervenants ou la famille sont des comportements d'autant plus difficiles à gérer en milieu ordinaire.

La recherche commandée par la Direction Générale de la Santé, « Souffrances ou troubles psychiques : rôle et place du travailleur social »³⁸, met en évidence le malaise qui règne chez les intervenants à domicile. Cette souffrance peut déstabiliser la relation d'aide. La pathologie psychique complexifie les pratiques, interroge sur les limites de l'intervention et le basculement possible dans le champ de la crise, de la décompensation psychotique et par conséquent du soin. L'intervenant remet souvent son travail en question ainsi que sa propre compétence car il s'agit souvent d'usagers peu demandeurs de services spécialisés. A cela s'ajoute donc souvent un sentiment d'impuissance et d'insécurité. L'utilisateur peut parfois déstabiliser par sa violence ou son impression d'étrangeté. Ces situations amènent le plus souvent une dégradation des logements occupés par les personnes en situation de handicap psychique, devenant très vite insalubres. Cela génère des problèmes de voisinage, qui aboutissent le plus souvent à une expulsion et à la ré hospitalisation.

2.3.1 Diagnostic réalisé par l'association Coté Cours : les limites de l'accompagnement proposé par l'association.

L'association dispose de 120 places de logements associatifs, mais n'a pas de dispositif d'accompagnement adossé à ce service. En effet, mis à part le financement octroyé par la DDSC concernant le dispositif des Résidences accueil spécialisé (16€/jour/utilisateur), permettant la présence de maîtres et maîtresses de maison sur ces structures collectives, les autres logements ordinaires du service ne disposent d'aucun financement particulier pour l'accompagnement social de proximité. Cela peut s'expliquer de différentes façons :

- 1- L'autonomisation complète de l'association Coté Cours du Groupe Hospitalier Havrais a entraîné l'arrêt de la subvention, attribuée à sa création, ainsi que la mise à disposition de ressources humaines (type AMP et Infirmiers) par l'Hôpital. En effet, pour permettre le maintien en milieu ordinaire des utilisateurs de la santé mentale, l'Hôpital psychiatrique attribuait 23 000€/an et une équipe d'une dizaine de professionnels pour assurer l'accompagnement lié au logement. Depuis 2011, l'association ne perçoit plus ces aides financières et humaines, et a dû pallier à ce manque par des montages expérimentaux, afin de ne pas laisser les utilisateurs sans accompagnement de proximité.

³⁸ Direction Générale de la Santé, Direction générale de l'Action sociale : « Souffrances ou troubles psychiques : rôle et place du travailleur social » Octobre 2005, 30p.

2- Le statut que l'on pourrait qualifier d' « Hybride » de l'association lui donne une place au carrefour de plusieurs secteurs, dont celui du soin, du médicosocial et du social. Quelle subvention revendiquer dans ce contexte précis, sachant que les financements sont actuellement cloisonnés entre le sanitaire, le médicosocial et le social ? Le logement relève effectivement du domaine de l'accompagnement social, mais loger n'est-il pas, d'une certaine façon, soigner la personne malade mentale ? Le soin relationnel offert à travers l'accompagnement dans le logement n'a-t-il pas de valeur thérapeutique ? Le logement s'inscrit dans la continuité des soins cliniques, et ils forment ensemble un « tout cohérent » permettant la réadaptation³⁹ et la réhabilitation des usagers. Il est donc bien à l'intersection de divers secteurs, et son financement en reste pour le moins problématique.

3- D'autres facteurs viennent complexifier la clarification de l'identité de Coté Cours : premièrement, la diversification de ses services lui donne accès au statut médicosocial avec le SAMSAH, en partenariat étroit avec les soins en général, et avec le GEM (financement ARS) ; au statut social avec le service logement, et au statut commercial avec le SAD et le centre de formation. De plus, son émancipation récente de l'Hôpital psychiatrique lui confère une identité encore « floue » appartenant au domaine du sanitaire, même s'il tend à se clarifier de plus en plus vers le médicosocial et le social. Cependant, une confusion persiste, définissant l'association Coté Cours comme une structure à particularité sanitaire. Il n'est pas rare que certains partenaires nous contactent pour une évaluation psychique de leurs usagers, bien que nous n'ayons aucun mandat pour assurer ce genre de prestations. Nous devons régulièrement rappeler notre fonction de réinsertion médicosociale et sociale, mais cette ambiguïté semble être entretenue par le fait que le Directeur actuel, co-fondateur de l'association, était anciennement cadre supérieur de santé à l'Hôpital Psychiatrique.

Afin de pallier à ce manque de financement d'accompagnement, divers montages expérimentaux ont été réalisés, pour offrir aux usagers de Coté Cours un accompagnement social lié au logement :

Pour exemple, une structure communautaire de 4 places pour jeunes majeures sortant du dispositif ASE, âgées de 21 ans, a pu voir le jour grâce à un montage particulier expérimental, permettant la mutualisation de PCH (Prestations Compensation

³⁹ Cf : Paul Wood et son schéma de prise en charge de la maladie mentale.

du Handicap), pour assurer la présence d'une maitresse de maison 35H/semaine, condition sine qua non au projet de réinsertion de ces jeunes filles.

La participation financière de l'usager à son accompagnement social est également une des réponses trouvées par l'association : en effet, au-delà de répondre à un besoin financier concret, elle permet aussi l'implication de l'usager à son projet, par une contribution financière (bien entendu relative aux ressources perçues, qui sont le plus souvent l'Allocation Adulte Handicapée). Elle permet une véritable adhésion de la personne, et reste cohérente avec la vocation première de l'Allocation Adulte Handicapée, prestation sociale ayant pour but de compenser le handicap de la personne et de favoriser son insertion dans la Cité. Cette position a été adoptée par le Conseil d'Administration en mars dernier, lorsque l'Hôpital Psychiatrique a annoncé officiellement qu'il retirait les derniers moyens humains mis à disposition sur une maison communautaire. De ce fait, les usagers ne bénéficiaient plus d'accompagnement de proximité quotidien, et leur état ne permettait pas d'envisager une autonomie complète sur la structure. En accord avec les mandataires judiciaires, il a donc été décidé de ne pas fermer cette maison, mais plutôt de favoriser la participation financière des usagers à leur accompagnement.

Ces solutions ne constituent cependant pas de réponses pérennes à ce problème d'accompagnement ; et elles ne permettent pas de reconnaissance officielle des autorités, reconnaissance qui passent avant tout par l'attribution de subventions.

Coté Cours a donc développé progressivement un partenariat privilégié avec plusieurs associations havraises d'accompagnement social, telles que les SAVS et les SAD, notamment par des échanges de pratiques, de mutualisation d'analyse de pratiques, et même par des actions de formation et de mise en commun d'expérimentations.

Mais ce public spécifique nécessite une approche particulière et une professionnalisation en matière de santé mentale. Ainsi, depuis 2012, l'association mutualise les analyses de pratique avec un SAVS d'Harfleur et un SAVS de Bolbec, afin d'uniformiser nos pratiques d'intervention.

En 2013, l'association Coté Cours a tenté de créer un partenariat privilégié avec une des associations les plus importantes d'aide à domicile du territoire du Havre, qui proposaient des services spécialisés aux personnes handicapées, dans l'optique de renforcer les mesures d'accès au logement. L'accompagnement dit « de proximité » par une auxiliaire de vie, soutenant la réalisation des actes de la vie quotidienne est un élément majeur du projet de réinsertion de la personne. Cette mesure vient compléter et

étayer l'accès au logement, ainsi que certaines mesures d'accompagnement du SAMSAH.

Cette association et Coté Cours ont donc collaboré durant plusieurs mois, mettant en place des actions de formation au handicap psychique, à destination d'une trentaine d'auxiliaires de vie du service « Handicap ». Les évaluations au domicile des personnes étaient effectuées de façon conjointe, afin de partager nos expertises en matière d'accompagnement de proximité et de santé mentale.

Cependant, après plusieurs mois de partenariat, le bilan que nous tirons de cet accompagnement reste mitigé : le personnel de terrain, insuffisamment formé aux pathologies psychiques, est en difficulté face à certains usagers. Les objectifs d'accompagnement, instaurés au début de la prise en charge, ne sont pas respectés, et ces situations engendrent des dysfonctionnements récurrents. La peur de la maladie mentale et des usagers aboutissent à des refus d'intervention de la part des salariés. L'incompréhension des symptômes induisent des propos inadaptés face aux usagers. L'irrégularité et la discontinuité des interventions et des professionnels génèrent de l'anxiété auprès des personnes aidées, et ne permettent pas de gérer correctement l'insalubrité du logement, les troubles de l'hygiène corporelle et vestimentaire.

Voici quelques exemples concrets d'échec d'accompagnement que j'ai pu noter au sein de nos structures : j'ai demandé la mise en place d'un accompagnement de proximité pour un jeune homme schizophrène, souffrant de délires de persécution et d'empoisonnement par la nourriture. Stabilisé sur une résidence accueil spécialisé, le seul problème restait la prise des repas du soir, de façon autonome : en effet, il ne s'alimentait pas le soir car il était convaincu que sa nourriture était empoisonnée. Il a donc été décidé de mettre en place un accompagnement en début de soirée, afin de l'aider à gérer ses angoisses et son stress liés à la tombée de la nuit et à la prise de ses repas. En partenariat avec l'association d'aide à domicile, une auxiliaire de vie a été affectée auprès de ce jeune homme fragile. Mais très vite, il est apparu que cet accompagnement était bien plus anxiogène que le problème de départ : l'irrégularité des intervenants a provoqué chez lui une source d'anxiété, et n'a pas permis une continuité dans le travail d'autonomisation. Aucune relation de confiance n'a pu être instaurée avec lui car les auxiliaires changeaient chaque jour. De plus, de jeunes professionnels sans expérience n'ont pas eu les compétences de l'élaboration de menus sains et équilibrés, et la situation s'est révélée plus complexe à gérer qu'à son origine. Ce jeune homme a commencé à présenter des signes de décompensation, car il n'a pas su comment exprimer son anxiété face à ces dysfonctionnements. Il a également adopté une attitude d'évitement, fuyant son domicile à l'heure des passages des auxiliaires. Malgré plusieurs synthèses avec

cette association, et une volonté de leur part de rectifier les objectifs de départ, l'accompagnement n'a jamais pu être réellement effectif.

Une autre situation peut venir étayer ce constat ; celle d'une usager en colocation, assez déficitaire, dont le maintien en milieu ordinaire repose essentiellement sur l'étayage du cadre mis en place. Programme de soins structuré par des activités en hôpital de jour, vie en communauté, protection judiciaire, équipe mobile de réinsertion et de réhabilitation, auxiliaires de vie sont des moyens indispensables pour lui permettre de vivre à l'extérieur de l'hôpital. Or, des dysfonctionnements similaires à ceux cités précédemment ont mis l'ensemble de la colocation en difficulté : l'absence des intervenantes, l'irrégularité des prestations ont rompu la continuité de l'accompagnement. Très vite, cette personne, sans stimulation, s'est retrouvée dans un état d'hygiène déplorable, incapable d'assurer l'entretien de son linge, de son quotidien en général, ni d'assumer les tâches liées à la vie en colocation. Dans un premier temps, ses colocataires, elles-mêmes fragiles, ont tenté de la soutenir et de pallier à cette situation, mais elles se sont très vite épuisées. Le climat s'est donc dégradé, jusqu'à créer des situations de conflits au sein de la colocation, et même jusqu'à la ré hospitalisation d'une des usagers.

On constate donc de manière générale un déficit de la qualité des services d'aide à domicile. Bien que leur création soit activement soutenue par les politiques publiques, ces services restent de faible qualité : le salaire horaire relativement bas et les contrats de travail à temps partiel engendrent un turn over élevé des professionnels de terrain. Depuis les années 90, les politiques publiques ont privilégié la croissance quantitative plutôt que qualitative. On note donc des carences importantes, dans un domaine où les besoins se révèlent très hétérogènes au domicile. Il y a une dévalorisation du secteur de l'aide à domicile, qui engendre une baisse de l'attractivité et un manque de reconnaissance de ce travail par la société, pourtant d'une importance essentielle dans la prise en charge globale de l'usager. L'image insuffisamment professionnelle du secteur, ainsi qu'un manque de valorisation des savoir-faire des salariés n'attirent pas et démotivent. Si on ajoute à cela les conditions de travail, les tensions et les risques sont réellement physiques mais aussi psychologiques, tant pour les salariés que pour les usagers.

Eléments statistiques du constat effectué par l'association Coté Cours :

Le recueil et l'analyse des données statistiques du service logement, du SAMSAH et du PIL étayent le constat que je peux dresser des SAD :

- Le service logement : 41 personnes sur les 120 usagers bénéficient d'un accompagnement par un SAAD, ce qui représente 34% d'entre elles.

Le constat que nous avons pu dresser s'oriente essentiellement vers les structures communautaires, car la supervision des maitres de maison permet de mettre en évidence les dysfonctionnements rencontrés avec les SAAD.

Ainsi, sur les 41 personnes bénéficiant d'un SAAD, il apparaît que 21 d'entre elles ont rencontré des problèmes liés à leur accompagnement de proximité en 2013, soit plus de 50% des usagers.

- Le service d'accompagnement médicosocial pour adultes handicapés (SAMSAH) : Sur 30 dossiers ouverts, 15 personnes bénéficient d'un accompagnement de proximité. Il a été remarqué par l'équipe du SAMSAH, qu'en 2013, 6 personnes sur 15 ont connu des problèmes d'accompagnement du même ordre, ayant engendré des difficultés dans leur quotidien, soit 40% d'entre eux.

- Les situations rencontrées dans le cadre du Pole Insertion Logement : Sur les 25 situations traitées en 2013 au sein du Groupe PIL, (situations bloquées amenées par les bailleurs sociaux de la région Havraise, concernant des personnes souffrant de troubles psychiques sur le point d'être expulsées), 6 bénéficiaient d'un service d'aide à domicile, soit 24% des cas. Ces chiffres montrent l'impuissance dans laquelle se trouvent les SAD à maintenir un cadre au domicile des personnes en situation de handicap psychique : les logements se dégradent malgré la présence d'auxiliaires de vie au domicile, qui assistent impuissantes à la décompensation de la personne accompagnée. Il est bien sur évident que la responsabilité de ces situations ne peut être imputée entièrement à ces services, mais elles résultent bien d'un problème de coordination générale. Ces chiffres témoignent cependant de la difficulté quotidienne dans laquelle sont plongés les SAAD face aux usagers de la santé mentale.

D'une manière générale, en mettant en concordance les constats du service logement, du SAMSAH, du PIL ainsi que la parole des usagers eux-mêmes (à travers les courriers envoyés à la MDPH concernant leur accompagnement par un service d'aide à domicile), voici les principales critiques que nous pouvons en tirer (par niveau d'importance) :

- 1- Le manque de communication, l'altération du dialogue, le manque de considération et d'écoute, le manque de suivi à domicile de ces services
- 2- Les problèmes de plannings, d'absence, de remplacements, de retards

- 3- Les manques de compétences, de formation des intervenants, le manque de compréhension de certaines pathologies
- 4- Départ/démission de salariés appréciés par l'usager, qui quittent leur emploi par insatisfaction des conditions de travail.

2.3.2 Des partenaires sociaux et médicosociaux en difficulté

Travaillant en étroite collaboration avec les partenaires du secteur social, que ce soit au niveau du logement ou de l'accompagnement, nous avons organisé plus de 200 synthèses de coordination en 2013, en faveur du projet individualisé des usagers. Durant ces synthèses, de nombreux dysfonctionnements ont pu être remontés par les familles, les usagers, les mandataires judiciaires, se plaignant de l'inadaptabilité de ces services aux problématiques liées à la santé mentale. Les SAD eux-mêmes ont pu exprimer leur difficulté face à certaines prises en charge.

En 2013, 19 synthèses ont été organisées pour soutenir le service d'aide à domicile avec lequel nous collaborons : soit au domicile de la personne pour refixer les objectifs d'accompagnement de façon conjointe et cohérente, soit par l'intermédiaire de synthèses réunissant les professionnels travaillant autour de l'usager, organisées au siège de l'association Coté Cours.

En 2012/2013, plusieurs entretiens d'évaluation par la MDPH au domicile, ainsi que plusieurs instructions de dossiers ont été réalisés conjointement entre le service d'aide à domicile et Coté Cours, afin de mettre en commun nos compétences.

En 2013, 5 journées de formation au handicap psychique ont été dispensées à ce même service, à destination des auxiliaires de vie en contrats précaires, pour les professionnaliser dans leurs pratiques.

Malgré ces actions de travail de partenariat et de soutien par la formation, les interventions auprès de personnes à peine stabilisées se révèlent toujours problématiques pour ces services.

Les répercussions de ce manque de spécialisation engendrent les situations suivantes : les services d'aide à domicile, en grande difficulté, n'ont plus d'autre moyen que de dénoncer les contrats d'intervention d'usagers lourdement handicapés. Ainsi, trois usagers, développant un système relationnel complexe, accompagnés par les différents services de Coté Cours, ont vu leur accompagnement de proximité interrompu en 2013, faute de réponse adaptée des SAD. Pour exemple, une jeune fille de 22 ans, devenue tétraplégique suite un accident de voiture, cumulant un parcours de vie chaotique (placements successifs en famille d'accueil), une très grande souffrance psychique et des

problèmes d'addiction, connaît de graves troubles relationnels avec les professionnels qui l'entourent. Accompagnée par le SAMSAH, sa souffrance complexifie ses réactions et ses comportements, remettant continuellement en question la pratique des intervenants à son domicile. A cours de solution face à cette jeune femme, le service d'aide à domicile a rompu le contrat d'intervention, mettant en avant son droit de retrait et la protection de ses salariés.

Il en est de même concernant la gestion parfois difficile des aidants familiaux : Une personne atteinte d'une maladie rare (maladie de Huntington), la rendant complètement invalide, a également vu son contrat d'intervention stoppé, justifié par le comportement envahissant et difficile de sa fille, très présente et angoissée par la situation de sa mère. Le manque de professionnalisation et de réponse des professionnels ont des répercussions importantes sur des usagers déjà très fragilisés.

On peut également noter des répercussions indirectes, qui s'expriment par la sollicitation des représentants légaux, en grande difficulté, vers des services tels que les SAVS ou SAMSAH, pour des accompagnements essentiellement de proximité (courses, entretien, repas ext..). Cependant, il nous faut rester vigilant aux orientations « par défaut ». En effet, le cout annuel d'un SAMSAH s'élève à 21 000€/usager/an, celui d'un SAVS à 7000€/usager/an tandis que celui d'un SAAD approximativement à 5000€/usager/an. En termes d'économie de santé, il serait donc préférable d'envisager tout d'abord la clarification des services d'accompagnements et des services à la personne, puis de réfléchir à la spécialisation du secteur de l'aide à domicile, prenant en compte la particularité du handicap psychique par la formation des intervenants en santé mentale. Cela permettrait d'éviter par la même l'obstruction des services d'accompagnement, destinés à des prises en charge plus complexes⁴⁰.

2.4 Réflexion sur la pertinence de développer un service d'aide a domicile spécialise en santé mentale : des besoins identifiés mais non satisfaits, malgré une offre diversifiée.

Les personnes souffrantes psychiques ont besoin de services de proximité pour les accompagner dans les gestes de la vie quotidienne. Il leur faut des accompagnements individualisés, qui prennent en compte la particularité de leurs troubles psychiques.

⁴⁰ Fiches de signalement de partenaires en difficulté sur des accompagnements de personnes psychotiques NNEXE 3

Spécialiser un service d'aide à domicile à la particularité des troubles psychiques pourrait être une réponse adéquate à ce besoin d'aide de proximité mal couvert par les services existants. Le concept de SADS pourrait être une approche originale, à condition que l'on puisse identifier clairement la spécialisation et qu'on légitimise cette notion.

2.4.1 Définition de la spécialisation

La nécessité de construire un projet de service s'adressant spécifiquement à des personnes en situation de handicap d'origine psychique, ne signifie pas forcément de rassembler des professionnels de la santé mentale, ni de prévoir des taux d'encadrement particuliers.

La Recherche-Action « Quels services d'accompagnement pour les personnes en situation de Handicap Psychique », élaborée en décembre 2011, financée dans le cadre du Programme de Recherche « Handicap psychique, autonomie, vie sociale » de 2008 (DEAS, GIS-IRESP, UNAFAMSYNTHESE), a officiellement décliné les actions à développer lors de l'élaboration de services spécialisés.

En effet, la spécialisation de services dédiés aux malades mentaux ne résident pas tant dans l'organisation et la mise en œuvre opérationnelle, mais surtout dans la conception que l'on doit avoir de la relation avec la personne souffrante psychique. La capacité de répondre de façon adaptée à leurs attentes se traduit surtout dans « les modalités d'accompagnement à même d'établir un lien de confiance avec les personnes, de maintenir les conditions d'une possible rencontre, et de les rendre actrices de leur propre vie, y compris dans le milieu de vie dit « ordinaire ».

Concrètement, la rigueur et la souplesse sont exigées simultanément. Il faut un cadre d'intervention solide pour rassurer les usagers et construire un projet sur le long terme, mais aussi de la souplesse dans l'accompagnement, pour s'adapter aux changements de l'état de santé et à l'imprévisibilité des comportements, des attentes, des capacités relationnelles.

- Un cadre solide et permanent : il est nécessaire pour tenir face à des situations souvent fragiles et fluctuantes. La relation de confiance avec les usagers et la mobilisation de leurs habiletés sociales est un processus progressif, qui doit s'inscrire dans le temps, qui peut être parfois chaotique, impliquant des ajustements continuels et des repositionnements professionnels. L'importance de l'accompagnement au domicile ne réside pas seulement dans les activités quotidiennes (qui peuvent être assurées par des SAD ordinaires), mais surtout dans la présence, dans la relation et de l'écoute, de façon continue. Les

interventions doivent être régulières, sans rupture dans le temps. L'utilisateur a besoin de sentir que le service est présent et réactif, qu'il peut être réconforté à tout moment. Le service fait office, pour ce public, de « contenant ». Souvent, au début de l'accompagnement, l'utilisateur adopte des comportements ou des actes pour tester la solidité du lien. Concrètement, le service dit « spécialisé » doit être attentif à cette permanence de l'accompagnement, qui peut se concrétiser notamment par une permanence téléphonique pendant les heures de fermeture du bureau. Ce cadre rassurant peut s'envisager par une certaine stabilité de l'équipe d'intervention, définie par un travail commun structuré et cohérent, dans lequel chaque professionnel identifie sa contribution à la stratégie globale d'intervention. Des temps de supervision réguliers sont importants pour gérer au mieux la relation avec l'utilisateur (la qualité du lien étant fondée sur la relation de confiance et une distance adéquate).

- La souplesse de l'intervention : la relation avec l'utilisateur doit se construire pas à pas, dans le respect de l'intimité, des rythmes et des habitudes de vie des personnes. Les professionnels doivent bien sûr être attentifs aux souhaits et réticences de la personne, mais doivent aller en même temps « au-devant d'elle », sans attendre l'expression d'une demande claire et précise. Une partie de l'accompagnement auprès de ce public consiste à susciter ce lien et à le maintenir. La relation doit être ajustée en permanence ; rien n'est acquis, rien n'est figé. Elle peut être relativement intense pendant une période, puis se distendre. Les professionnels doivent rester attentifs notamment face au silence ou aux rendez-vous manqués ; ils doivent être prudents et actifs dans l'entretien de cette relation. Même lorsque la relation est confiante et confirmée, elle reste tout de même compliquée, car tout événement est facteur de stress et de déstabilisation pour ce public. Les intervenants doivent donc être capables de s'adapter, et anticiper la perte des acquis. Cette souplesse du travail relationnel est difficile car les liens établis sont souvent mis à mal. Il est donc important de faire intervenir plusieurs professionnels, afin d'éviter la relation duelle et la manipulation. La multi-référence, favorisée par la mise en place de binôme ou de trinôme d'AVS, renforcée par des rencontres formelles et informelles d'équipe, sont des points d'appui pour renforcer cette souplesse, nécessaire au cadre de l'accompagnement. Cette souplesse doit donc s'exprimer à travers les pratiques professionnelles, mais aussi à travers l'organisation de l'accueil, des interventions et des plannings (flexibilité des modalités d'interventions selon l'état psychique de la personne). Ainsi, la mise en place des prestations doit faire l'objet d'une attention particulière, réunissant les conditions les plus favorables à une première rencontre (temps ou lieu d'accueil particulier, espaces partagés avec d'autres

partenaires). Cette phase d'adhésion de la personne, ou « d'appropriation mutuel », n'a pas de limite dans le temps ou ne doit pas être figée par une procédure spécifique. Pour les personnes les plus en difficulté, cette phase peut prendre plusieurs mois.

- Une connaissance des troubles psychiques : évidemment, la souplesse du cadre ne peut être mise en œuvre sans une connaissance clinique des manifestations de la maladie. Elle permet une compréhension différente de la situation, de cette vie à « l'envers » et donne du sens à certains faits. Des formations spécifiques aux troubles psychiques et un encadrement par des professionnels de la santé mentale ont vocation d'aider l'équipe d'aide à domicile à réfléchir sur le « processus morbide de la personne et ses répercussions sur la vie quotidienne », afin de mieux adapter l'accompagnement au domicile.

Cette recherche-action a montré que la spécialisation d'un service réside surtout, face à des situations de vie fragile, dans sa capacité à offrir des modalités d'accompagnement favorisant le lien de confiance avec ce public, de maintenir les conditions d'intervention, et de le rendre acteur de sa propre vie.

Les solutions proposées ne peuvent jamais être standardisées ni figées, car ce qui est adapté pour un usager ne l'est pas pour un autre, en fonction de la variabilité des troubles et de leur répercussions sur la vie courante.

La diversité des diplômes et des expériences professionnelles, des équipes opérationnelles jusqu'à la Direction, est souhaitable pour disposer de savoir-faire et de savoir être, de connaissances et d'apports cliniques, pouvant répondre à la palette des besoins et demandes de ce public hétérogène et aux capacités variées.

Enfin, un service spécialisé doit se distinguer par l'attention particulière qu'il porte au suivi des soins psychiques, qui conditionnent fortement l'accompagnement social. La Recherche met en avant le « caractère complémentaire des soins et de l'accompagnement ». Le développement de service spécialisé ne peut s'envisager qu'à travers un partenariat avec les services de psychiatrie sur un territoire donné. Qu'il pose ou non le suivi psychiatrique comme un prérequis, l'inscription dans une démarche de soin, durable et adaptée, est une donnée importante qui se traduit par une fonction de veille active (observance du traitement, régulation des consultations, prévention de l'hospitalisation).

2.4.2 Pertinence de la création d'un Service d'Aide à Domicile Spécialisé

D'après le constat que nous avons pu dresser sur le terrain, il apparaît une réelle inadéquation entre les directives des politiques publiques portant sur la désinstitutionnalisation, les besoins des usagers de la santé mentale pour vivre hors des murs de l'hôpital, et les réponses proposées par les structures locales en matière d'accompagnement de proximité.

La création d'un service d'aide à domicile spécialisé en santé mentale pourrait être une solution adéquate aux besoins des usagers. Elle permettrait de proposer une réponse complémentaire à l'offre déjà existante.

Cependant, la décision de créer ce service peut être discutée : en effet, elle peut mettre en avant la tendance « naturelle » de l'association à vouloir compenser l'absence de certains équipements pour faire face aux besoins non couverts du public souffrant psychique. Coté Cours doit-elle seulement prendre en compte ces manques ou doit elle y répondre ? Ne doit-elle pas chercher parmi les ressources du territoire des acteurs susceptibles de satisfaire les besoins repérés ?

Développer un service de plus amènerait l'association vers le développement d'un statut d'« institution unique », qui pourrait inquiéter, confondre les registres et les espaces d'intervention, ou encore les objectifs fixés. Une réponse globalisante (logement, accompagnement médicosocial, GEM et accompagnement de proximité), pourrait être perçue comme un risque de priver la personne vulnérable de sa posture de sujet de droit, qui doit pouvoir co-construire les réponses.

Acteur impliqué dans le réseau de santé mentale locale, plusieurs options ont été étudiées avant de statuer sur la création de ce service :

Tout d'abord, j'ai tenté de privilégier une dynamique de réseau et de partage des connaissances, des expérimentations, en développant des actions de formation en santé mentale auprès des SAD locaux. Cependant, ces échanges ponctuels n'ont pas permis une professionnalisation effective des salariés de terrain. Deux ou trois journées de formation ne suffisent pas à développer une connaissance approfondie des troubles psychiques. De plus, l'organisation interne et la rationalisation des coûts de ces services ne permettent pas non plus de réelle supervision ni d'analyses de pratique des salariés en difficulté face à un public souffrant de troubles psychiques. La recherche de partenaires « ressources » sur le territoire, susceptibles de répondre à ces besoins s'est révélée infructueuse.

La notion d'« institution globalisante » peut être évitée si chacun des services de l'association définit et précise son rôle et ses tâches dans la prise en charge de l'utilisateur. Lors des synthèses d'évaluation, la présence de la totalité des intervenants est souhaitée,

afin que chacun puisse se situer dans la prise en charge, mais surtout que l'utilisateur puisse identifier les ressources dont il dispose pour sa réinsertion. Ce service spécialisé doit être envisagé comme un service ressource au cœur du dispositif. Les orientations doivent être décidées en partenariat avec les travailleurs sociaux et l'utilisateur lui-même. Ainsi, plus la parole de la personne est sollicitée, moins l'effet globalisant aura de répercussion sur elle.

2.4.3

2.4.4 Evaluation globale de l'environnement du projet (SWOT)

FORCES +	FAIBLESSES -
- Valeurs et références théoriques de l'association - expertise en santé mentale/connaissances des troubles psychiques - compétences en interne – pluridisciplinarité des équipes	- création de service / pas d'expérience antérieure de gestion de SAD spécialisé - projet innovant sans élément de comparaison
OPPORTUNITES +	MENACES -
- pas d'équivalence sur la Région - besoin local mal couvert - réseau déjà existant avec des partenaires du sanitaire, du médicosocial et du social – réseau santé mentale favorable au projet	- concurrence très fortes des SAD - pas d'homologue pour anticiper le développement du service - autogestion sur la mise en place du service

2.5 En conclusion

Il est donc question, en créant ce service, de redonner aux SAD une place dans le secteur du médicosocial, et non plus de rester « enfermé » dans le secteur marchand et concurrentiel. La réponse apportée doit comporter plusieurs éléments incontournables :

- 1- Professionnalisation en santé mentale des salariés du service (renforcement des formations des contrats précaires type CAE – CUI – Emplois d'avenir) – compréhension de l'expression et des répercussions des troubles psychiques en milieu ordinaire et la particularité de la notion d'Habiter en santé mentale (« vivre à

l'envers ») – accompagnement à l'insertion des personnes en situation de handicap psychique

- 2- Organisation technique et matérielle du service adaptée aux besoins des usagers de la santé mentale (gestion de plannings : régularité des interventions, interventions par binôme, ritualisation des prestations, permanence de l'accompagnement, gestions des angoisses).
- 3- Management et gestion des ressources humaines : encadrement étayé des salariés, avec des compétences à tous les niveaux (multidisciplinarité des équipes de terrain et d'encadrement) – supervision des équipes de terrain soutenue, analyses de pratiques renforcées.
- 4- Réinscrire les SAD dans le tissu médicosocial et non plus dans une seule logique commerciale et concurrentielle – développer le travail de réseau avec la psychiatrie, avec les mandataires judiciaires, les familles et tous les professionnels soutenant l'utilisateur, afin de valoriser le diagnostic partagé. Travailler en étroite collaboration avec le Conseil Général et la MDPH pour faire reconnaître les véritables besoins des personnes en situation de handicap psychique lors des évaluations PCH. Développer un partenariat fort avec d'autres SAD pour offrir une réponse globale aux usagers, et faciliter leur orientation selon leurs besoins (personnes âgées, dépendantes, personnes en situation de handicap moteur, de handicap psychique, ext...).

3 Développement d'un service d'aide à domicile consolide pour accompagner les personnes en situation de handicap psychique, ou comment mettre en œuvre le passage du SAD au SADS ?

Après avoir analysé les besoins en accompagnement de proximité des usagers de la santé mentale, avoir démontré l'intérêt de créer un service spécialisé adapté aux troubles psychiques, je dois maintenant élaborer la carte visuelle de la méthode de mise en œuvre de ce programme.

Par l'élaboration du Plan d'Action, je vais présenter l'identification des actions et des ressources nécessaires à l'accomplissement du projet.

Le Plan d'Action doit, à mon sens, envisager l'environnement, les ressources disponibles, les partenaires, le calendrier et les éventuels devis. Il doit également offrir les moyens de suivi sur du court, moyen et long terme.

Je vais m'appuyer sur ce Plan d'Action pour démontrer la capacité à encre ce projet dans le réel, et à transformer ma projection en réalité concrète, afin de passer du projet « visé » au projet « pragmatique ».

Définir les objectifs généraux me permet de me faire une idée claire des résultats à atteindre, dans un délai déterminé, et de les traduire ensuite en actions concrètes à mener, en organisant les priorités.

Une fois les buts identifiés, je présenterai les différentes actions qui me permettront de les matérialiser.

3.1 Définir les objectifs spécifiques du service d'aide a domicile spécialisé (SADS)

Il est essentiel, à mon sens, de rappeler la « raison d'être » de ce service, de formaliser les buts et les finalités, afin de vérifier que les objectifs correspondent aux besoins formulés sur le terrain.

3.1.1 Adapter l'offre de service actuelle aux besoins du public souffrant de troubles psychiques.

La décision de développer un service d'aide à domicile spécialisé en santé mentale repose sur plusieurs convictions fortes, telle que la volonté de répondre à un besoin mal couvert des usagers de la santé mentale sur le territoire du Havre.

Le SADS doit être une réponse opérationnelle au maintien des personnes en milieu ordinaire, et par cela même, au principe de désinstitutionalisation. Il doit proposer des solutions adaptées à la problématique des maladies mentales, par une organisation adéquate et une implication dans le réseau sanitaire et médicosocial.

Il doit également répondre aux directives des Lois 2002-2 et 2005, en plaçant l'usager et sa famille au cœur de la prise en charge, en gardant comme objectif principal l'autonomisation de la personne dans son environnement, et l'accès au statut de citoyen ordinaire.

La spécialisation de ce service doit résider dans différents points incontournables. En dehors des missions générales déjà développées par les SAD existants (hygiène, alimentation, soutien administratif), il doit renforcer la relation usagers – professionnels par :

- la professionnalisation des équipes de terrain en matière d'accompagnement des usagers de la santé mentale (connaissance de la spécificité des troubles psychiques et de leurs expressions en milieu ordinaire)

- La supervision des professionnels et leur adhésion au projet de service

- l'organisation interne, répondant au besoin de stabilité des usagers (permanence du service, régularité des prestations)

- la coordination incontournable avec le secteur sanitaire

Il doit être identifiable par l'ensemble des partenaires comme ressource en matière d'accompagnement des usagers de la santé mentale.

3.1.2 Redéfinir la mission d'aide au maintien dans le logement : redonner au SADS sa place dans le secteur médicosocial.

Les différentes réponses que je veux mettre en place à travers ce SADS sont les principes directeurs du secteur médicosocial, qui placent l'usager au cœur de son accompagnement. Il n'est donc pas question de parler d'innovation à proprement parler, mais simplement de mise en application des orientations nationales concernant l'accompagnement des personnes en situation de handicap psychique, dans un secteur aujourd'hui principalement régie par des contraintes commerciales.

En effet, les SAD, depuis l'ouverture à la concurrence, se sont principalement développés sur des critères commerciaux.

Pourtant, à l'origine, la loi du 2 janvier 2002 avait intégré les services d'aide, d'accompagnement et de soin à domicile dans le secteur social et médicosocial, sous réserve d'obtenir une autorisation à fonctionner, émise par le Département (qui fixe ensuite la tarification horaire). Mais la Loi du 26 juillet 2005 (dit Plan Borloo), a

considérablement participé au développement des services à la personne, en facilitant leur création et en conditionnant l'intervention auprès de certains publics (personnes âgées – personnes handicapées), à l'obtention d'un agrément, émis conjointement par le Département et la DIRECCTE. Depuis 2005, les SAD se développent donc dans une logique fortement concurrentielle, renforcée par un contexte de crise économique, au détriment parfois de principes qualitatifs pourtant essentiels.

Je veux donc développer ce service spécialisé, en le désaxant de l'objectif commercial pour le recentrer sur des valeurs qualitatives : bien que l'utilisateur soit potentiellement un « client » payant sa prestation, je veux amener une réflexion sur son statut, et plutôt l'envisager comme bénéficiaire d'une prestation d'accompagnement, acteur de sa prise en charge, adhérent aux objectifs conjointement validés ; non comme un client décidant de façon unilatérale du déroulement de la prestation, dans une logique habituellement marchande. Ce type de fonctionnement est contre-productif dans l'accompagnement de personnes souffrant de troubles psychiques : la participation financière de l'utilisateur ne doit pas pouvoir lui ouvrir tous les droits sur ce qui se passe à son domicile. N'ayant pas le statut d'employeur, il ne peut décider seul de l'organisation : identité du salarié, horaires, durée de la prestation... Bien sûr, il doit être systématiquement associé aux décisions qui le concerne, mais dans une logique collective, avec les professionnels du sanitaire et du médicosocial.

L'auxiliaire de vie intervenant au domicile doit être considéré comme un acteur essentiel du projet d'autonomisation, et non plus comme une « femme de ménage » ou un « agent d'entretien », rémunéré pour maintenir le logement dans un état de salubrité minimal. Son rôle doit, bien au-delà des prérequis des SAD, favoriser la confiance, la stimulation de l'utilisateur et son (ré)apprentissage des actes de la vie quotidienne.

Il est donc essentiel, pour ce service, de se distinguer des autres SAD et de s'éloigner de cette logique commerciale. Bien que le service d'aide à domicile spécialisé bénéficie d'un agrément (et non d'une autorisation), je tiens à ce que ce projet de service s'aligne sur les volontés prônées concernant les services autorisés, encadrés par le Code de l'Action Sociale et des Familles, en tant qu'établissement médicosocial.

3.2 Mettre en œuvre le montage technique du SADS

Concrètement, la création de ce service requiert de lister les différentes actions à mettre en œuvre, afin de passer au projet « pragmatique ». Comment va-t-on matérialiser les objectifs fixés ? Avec quels moyens et quels budgets ?

Dans un premier temps, je vais présenter les démarches administratives et juridiques d'agrément du service, phase incontournable de la démarche d'exécution, les besoins en logistique (équipement, choix stratégique des locaux), la planification organisationnelle du service (besoins en amplitudes horaires, astreintes..) qui représentent la base essentielle pour construire l'action.

3.2.1 Les demandes d'agréments

A) Autorisation ou agrément ?

Le SADS, si l'on se réfère aux directives nationales, doit normalement relever d'une autorisation émise par le Conseil Général : en effet, son projet de service correspond davantage à ceux des établissements autorisés, qui doivent offrir des prestations telles que l'assistance à domicile pour les personnes âgées et handicapées, les prestations de soin, l'aide à l'insertion sociale, l'accompagnement médicosocial en milieu ouvert, ou encore l'accompagnement des familles en situation de détresse.

A contrario, l'agrément, encadré par le Code du Travail, positionne le service dans le champ des « services à la personne » : garde d'enfants, assistance aux personnes âgées, aux personnes handicapées, prestations de confort, (sans lien avec une intervention sociale) de type jardinage ou bricolage. Les services à la personne englobent à la fois des prestations sociales / médicosociales et des services à la personne.

Cependant, dans un contexte de crise économique et de restriction budgétaire, le Département de Seine Maritime n'est plus en mesure de se porter garant des SAD et d'attribuer des autorisations, les contraignant à s'engager sur une tarification.

L'association Coté Cours a donc été contrainte d'effectuer une demande d'agrément et de déposer un dossier instruit par la DIRECCTE. Cet agrément nous a été délivré pour une durée de cinq ans par le Préfet, suite à un montage respectant un cahier des charges, qui précise les conditions de fonctionnement, d'organisation, de délivrance et d'évaluation des prestations, permettant d'assurer au minimum les exigences de qualité requises par la loi.

L'association n'a donc pas pu disposer du Droit d'option (instaurée par l'Ordonnance du 1/12/2005), qui permet théoriquement au service de faire le choix d'un régime juridique à l'autre, ou de se « rabattre » sur l'un si l'autre n'a pas été retenu.

Depuis le 3 juin 2013, le service S3A « Servir, Aider, Accompagner, Autonomiser » de l'association Coté Cours dispose d'un agrément pour cinq ans, reconnu conjointement par la DIRECCTE et le Conseil Général.

B) La Prestation de Compensation du Handicap (PCH), l'Aide Personnalisée à l'Autonomie (APA), et l'Aide Sociale Départementale (ASD).

L'obtention de l'agrément « qualité », validée par la DIRECCTE sous le contrôle du Conseil Général, permet à notre service d'accompagner des personnes bénéficiant de la PCH, prestation individuelle et personnalisée, ayant pour but de financer une aide humaine pour continuer à vivre en milieu ordinaire malgré le handicap. Attribuée à l'usager par la MDPH et le Conseil Général, le service d'aide à domicile doit obligatoirement obtenir l'agrément qualité (par conséquent la validation du Conseil Général), pour accompagner ce public. La subvention est versée directement au service prestataire sur justificatifs d'intervention au domicile.

Le S3A dispose également d'un accord de prise en charge des usagers de plus de 60 ans, bénéficiant de l'APA, ayant pour but de renforcer l'accompagnement des personnes en perte d'autonomie, en leur permettant de bénéficier des aides nécessaires à l'accomplissement des actes de la vie quotidienne. Cette aide fonctionne sur le même modèle que celui de la PCH : le Conseil Général attribue un plan d'aide à l'usager, et verse directement la rétribution des prestations au service d'aide à domicile.

Ces deux agréments touchent une partie des usagers visés par le projet de service d'aide à domicile. En effet, l'attribution de la PCH et de l'APA nécessite un certain niveau de dépendance de l'usager.

Pour les personnes souffrant de troubles psychiques plus légers, et disposant d'une plus grande autonomie, la PCH n'est pas toujours appropriée pour réaliser la gestion de l'entretien courant, et l'approvisionnement des courses alimentaires.

L'Aide Sociale Départementale, attribuée par le Conseil Général pour prendre en charge l'accompagnement de proximité de personnes cumulant handicap et minimas sociaux, est l'agrément le plus adapté aux personnes souffrant de troubles psychiques. En tant que malade « debout », ce public a essentiellement besoin de stimulation pour (ré) activer ses compétences en milieu ordinaire.

Le service S3A a donc développé son projet opérationnel essentiellement autour de cet agrément. Cependant, le cadre législatif national n'autorise que les SAD « autorisés » par le Conseil général à percevoir cet agrément. Le S3A, n'ayant pas eu d'autre alternative que de bénéficier de l'agrément, ne peut donc prétendre à cette

mesure. (Un projet de loi est actuellement en cours pour uniformiser les droits selon les statuts des SAD, et éviter ainsi de tels écarts).

C) La nécessité de réadaptation en fonction des agréments attribués

Ne disposant donc pas de l'accord ASD, il a fallu se repositionner et ouvrir une réflexion sur la stratégie à adopter. Comment garder les mêmes objectifs de travail sans le principal agrément ?

Comment adapter le projet de service en fonction de la PCH et de l'APA, qui n'ont pas les mêmes visées que l'ASD ?

J'ai pu élaborer trois axes de travail, permettant de nous repositionner :

- 1- Travailler avec la mesure PCH, en favorisant le travail en réseau pour motiver l'instruction des demandes. Réaliser les premières demandes de prise en charge avec les partenaires sociaux pour mettre en avant la complexité des troubles psychiques auprès de la MDPH. Constituer des recours juridiques en cas de refus d'attribution de PCH.
- 2- Réadapter le public initialement envisagé. Se projeter sur des accompagnements de personnes en situation de handicap moteur avec troubles et souffrances psychiques associées, disposant d'une mesure PCH, ainsi que l'accompagnement du public connaissant des troubles liés au vieillissement.
- 3- Développer un partenariat avec le seul SAD autorisé de la région, qui détient donc le monopole de l'ASD. Cependant, malgré un travail de collaboration de plusieurs mois, l'accompagnement des personnes en situation de handicap psychique reste problématique pour cette structure.

3.2.2 La logistique

A) Le choix des locaux du SADS

Lors du montage du projet, la réflexion autour du choix des locaux s'est portée sur plusieurs facteurs :

- 1- répondre à la nécessité d'accessibilité : implantation en centre-ville, transports en commun à proximité, signalétique, accessibilité aux personnes à mobilité réduite...
- 2- respecter le budget prévisionnel concernant la location du local

Implanté en centre-ville, le siège social de l'association répond déjà aux exigences que j'avais émises pour le SADS. Il se trouve en plein cœur de la ville, dispose d'une accessibilité assurée par les transports en commun (lignes de tramway, de bus), et la signalétique est déjà mise en place.⁴¹ Seule l'accessibilité aux PMR doit être mise en place, car l'accueil se fait par quelques marches et ne permet donc pas l'entrée aux fauteuils roulant. Un devis est en cours d'élaboration afin de respecter la mise en application de la loi n°2006-872 du 13 juillet 2006 au 1^{er} janvier 2015 pour les ERP (établissements recevant du public).

Le siège accueille actuellement le service administratif et financier, base du service logement, ainsi que le SAMSAH, les bureaux de la Direction, le centre de formation, et la salle de réunion. Un bureau de 30m2 est disponible depuis l'implantation de l'association à cette adresse en 2011. Mon choix s'est donc porté stratégiquement sur ce local, qui répondait aux exigences d'accessibilité mais aussi aux besoins de rationalisation budgétaire. Les frais de location, par la comptabilité analytique et les clés de répartition, seront divisés et supportés par le service logement, le SAMSAH, le centre de formation et désormais le S3A.

Cet espace permet l'accueil de deux bureaux : celui de la responsable de service et celui de la secrétaire, ainsi qu'un espace de réunion pour recevoir de façon confidentielle usagers, familles ou partenaires.⁴²

B) L'équipement

L'ouverture du service va générer un besoin en matière d'équipement informatique, et en communication :

- deux postes informatiques, ainsi qu'un ordinateur portable pour les astreintes de week end (continuité de service)
- un logiciel de gestion de planning spécifique au secteur de l'aide à domicile (Apologique)
- l'aménagement de la surface en accès internet
- la téléphonie fixe et portable (pour assurer la permanence du lien avec les usagers)
- l'équipement général de bureau, ainsi que l'envoi postal et le papier, qui représentent un budget non négligeable (envois de plannings, de facturations mensuelles..)
- des plaquettes de communication du service

⁴¹ Accessibilité des locaux : plan et photos du site ANNEXE 4.

⁴² Plan d'aménagement du siège social ANNEXE 5

C) Les déplacements

Dans un souci de démarche qualité, le suivi des situations à domicile par la responsable est indispensable. Elle doit donc être mobile et répartir son temps entre la gestion administrative des plannings et le suivi de terrain. Elle doit également pouvoir aller soutenir les salariés au domicile lors d'accompagnements complexes, ou se rendre à des synthèses avec les partenaires du sanitaire, du médicosocial et du social.

Pour cela, un véhicule de service doit être provisionné dans le budget prévisionnel, afin d'être opérationnel dès l'ouverture du service⁴³.

3.2.3 Amplitude horaires, permanences et astreintes

Pour obtenir l'agrément permettant l'ouverture du S3A, il faut respecter un cahier des charges qui établit les prérequis et les bases fondamentales des SAD. Mais au-delà de ces directives, l'association a voulu mettre en place une organisation répondant de manière effective aux besoins du public souffrant psychique : réactivité, flexibilité, gestion de l'anxiété sont autant de critères qui doivent être pris en compte au moment de la définition opérationnelle du service.

Le SADS se structure ainsi :

- les prestations de terrain commencent à 6h et se terminent à 23h (sous respect des amplitudes horaires des salariés et la majoration du travail en heures de nuit), afin de répondre aux exigences d'un public adulte, qui peut se trouver en situation d'emploi (milieu ordinaire ou protégé), ayant besoin de soutien avant 8h du matin, mais aussi connaissant des angoisses plus fortes liées à la tombée de la nuit (accompagnement aux repas du soir), ou un public en situation de handicap moteur, ne désirant pas être couché à 20h (aide à la mobilité du coucher jusqu'à 23h). Les plages horaires ont donc été élargies au maximum pour couvrir le plus grand nombre de demandes.

- le secrétariat du S3A est ouvert du lundi au vendredi de 8h30 à 16h30, pour permettre un accueil physique et des contacts téléphoniques, pour des demandes d'information, pour des questions organisationnelles des usagers et des salariés, sans notion d'urgence. Plusieurs lignes téléphoniques sont à leur disposition, pour faciliter la communication (standard général, lignes fixes du service (2), ligne fixe du service facturation, et en cas de problème majeur, ligne de la Direction).

⁴³ Budget prévisionnel du service ANNEXE 6.

- l'astreinte téléphonique assure la continuité du service après les heures de fermeture du secrétariat en semaine (de 16h30 à 23h – et de 6h à 8h30), et le week end (du vendredi soir 16h30 au lundi matin 8h30). Cette astreinte permet une réactivité et une flexibilité nécessaire à la démarche qualité que le service veut offrir : les absences des salariés sont immédiatement gérées et les annulations de prestation quasi inexistantes, les difficultés rencontrées avec des usagers le week end sont traitées sur le moment si besoin, mais le point fort réside dans le fait que les usagers sont rassurés par la possibilité de contacter quelqu'un en cas de problème ou de source d'angoisse. Cette continuité doit pouvoir favoriser la confiance de l'utilisateur et permettre de faciliter la construction de la relation.

3.3 Élaborer une stratégie de gestion prévisionnelle des emplois et des compétences, pour renforcer l'efficacité et la qualité du service.

La Gestion Prévisionnelle des emplois et des compétences (GPEC), permet de définir les acteurs du projet : qui pilote ? Qui rend des comptes ? Comment les ressources humaines s'organisent-elles autour du projet ? C'est également un moyen de dynamiser les services et mobiliser les professionnels. Je dois donc impulser cette mobilisation autour du développement des compétences individuelles et collectives, de l'analyse de la pratique et du partage des connaissances en santé mentale, en lien direct avec le projet d'accompagnement.

Pour cela, je compte mettre en application la même gestion déjà existante sur les autres services de l'association (logement et SAMSAH) : développement de la formation (élaboration de dispositifs innovants tels que les formations-actions, formations avec les ressources internes, utilisations de processus mixtes types VAE, alternance..), promotion d'une organisation apprenante menée par une équipe de Direction pluridisciplinaire, développement du caractère formateur du travail...Il faut donner du sens à l'organisation de ce service pour atteindre les objectifs que nous avons fixés en amont, en optimisant l'utilisation des ressources (humaines notamment).

3.3.1 L'équipe de Direction

Organe de décision majeur, le comité de Direction permet de co-construire et d'accélérer la mise en œuvre des projets. En tant que Directrice adjointe, j'ai besoin d'une équipe solide sur laquelle m'appuyer. La création d'un nouveau service, au sein de l'association, nécessite une réflexion sur l'encadrement à repositionner.

Initialement, l'équipe de direction était composée d'un Directeur, d'une Directrice adjointe (en formation CAFDES) et d'un Chef de Service Social. Les fonctions comptables et ressources humaines étaient assurées par un cabinet d'experts comptables externe.

L'élaboration du projet du SADS a mis en évidence le besoin de renforcement de l'encadrement d'un point de vue général :

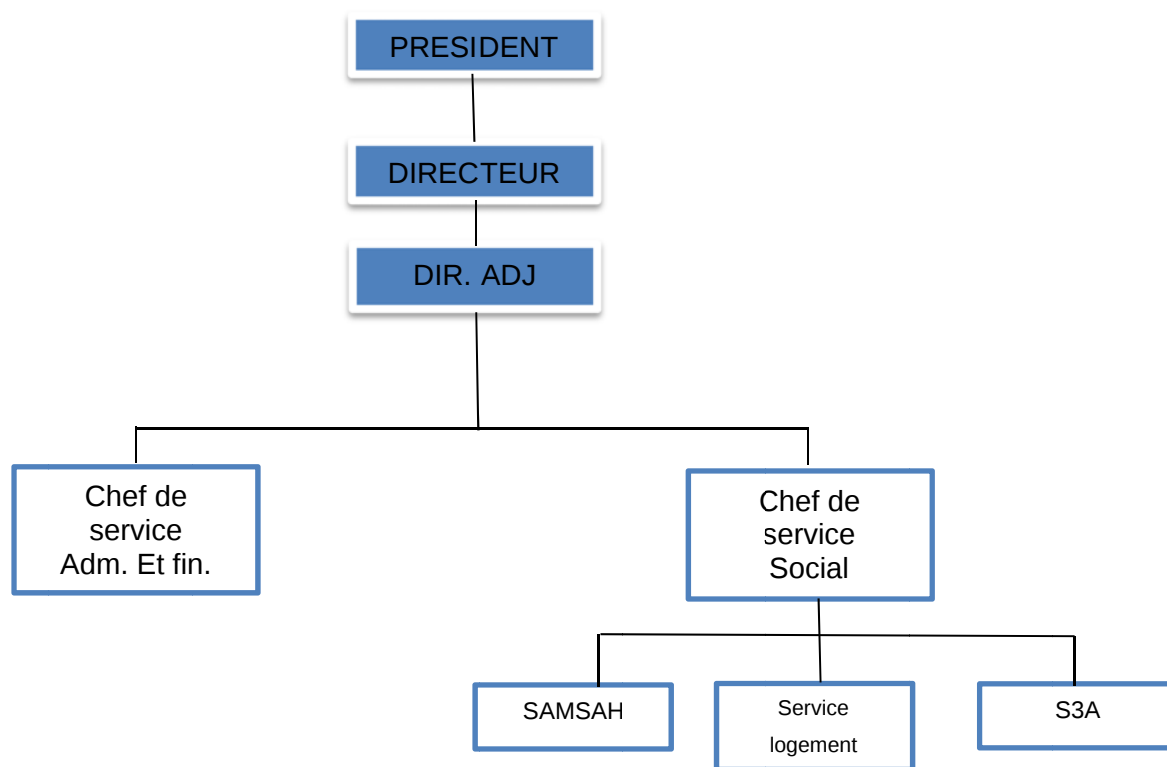
- la gestion du SADS, au niveau organisationnel et managérial, nécessite l'embauche d'un responsable de service qui doit encadrer les salariés de terrain du S3A, sous la responsabilité du chef de service social.

- d'autre part, ce nouveau service va produire une surcharge de travail en matière de comptabilité, de facturation spécifique au secteur de l'aide à domicile. Il était donc indispensable de prévoir l'embauche d'un chef de service administratif et financier, qui aura pour mission de superviser la comptabilité en générale, la facturation du S3A dans sa globalité (relation avec les financeurs MDPH, Conseil Général), et les ressources humaines.

Ainsi, en juin 2013, une responsable de secteur, ayant trois années d'expérience dans le domaine de l'aide à la personne a été recrutée, ainsi qu'une chef de service administratif et financier, ayant elle aussi huit années d'expérience dans la gestion d'un service facturation d'un SAD. Le choix de recrutement externe a été validé pour ces postes, car après une prospection interne, il est apparu qu'aucun salarié déjà en poste dans la structure n'avait le profil pour bénéficier d'une mutation interne, même renforcé par une formation en parallèle.

La composition de l'équipe de direction répond donc à la volonté du projet associatif, de développer une équipe pluridisciplinaire, permettant la mise en commun des compétences propres de chacun dans la gestion globale de la structure.

ORGANIGRAMME



A) Pluridisciplinarité de l'équipe de direction

Le Président : Médecin psychiatre à l'Hôpital psychiatrique du Havre et de Fécamp, expert auprès des tribunaux, intervenant pour la Cellule d'Urgence MédicoPsychologique.

Le Directeur : Cadre Supérieur de Santé, retraité de L'Hôpital psychiatrique du Havre
Thérapeute familial systémicien.

La Directrice Adjointe : Master de sociologie « Risques et vulnérabilité sociale », chargée de projet dans le milieu de l'aide à domicile, CAFDES en cours.

La chef de service administratif et financier : Huit années d'expérience dans la gestion d'un service de facturation d'un SAD.

Le chef de service social : expérience dans le domaine de l'insertion sociale et professionnelle, de l'hébergement, du handicap et de la précarité.

La responsable du SADS « S3A » : trois années d'expérience sur le terrain en tant qu'auxiliaire de vie, deux années d'expérience en tant que Responsable de service d'aide à domicile.

Les compétences requises en matière d'expertise en santé mentale, d'accompagnement à domicile de proximité, de handicap en général, de précarité, de management, de gestion de SAD et de facturation, sont donc réunies pour encadrer au mieux le SADS et offrir des prestations les plus adaptées possibles aux usagers de la santé mentale.

3.3.2 La composition des équipes de terrain

Pour assurer les missions d'accompagnement, les agents à domicile recrutés devront effectuer les tâches générales de l'aide à domicile. Cela nécessite donc des compétences en matière de soins, d'hygiène (corporelle, vestimentaire, alimentaire), d'entretien du logement, de mobilité, de transferts, d'écoute et d'empathie.

Les compétences en matière de santé mentale ne sont pas des conditions préalables à l'embauche, car les formations aux troubles psychiques seront dispensées en interne par le centre de formation de l'association, ainsi que des formations sur l'approche du travail d'accompagnement d'un point de vue systémique.

Ainsi, plusieurs profils peuvent être définis :

- salariés diplômés : titulaires du BEP accompagnement soin et service à la personne, du BEPA service aux personnes, du DEAVS, du DEAMP, MC aide à domicile
- l'association a également comme politique de soutenir l'insertion à travers l'embauche de ses salariés. Ainsi, il a été décidé de recruter, de façon proportionnelle, des salariés diplômés et des salariés en contrat d'insertion de type précaire (type CAE-CUI, Contrat d'avenir), ou encore de jeunes diplômés sans expérience (un salarié diplômé/avec expérience pour un salarié en contrat précaire/sans expérience 50/50).

Ce choix a fait l'objet d'une période de réflexion, car ces salariés sans expérience ou formation demandent un encadrement particulier, surtout dans le contexte dans lequel nous intervenons. Cependant, nous avons validé cette orientation, prenant le pari de professionnaliser cette catégorie de salariés en difficulté d'insertion.

Il ne faut pas occulter non plus que l'embauche de ces contrats entraîne des subventions pour les structures qui les emploient ; subventions qui sont d'autant plus importantes dans ce secteur commercial. Ces aides permettent de réduire les contraintes

financières de ce milieu ; cependant, elles ne doivent pas être le seul moteur à l'embauche, sans quoi les effets sur la qualité de service peuvent être dramatiques.

3.3.3 La coordination Direction – équipes opérationnelles

D. Gacoin a développé les différents enjeux de la communication. Pour lui, elle est l'« huile dans les rouages »⁴⁴. Les liens entre les acteurs des institutions médicosociales s'élaborent à travers les temps formels instaurés dans les réunions. Le plus souvent descendant (de la Direction vers les équipes), j'encourage également la communication ascendante et transversale pour favoriser une dynamique équilibrée. Il me semble essentiel de chercher de la souplesse en simplifiant les circuits de communication entre les différents niveaux d'organisation (Equipe de Direction, Services administratifs et équipes opérationnelles).

A) L'évaluation du besoin d'accompagnement de l'utilisateur

La mise en place de l'accompagnement à domicile se déroule selon plusieurs étapes. La première est l'élaboration du projet à travers un temps d'échange au domicile ou au siège social, avec l'utilisateur, ses représentants légaux et/ou sa famille, la responsable du service et un membre de la Direction. La seconde étape est celle de l'engagement dans l'accompagnement : la responsable se rend au domicile avec le ou les intervenantes pour une présentation officielle et un rappel des objectifs. Si besoin, pour des accompagnements plus complexes, un membre de la Direction peut aussi être présent pour cadrer le début de la prise en charge. Ensuite, des réunions de synthèses peuvent avoir lieu sur demande de l'utilisateur ou du service, durant lesquelles les objectifs sont réévalués et redéfinis si besoin, en présence de l'utilisateur, de la famille, des professionnels ressources, de(s) auxiliaire(s) de vie, de la responsable et des membres de la Direction. Enfin, il en est de même concernant les fins d'accompagnement, qui passent systématiquement par des temps formels d'échanges pour valider l'arrêt des interventions.

⁴⁴ GACOIN D. *Communiquer dans les institutions sociales et médicosociales* ; Paris, Dunod, 2002, p190

Ces points de rencontre des professionnels permettent l'évaluation des capacités d'autonomie. Chacun à son niveau apporte des informations importantes concernant l'utilisateur et son degré d'autonomie.

Je souhaiterais donc proposer une formalisation de ces évaluations lors de cette étape d'élaboration, par la création d'un document, annexé au projet, mettant en concordance les évaluations de l'ensemble des professionnels, et à disposition des équipes de terrain.

L'outil informatique peut être un bon support pour améliorer la coordination. Je veux développer les outils de gestion de l'information par l'utilisation du logiciel « Apologique », spécialisé en gestion de plannings dans le domaine de l'aide à domicile. En effet, il offre à la fois un gain de temps et une centralisation de l'information facilement accessible tout en étant adaptable et évolutif. Aussi, je vais mettre en avant la gestion informatisée du dossier de l'utilisateur, incluant tous les éléments de son accompagnement. Ceci n'exclut pas la communication orale entre l'équipe de Direction et les équipes opérationnelles, notamment lors des synthèses et des réunions. Le dossier « papier » peut souvent être inaccessible par plusieurs professionnels en même temps, et donc générateur de perte de temps (surtout concernant des utilisateurs suivis à la fois par le service logement, le SAMSAH et le S3A).

B) Les autres ressources favorisant la communication

D'autres outils peuvent être envisagés pour améliorer la communication ascendante ou transversale. Il s'agit notamment de cahiers de transmission au domicile, dans lequel les intervenantes de terrain, l'utilisateur et les familles peuvent laisser toutes les transmissions susceptibles d'apporter des informations importantes concernant la personne aidée : état de santé physique et somatique, événements divers, altercations, prises de médicaments, ext... Ces informations sont à destination des autres professionnels du secteur de soin, du médicosocial, des services d'accompagnement, mais aussi des familles. Elles représentent aussi un moyen d'établir un suivi des prestations réalisées au domicile pour la responsable et les membres de la Direction, qui peuvent le consulter à tout moment. Il doit donc être mis en place au début de chaque accompagnement, en accord avec l'utilisateur ; je délèguerais la relève d'information à la responsable de service, qui pourra me faire un état de la situation générale au domicile si besoin.

3.3.4 Le management des compétences

Le management des compétences est à mon sens un véritable levier de développement de service. La spécialisation de ce service réside en grande partie dans l'acquisition de compétences spécifiques au handicap psychique. Sensibiliser les salariés au projet de service doit passer par la communication, la formation, la professionnalisation et l'élaboration d'un esprit d'équipe.

A) S'inscrire dans une politique globale de formation

La politique de formation s'organise en lien avec le centre de formation interne de l'association principalement.

Les priorités ont été centrées sur la compréhension des troubles psychiques, sur l'accompagnement en milieu ordinaire des personnes psychotiques, sur l'approche systémique du travail de terrain, sur la pluridisciplinarité des intervenants, et sur les notions d'hygiène et de mobilité. Ces actions de formation sont facilitées par le fait que les formateurs soient eux-mêmes des salariés de l'association.

Le Président et/ou le Directeur assurent les formations en matière de santé mentale : comment appréhender les usagers souffrant de troubles psychiques en milieu ordinaire ? Comment créer une relation de confiance avec l'utilisateur ? Comment légitimer notre prestation au sein du domicile et faire accepter l'accompagnement aux plus réticents ? Comment aborder la question de l'hygiène et le rapport au corps ? Comment accompagner l'utilisateur à « habiter » son appartement, et à y développer la notion de confort et d'entretien ? Comment accompagner ce public sur la voie de l'autonomisation ?

Il s'agit donc d'offrir les compétences nécessaires aux salariés de terrain pour accompagner cette vie « à l'envers », comprendre les réactions des usagers et adapter leur pratique professionnelle afin d'atteindre les objectifs fixés.

Pour cela, les formations doivent s'orienter sur :

- L'apprentissage à soutenir l'utilisateur dans l'appropriation de son logement, à investir psychiquement les lieux pour poser les bases du projet de réinsertion sociale
- Le décryptage des éléments constitutifs de « l'envers » des psychotiques, et l'adaptation professionnelle : gérer la non demande, les réactions négatives et l'inversion des demandes
- La mise en place de la relation de confiance, basée sur la compréhension, la patience et l'écoute, afin de favoriser la phase d'adaptation de l'utilisateur
- L'instauration d'un cadre d'intervention, solide et souple à la fois, adapté à la particularité des troubles psychiques, très souvent fluctuants.

- L'acquisition de connaissances théoriques cliniques indispensables à la compréhension des répercussions en milieu ordinaire

Ces actions de formation sont indispensables et constituent la spécificité du service. En effet, comme Furtos le décrit si bien dans sa conceptualisation de l'accompagnement du malade psychique, ces compétences ne s'apprennent ni dans les ouvrages, ni par des détours théoriques. Il s'agit d'un savoir de « terrain », qui se transmet de professionnels à professionnels, et qui s'acquiert également sur le terrain, au contact de la maladie mentale. L'usager est le meilleur formateur quand il s'agit de son propre accompagnement. Il est donc important d'offrir des temps de formalisation aux salariés pour qu'ils conceptualisent leur expérience de terrain.

Concernant les soins d'hygiène et la formation à la mobilité et aux transferts, elles sont assurées par l'aide-soignante du SAMSAH, qui oriente ses interventions selon les spécificités liées au handicap psychique (rapport à l'hygiène, au corps...). Ces formations sont régulières et ont une occurrence environ tous les deux mois, afin de renforcer de façon continue et concrète les compétences et les connaissances du handicap psychique. Elles sont abordées sous l'angle de la systémie, concept clé du travail de Coté Cours en général, et du travail en réseau.

Des formations, très spécifiques au domaine de l'aide à domicile, sont dispensées par le Conseil Général à tous les SAD du Département. Nous y inscrivons donc les salariés pour qu'elles s'imprègnent également des principes généraux et des directives publiques concernant leur secteur d'activité.

Je prévois, pour l'année 2015, de faire appel à un partenaire privilégié, prestataire de l'association, qui travaille actuellement à l'élaboration d'un comité de pilotage pour la mise en œuvre de notre projet de Résidence pour Personnes Agées souffrant de troubles psychiques. Cet expert en gérontologie propose également des formations aux troubles liés au vieillissement (type maladie Alzheimer et maladies assimilées). Il serait intéressant de renforcer les compétences de nos salariés dans ce registre, car nous sommes de plus en plus sollicités pour l'accompagnement de personnes souffrant de ce type de pathologies.

Enfin, nous sommes particulièrement attentifs aux salariés ayant peu/ou pas d'expérience, en contrats précaires, qui bénéficient de formations dès leur arrivée. Dans un premier temps, ils commencent à découvrir le terrain en binôme avec un salarié titulaire, afin qu'ils se « familiarisent » avec l'accompagnement de Coté Cours, et avec les usagers de la santé mentale. Cela nous permet également d'observer leur aptitude relationnelle et d'orienter leur formation selon leur besoin. De plus, le cadre légal prévoit

des formations diplômantes obligatoires pour ces contrats aidés. En contrepartie de la subvention perçue, l'association s'engage à leur financer une formation validante, telle que le diplôme DEAVS ou DEAMP, en sus des actions internes leur permettant d'acquérir les compétences nécessaires pour se maintenir dans leur poste. ⁴⁵

B) Agir sur les compétences par le développement des compétences collectives

De manière bimensuelle, l'ensemble des salariés du S3A bénéficient de réunions de service, qui se divisent en deux temps : 1h30 d'analyse de pratiques, animée par l'équipe de Direction (par le Directeur, par moi-même, ou par le chef de service), afin de renforcer leurs pratiques à partir de situations concrètes rencontrées sur le terrain. Des apports en matière de santé mentale et de systémie viennent compléter ces supervisions : en complémentarité des actions de formation, l'analyse de pratique permet de revoir les apports théoriques et de les mettre en application concrètement sur le terrain. Comment travailler l'hygiène ? Comment détecter l'anxiété et apaiser l'utilisateur ? Comment désamorcer les situations de conflit ? Les salariés repartent avec des orientations concrètes, élaborées en groupe. (Toutefois, si les problèmes persistent, ils ont la possibilité de se revoir en petit groupe (binôme, trinôme, quadri nôme d'intervention), avec un membre de la Direction, pour solutionner les difficultés). La dernière heure est destinée à la réunion d'équipe, avec la responsable de service, qui permet de revoir l'organisation générale du service : plannings, horaires, modalités d'intervention...

Ces analyses de pratique sont un des atouts principaux du service. Elles ont été un des premiers points de réflexion du projet. Elles permettent la mise en commun des compétences, une réflexion collective, solidifiant une base de pratiques communes, offrant aux usagers une continuité de service. Elles sont, à mon sens, tout aussi importante que les actions de formations, dispensées de façon complémentaire.

Elles sont une des prérogatives qui permettent de différencier le SAD du SADS : les contraintes budgétaires des SAD ne permettent pas toujours d'offrir une supervision et des formations à cette échelle, car les coûts élevés représenteraient des répercussions trop lourdes sur la tarification des prestations.

Le fait de détenir ces compétences en interne est notre atout majeur, et permet une rationalisation des coûts, tout en développant les compétences et la qualité du service.

⁴⁵ Plan de formation 2012 -2015 ANNEXE 7

C) Faire évoluer les compétences individuelles

Chaque fin de mois, les salariés sont vus en entretien individuel lors de la remise de leurs bordereaux d'interventions mensuels. Ces temps d'échange donnent au cadre hiérarchique et au salarié la possibilité d'un échange individuel centré sur l'organisation du poste de travail, mais aussi sur les compétences du professionnel.

J'ai demandé à la responsable du S3A de rester vigilante sur cette mission d'évaluation, de me transmettre ses avis pour chacun des professionnels, puisque son rôle hiérarchique direct avec les salariés lui donne la possibilité d'une analyse fine de leurs compétences, des écarts susceptibles d'exister avec les attendus, et donc des évolutions possibles à rechercher.

En conclusion de cette partie concernant la GPEC, on peut noter que cette politique a pu être renforcée par un taux d'encadrement particulièrement important : en effet, le S3A dispose d'une responsable et d'une assistante pour l'encadrement de 25 salariés, soit 0.08 d'encadrement ; alors que le taux moyen des autres SAD est en moyenne de 0.04 (une responsable et une assistante pour 40 -60 salariés). Le taux du S3A est presque deux fois plus élevé que la moyenne, sans compter le temps de supervision de l'équipe de Direction (0.2 directeur, 0.3 directrice adjointe, 0.2 chef de service). Au total, ce service bénéficie de 2.7 équivalent temps plein, soit 0.10 d'encadrement.

3.4 Répercussion de l'organisation générale sur la tarification des prestations : question de la participation financière de l'utilisateur à son accompagnement

En tant que service agréé par la DIRECCTE et le Conseil Général, la tarification horaire de notre service est assurée sur une base de 18€90 par le Conseil Général⁴⁶. Cela signifie qu'il s'engage auprès des usagers (pour lequel il valide un plan d'aide PCH ou APA), à prendre en charge 18€90 par heure de prestation. Ensuite, l'utilisateur est libre de choisir le service prestataire qui lui convient selon sa tarification horaire. La majeure partie des SAD, dans une logique de concurrence, essaie de s'aligner sur ces 18€90, évitant ainsi toute participation de l'utilisateur. Cependant, peu d'entre eux peuvent rationaliser leur coût à ce montant.

⁴⁶ Qui n'est pas, dans ce cas de figure, reconnu comme autorité de tutelle, comme il peut l'être concernant les services autorisés. Il n'est donc pas responsable de la détermination de la tarification, qui reste libre pour les services agréés comme le nôtre.

3.4.1 La spécialisation de la prestation S3A

Les actions de formation, la supervision et l'analyse de pratique des salariés, le taux d'encadrement du service, l'implication de la Direction, ainsi que les locaux et la logistique en général, entraînent des coûts supérieurs aux autres SAD.

Bien que l'effort de rationalisation soit constant (emplois de contrats aidés, utilisation des compétences internes, pluridisciplinarité des membres de la Direction), et permette un rapport qualité/cout de la prestation très raisonnable, la tarification horaire a tout de même été impactée.

Il a été ainsi estimé, lors de l'élaboration du budget prévisionnel, que la rentabilité serait atteinte à 19€79 par heure, soit 0.99€ supplémentaire à la base du Conseil Général.

Au moment de cette réflexion, je pensais que la plupart des usagers du S3A seraient des bénéficiaires de l'ASD, (qui ne peut excéder le plafond de 40heures/mensuelles de prise en charge). La participation maximale de l'usager se serait donc élevée à 39.60€/mois. Or, n'ayant pas obtenu cet agrément, nous avons assisté à une modification des caractéristiques des bénéficiaires sollicitant notre service. Nous avons des demandes d'accompagnement pour des personnes en situation de handicap moteur avec des troubles associés importants (troubles psychiques ou grande souffrance psychique). Ces personnes, lourdement handicapées, bénéficient de PCH pouvant s'élever à plus de 200H/mois (prise en charge des soins de nursing, repas, courses, entretien, socialisation, démarches administratives).

Très vite, j'ai perçu la nécessité de réadapter notre tarification : en effet, bénéficiaires de l'AAH, il n'était pas envisageable de facturer un accompagnement mensuel de plus de 200€ aux usagers.

J'ai donc envisagé la possibilité de mettre en place des seuils forfaitaires :

- d'une heure à 40h mensuelles : participation horaire de 0.99€
- de 40h à 100h mensuelles : forfait « spécificité accompagnement » de 39.60€/mois
- de 100h à 200h mensuelles : forfait « spécificité accompagnement » de 79.80€/mois
- au-delà de 200h mensuelles : forfait « spécificité accompagnement » de 99.80€/mois

Ainsi, les frais de gestion sont amortis par cette majoration, tout en respectant le budget du public que nous accompagnons. Trouver le bon équilibre financier peut

s'avérer complexe, car notre marge de manœuvre est extrêmement limitée par ces contraintes externes.

3.4.2 La question déontologique de la participation financière de l'utilisateur à son accompagnement

Cette question a fait l'objet d'un débat lors de notre conseil d'administration : peut-on demander une participation financière aux usagers que nous accompagnons ? La loi interdit effectivement la participation financière d'usagers bénéficiant d'accompagnements intégralement financés par des autorités de tutelles tels que les SAMSAH ou les SAVS, qui sont reconnus établissements médicosociaux.

Cependant, le S3A est un service commercial, libre de fixer ses propres tarifs, et par conséquent de faire participer l'utilisateur à son accompagnement.

En validant une participation financière raisonnable de 0.99€/heure, nous mettons en avant un triple enjeu pour le service :

- permettre la rentabilité du service mais pas seulement
- une participation financière de l'utilisateur, même symbolique, permet de motiver l'adhésion à l'accompagnement, en s'investissant dans sa prise en charge. Il participe symboliquement et devient acteur en assumant une partie de son accompagnement. Il n'est plus passif et dépendant de l'aide publique, mais retrouve l'accès progressif au statut de citoyen ordinaire, qui assume financièrement les services dont il bénéficie. D'ailleurs l'AAH, en tant qu'allocation de solidarité, a pour but d'assurer aux personnes handicapées un minimum de ressources pour vivre correctement. Cette aide publique, financée par l'Etat, peut tout à fait participer à l'amélioration de la vie des personnes qui en bénéficient ; par conséquent, la participation de l'utilisateur à son accompagnement, apparaît cohérente avec les objectifs d'attribution de cette allocation.
- enfin, cette participation permet de mettre en œuvre la démarche qualité particulière, à l'origine du concept de SADS, permettant le passage du SAD au SADS. En amont, des réunions avec les mandataires judiciaires et les familles ont été organisées, durant lesquelles nous avons communiqué notre projet de tarification, et exposer les enjeux qui y étaient liés. Ces choix ont majoritairement été bien accueillis et validés par les représentants légaux, de par leur montant raisonnable, et la prise en considération des problématiques liées au handicap psychique. En effet, si la prestation permet la stabilisation et le maintien de la personne dans son logement, en réduisant et prévenant les décompensations et les ré hospitalisations, la majeure partie d'entre eux sont prêts à valider cette participation financière pour un service approprié.

3.5 Construire des réponses adaptées avec l'externe : stratégie d'ouverture vers l'extérieur

Cet axe stratégique est essentiel dans l'élaboration du processus de passage du SAD au SADS. Le partenariat et le réseau sont des facteurs importants du travail de l'association de manière générale. G. Le Botef les a définis par « la mobilisation de l'intelligence collective face à des situations complexes à gérer », par « la recherche de cohérence et de convergence des acteurs dans les structures décentralisées », par la « culture de l'interactivité », en encore par « l'impossibilité d'agir avec compétences en restant isolé et sans coopérer avec d'autres »⁴⁷.

3.5.1 Développer le réseau de professionnels autour du S3A

Les parties prenantes en lien avec les secteurs de l'accompagnement et du logement sont ici les cibles d'un réseau de partenariat à entretenir (déjà existant au niveau des autres services de l'association : logement, SAMSAH, Pôle Insertion Logement, centre de formation).

Je veux conduire les équipes de terrain vers une meilleure connaissance des enjeux du travail en réseau et vers l'identification de solutions pragmatiques pour faciliter l'accompagnement de proximité.

Certains partenaires, comme le secteur sanitaire, ou encore les associations de protection judiciaire, sont des acteurs importants dans la mise en place de l'accompagnement au domicile, et restent encore partiellement connus des équipes d'auxiliaires de vie. Je dois donc inciter la mise en relation et faciliter l'ouverture du service vers d'autres relations partenariales que celles déjà établies.

Il est vrai que le positionnement local de l'association, en tant que tête de réseau de santé mentale, (animation du PIL santé mentale, faisant figure de base au Comité Local de Santé mentale) facilite véritablement le développement du travail de partenariat du S3A. Il est important que ce nouveau service soit identifié dans le paysage institutionnel local, comme une ressource supplémentaire en matière d'accompagnement du public souffrant de troubles psychiques.

Une délégation sera donnée à la responsable de service pour porter auprès des équipes la mise en œuvre et la dynamique de ce travail sur l'extérieur. Aussi, je tiens à être présente aux diverses rencontres avec de futurs partenaires ou professionnels du réseau, lors d'échanges de connaissances réciproques ou de contractualisation.

⁴⁷ Le Botef Guy, Travailler efficacement en réseau, Paris, Groupe Eyrolles, 2008, p9

L'objectif du réseau comprend plusieurs axes :

- celui des échanges de communication, pour enrichir les connaissances des professionnels (troubles psychiques, représentations partagées, connaissances des missions respectives..).

- celui de la complémentarité des actions pour faire ce que le S3A ne réalise pas (aides financières, aides médicales, évaluations, prises en charge de certains publics particuliers).

- celui de la coopération, pour travailler ensemble, plus précisément à des échanges de solutions, de diagnostics partagés, sans créer de nouveaux projets d'action.

3.5.2 Soutenir et dynamiser les liens avec l'externe

Le réseau et le partenariat demandent à être soutenus en permanence, afin qu'ils ne se délitent pas ; les conditions favorables doivent être réunies pour donner envie aux acteurs de coopérer.

A) Appliquer la politique associative de communication externe

Pour entretenir les liens instaurés avec les partenaires, la communication externe est incontournable, et doit être soutenue par divers supports écrits. Ne disposant pas encore de plaquette de présentation du service, à l'attention des partenaires, ni d'affichage externe, il est du ressort de la Direction Générale de développer cette communication externe. Un site internet est actuellement en cours, et l'élaboration de plaquettes est prévue pour septembre 2014. Malgré ce manque de support, les demandes de prise en charge auprès du S3A sont deux fois plus importantes que celles planifiées lors de l'élaboration du projet.

B) Créer des occasions de rencontres professionnelles

La responsable du service a délégation pour entretenir certaines liens avec le réseau de professionnels, et veiller aux contacts réguliers vers ces derniers, lorsque les situations des bénéficiaires le nécessitent (notamment avec des partenaires tels que l'Association des Paralysés de France, les associations de protection judiciaire, les associations d'hébergement telles que Habitat et Humanisme, l'AHAPS, ou encore les services de soin).

En amont de l'ouverture du service, l'équipe de Direction a organisé des temps de rencontre avec différents partenaires pour communiquer la création de ce service spécialisé : assistantes sociales du Groupe Hospitalier Havrais, assistantes sociales et évaluateurs du Conseil Général, mandataires judiciaires, ... Ainsi initiée, la continuité de ces rencontres est facilitée, notamment autour de situations problématiques, de bilans ou d'expertises.

3.5.3 Mettre en place le diagnostic partagé

Officiellement reconnu depuis 2005 par la Loi sur l'Egalité des Chances, le handicap psychique reste encore mal connu des travailleurs sociaux de la MDPH, qui ont parfois des difficultés à remplir les grilles d'évaluation (plutôt destinées aux personnes souffrant de handicap moteur, et par conséquent non adaptées aux troubles psychiques). Par exemple, un critère d'attribution d'aide reste la capacité de la personne à s'alimenter seule. Effectivement, la personne psychotique a la capacité physique de manger seule, mais sans stimulation de la part d'un tiers, elle peut rester plusieurs jours sans s'alimenter. Il a donc été décidé, en collaboration avec les partenaires soignants, les familles et les mandataires judiciaires, de développer le travail en réseau concernant l'instruction des demandes de PCH. Ainsi, les avis motivés nécessaires à la constitution du dossier sont rédigés en concertation, et la présence de plusieurs partenaires, lors du passage de l'évaluateur PCH au domicile, a été mise en place. Ainsi, l'usager, la famille, le représentant légal et un salarié de l'association Coté Cours insistent sur les difficultés de l'usager et mettent en avant l'expertise psychiatrique. Cette collaboration avec les professionnels de la MDPH a permis de créer un lien privilégié avec certains évaluateurs, et a facilité considérablement l'instruction des dossiers.

Depuis la mise en place de ce système en juin 2013, les résultats montrent un effet positif et une diminution des refus de prise en charge par la MDPH. Nous arrivons désormais à obtenir des plans d'aide d'une vingtaine d'heures mensuelles pour des usagers de la santé mentale, ce qui restait plutôt rare il y a encore quelques mois.

3.5.4 Partager les connaissances et les expertises en matière de santé mentale

Afin de soutenir les partenaires en difficultés auprès de certains usagers, d'autres services de l'association peuvent venir en appui pour renforcer le dispositif S3A : en effet, le centre de formation de Coté Cours peut s'adapter et proposer des relectures de pratiques, des formations cliniques aux pathologies psychiatriques, des analyses de pratiques, à tous les partenaires en demande de soutien.

En 2013/2014, 200 agents employés par le bailleur social « Alcéane », avec qui nous collaborons en matière d'hébergement, d'accompagnement et de soutien, (notamment par le PIL), ont pu bénéficier d'une formation sur la gestion des troubles psychiques et de la violence dans une approche de travail de proximité, formation adaptée aux besoins concrets de terrain de cet organisme.

Le CCAS a également commandé cette formation pour une centaine d'agents dans ce domaine. De telles actions renforcent notre pratique commune et permettent d'améliorer nos prestations lors d'interventions conjointes.

Un nombre important d'usagers de notre service logement et du SAMSAH bénéficient d'un accompagnement SAD, assuré par d'autres associations locales. En 2013, une trentaine d'agents (auxiliaires de vie, aides médico psychologiques), d'une des plus importantes associations d'aide à domicile de la région, a été formée ponctuellement aux maladies mentales, dans le cadre d'un travail de partenariat : les enjeux étaient multiples, tant pour l'association Coté Cours que pour cette structure. Premièrement, ce type d'actions permet d'améliorer la compréhension des salariés concernant les troubles psychiques, et par conséquent la qualité de la prestation délivrée aux usagers. Ainsi, nous tentons de favoriser la qualité de l'accompagnement mis en place sur notre service logement, limitant les risques d'échec du projet d'autonomisation. Deuxièmement, la dynamique de réseau doit passer par une entraide mutuelle, un soutien entre professionnels, facilitée par une pratique commune, avec le même langage, pour assurer une cohérence face à des usagers connaissant justement des troubles de la cohérence. Ces actions ont débuté en 2013, mais n'ont pas été pérennisées. La création du S3A a complexifié les relations entre nos deux établissements, ce service ayant été perçu plus comme une menace qu'une ressource au service des partenaires des secteurs médicosocial et social, et bien évidemment des autres SAD.

3.5.5 Transformer la concurrence du secteur commercial en partenariat.

Comme je l'ai expliqué précédemment, le développement des SAD axé sur l'aspect marchand, a contribué à en faire un secteur fortement concurrentiel, renforcé par le contexte actuel de crise. Etablir un partenariat avec d'autres services s'avère donc une mission difficile, car le S3A est envisagé comme un concurrent potentiel pouvant attirer une partie de la clientèle locale, difficile à fidéliser.

La première tentative de partenariat avec une association d'aide à domicile s'est donc soldée par un échec. Quand le S3A s'est développé début 2014, les premières tensions se sont ressenties. Cette structure, en grande difficulté, a vu notre service comme un concurrent et a stoppé les actions de partenariat, plutôt que de l'envisager

comme une ressource pouvant la soutenir lors d'accompagnements complexes relevant de la santé mentale.

Ce contexte difficile a mis fin aux prémices de collaboration entre nos deux structures. Nous conservons des liens par l'intermédiaire du service logement et du SAMSAH, mais qui sont désormais complexifiés et tendus. (Les relations ont été d'autant plus difficiles que certains usagers ont quitté par la suite cette structure pour adhérer au S3A).

Pourtant, je peux affirmer que le domaine de l'aide à la personne est un milieu « porteur », qui connaît ces dernières années une forte croissance. Il y a donc de forts besoins et par conséquent un large panel de personnes à accompagner :

Le développement du maintien à domicile, la politique de désinstitutionalisation, l'allongement de la durée de vie, participent considérablement à l'augmentation des publics « personnes âgées – personnes handicapées » à accompagner dans le milieu ordinaire, évitant le plus possible le recours à l'institution.

Le travail des SAD – SADS peut donc tout à fait être envisagé d'un point de vue partenarial : service d'aide aux personnes âgées, aux personnes âgées dépendantes, accompagnement de fin de vie – grande dépendances, aide aux personnes handicapées moteur, accompagnement de proximité des personnes en situation de handicap psychique, sont autant de spécialités qui peuvent être développées selon les compétences des SAD.

Il est, à mon sens, essentiel de favoriser le partenariat entre un SADS pour personnes âgées dépendantes, et un SADS pour personnes souffrant de troubles psychiques : leur complémentarité leur permet de se soutenir mutuellement sur des accompagnements difficiles, de s'orienter réciproquement des prises en charge de façon plus adaptée, voire même de mutualiser des analyses de pratiques dans certains cas.

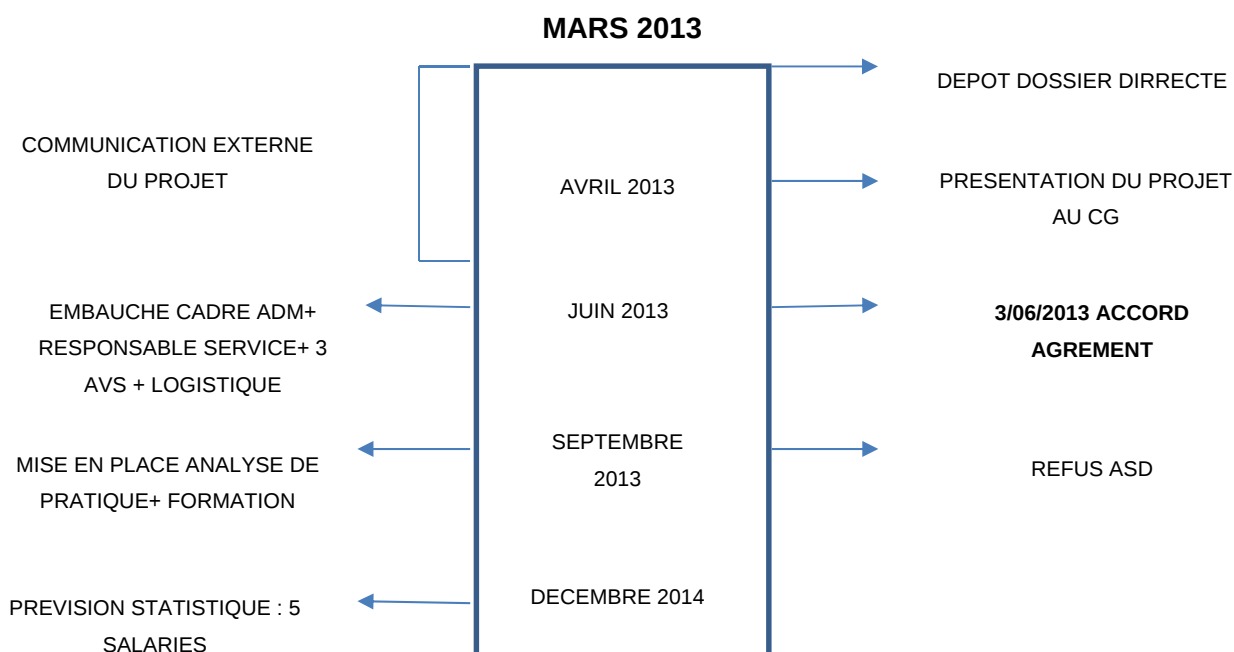
Depuis quelques mois, nous développons un partenariat de ce type avec deux structures d'aide à domicile, de taille moyenne, à dimension humaine, qui ont fondé leur développement sur des critères qualitatifs plutôt que quantitatifs. Spécialisées dans l'accompagnement du public vieillissant dépendant, nous avons pris nos premiers contacts durant les formations dispensées par le Conseil Général. Nos projets associatifs, très similaires, ont contribué au rapprochement de nos deux structures. Une ébauche de partenariat est actuellement en cours de rédaction, afin de formaliser nos échanges : analyses de pratiques, formations communes, soutien réciproque, orientation des publics selon leurs spécificités (P.A/P.H). Ce partenariat, indispensable à la garantie d'un accompagnement de qualité, permet aussi d'offrir une réponse à une de nos principales interrogations concernant les limites de nos interventions.

3.6 Gérer la temporalité du projet : inscrire le plan d'action dans le temps et hiérarchiser les priorités

La planification du projet dans le temps me permet d'agir sur le processus organisationnel. Il y a trois facteurs majeurs à prendre en compte pour appuyer cette planification : les actions à mener, le moment de leur réalisation, et les personnes concernées.

Je dois rappeler que ce projet de création de service a vu le jour au moment où j'ai intégré la formation CAFDES. Ainsi, il a pu mûrir, de sa réflexion jusqu'à sa réalisation, parallèlement à l'élaboration de ce mémoire. Cela me permet aujourd'hui d'être en capacité de réaliser un bilan à un an d'existence et de pouvoir proposer des réajustements selon le développement du service, à partir du délai prévisionnel que j'ai élaboré au moment de la conception du service :

DELAI PREVISIONNEL



EMBAUCHE ASSISTANTE DE SERVICE ← AVRIL 2014

PROJECTION A UN AN : 10 SALARIES + 1600 HEURES MENSUELLES DE PRESTATION ← JUIN 2014

3.7 Identifier les facteurs de réussite du S3A : quel bilan a un an d'ouverture ?

En juin 2014, le service a fêté sa première année d'existence. Il peut donc être évalué dans son ensemble. Au regard du diagnostic, les priorités doivent se centrer sur l'évaluation de la mission d'accompagnement de proximité et de la spécialisation, de la qualité des prestations, de l'organisation du travail, et de la pratique du travail en réseau. J'ai retenu quelques indicateurs qui me paraissent pertinents pour réaliser l'évaluation du S3A.

3.7.1 Eléments statistiques

A) La croissance du nombre de bénéficiaires

Les chiffres actuels sont deux fois plus élevés que ceux initialement projetés. Ils étaient estimés, lors de la constitution du projet, à environ 2000h/mensuelles pour juin 2014, alors qu'ils ont réellement atteint plus de 4000h/mensuelles. Une telle croissance

démontre des résultats positifs, témoins de la « bonne santé » du service, qui répond à des besoins concrets au niveau local.⁴⁸

B) Turn over des usagers

On compte seulement 6 sorties d'usagers sur l'année : 4 décès, 1 placement en institution, et 1 dénonciation mutuelle de contrat, sur un total de 70 usagers à ce jour.

Turn over : $6/76 \times 100 = 7.8\%$ qui représente un turn over de bénéficiaires très faible pour cette première année.

C) Origine des demandes

Majoritairement, les demandes nous sont adressées par le Conseil Général concernant les accompagnements relevant de l'APA, et par les évaluateurs de la MDPH concernant ceux relevant de la PCH. Nous travaillons également avec les mandataires judiciaires, qui, en instruisant les dossiers initiaux, orientent les accompagnements vers notre association. Cela peut être analysé comme un indice de confiance de la part de nos partenaires, que nous maximisons depuis l'ouverture du service.

Conseil Général : 30%

MDPH : 30%

Mandataires judiciaires : 20%

Associations partenaires (APF – SAVS – SAMSAH – services de soins psychiatriques et de suite et de réadaptation) : 10%

Familles – usagers : 10%

D) L'absentéisme des salariés

Nous avons noté cette année un taux d'absentéisme très bas ; en effet, sur les 12 premiers mois, nous avons compté 12 absences pour 25 salariés, avec un nombre de jours moyens de 5j/arrêt. (7 arrêts maladies en période hivernal dont 2 grossesses + 5 accidents du travail)⁴⁹.

⁴⁸ Graphiques des éléments statistiques ANNEXE 8

⁴⁹ Les accidents de travail ont été occasionnés par un accompagnement difficile auprès d'une personne tétraplégique, dont les transferts ont générés plusieurs accidents au domicile. J'ai rapidement pris en compte ces événements et nous avons organisé une formation en urgence avec l'ergothérapeute des soins de suite et de réadaptation de l'hôpital, pour les AVS titulaires de cette usager.

E) Turn over des salariés

Durant les douze derniers mois, nous avons compté 1 démission et 2 ruptures de préavis, soit un taux de turn over de : $3/28 \times 100 = 10\%$ qui reste un taux relativement faible.

3.7.2 Les indicateurs qualité

A) La satisfaction des usagers et des représentants légaux

Il est prévu, à la rentrée 2014, de mettre en place les premiers questionnaires d'évaluation afin de recueillir les avis des bénéficiaires et de leurs représentants légaux concernant la qualité de nos prestations⁵⁰.

N'ayant pas encore lancé cette politique d'évaluation qualité, je peux tout de même analyser certains facteurs, tels que l'absence de retours négatifs des usagers, qui est souvent une garantie de satisfaction concernant l'accompagnement à domicile. En effet, les appels des bénéficiaires ont souvent pour but de faire remonter leur mécontentement. La majorité des usagers du S3A connaissent des troubles relationnels dus à leur pathologie ; l'absence de sollicitation, d'appels ou de contacts de leur part ou des représentants légaux peut être analysée d'autant plus comme un signe de stabilité.

J'ai d'ailleurs demandé à la responsable de veiller à la satisfaction des bénéficiaires, en faisant du lien avec eux et avec leurs familles, en les interrogeant régulièrement sur la qualité du service dispensé. Il en ressort un état général de satisfaction, généré par la communication et la sollicitation des usagers concernant leur accompagnement, qui demande à être confirmé par l'enquête de satisfaction à venir.

B) La mise en place de la politique « Ressources Humaines »

Un des indicateurs significatifs à analyser est celui de la politique des ressources humaines. A-t-elle été mise en place dans les délais prévus ? Est-elle effective ?

Je suis en mesure d'affirmer, aujourd'hui, que les réunions d'équipe, l'analyse de pratique, et la politique de formation interne/externe sont effectives depuis septembre 2013, date à laquelle nous avons prévu leur mise en place, constituant donc un des critères de qualité d'évaluation du S3A.⁵¹

⁵⁰ Questionnaire d'évaluation ANNEXE 9

⁵¹ Plan de formation du S3A ANNEXE 7

C) Le respect général de la temporalité

Les délais prévisionnels ont tous été respectés, le projet s'est développé tel que les projections l'avaient envisagé sur la première année. Les chiffres montrent même une croissance nettement supérieure à celle initialement envisagée.

Bien sûr, ces résultats, obtenus sur la première année, demandent à être pérennisés et confirmés sur les années suivantes.

3.8 Conclusion : quelles perspectives ? Quel développement ? Quelles limites ?

Aujourd'hui, notre principale interrogation concerne le développement du S3A et la pérennisation de sa croissance. En effet, les chiffres à un an d'ouverture sont deux fois plus élevés que ceux prévus. Bien sûr, ces résultats sont encourageants, mais nous forcent à nous repositionner et réfléchir sur les limites de ce service.

Jusqu'où doit-on se développer ? Si nous conservons ce rythme de croissance, nous verrons notre activité augmenter, d'ici 2015, jusqu'à plus de 50 salariés et 140 bénéficiaires.

Se pose donc logiquement la question du maintien de la qualité malgré l'augmentation de la masse salariale. Quelle organisation devons-nous envisager pour que cette croissance exponentielle n'ait pas de répercussion sur la qualité de nos prestations ?

Le service, ayant été créé pour répondre à un besoin mal couvert, ne peut délibérément pas refuser des prises en charge, même par souci de maintien de qualité, laissant des usagers sans solution adaptée, et des partenaires en difficulté.

Après réflexion, je pense que l'anticipation de ce développement va me permettre de repositionner le service, à travers deux points principaux, qui nous permettront d'envisager notre croissance sereinement :

- L'analyse statistique des chiffres du service nous permet d'anticiper la croissance et de prévenir les besoins en ressources humaines et logistique. Ainsi, je peux prévoir l'embauche d'une seconde assistante de service pour l'année 2015. Il faudra également envisager en 2016 la délocalisation du service vers un local plus spacieux, si le personnel administratif venait à s'accroître un peu plus.
- Un partenariat efficace entre notre SADS et un SAD permettrait de répondre de la façon la plus adaptée aux publics nous sollicitant. Je tiens à formaliser le

partenariat avec le SAD orienté en gériatrie dès la rentrée de septembre 2014, afin que nous puissions réaliser un travail d'orientation commune : le public relevant de troubles liés au vieillissement pourra être orienté vers cette association, et réciproquement, elle pourra nous adresser ses demandes de prise en charge de public souffrant de troubles psychiques. Ce partenariat nous permettra de rester enracinés dans notre cœur de métier, qui est celui du domaine du handicap psychique, et de ne plus accompagner des publics autres par défaut (tel que le public Alzheimer ou maladies associées).

Conclusion

Où vivre ? Comment vivre ?

La question du maintien en milieu ordinaire est d'importance pour les malades mentaux, et semble avoir atteint une certaine sensibilité ces dernières années.

L'éclatement du secteur de psychiatrie, la recentralisation des moyens, les restrictions économiques dressent une situation particulière dans laquelle les malades mentaux et ceux qui s'en occupent sont soumis à un certain nombre d'injonctions : sortir de l'Hôpital, rationaliser les coûts, éradiquer la chronicité, et enfin se fondre dans le tissu social.

En effet, on ne peut que constater le décentrement des pratiques, qui engendre la nécessité d'inventer des dispositifs assouplis, des formules passerelles, des partenariats variés, sans baisse de qualité.

Seules les formules réellement innovantes, et permettant la continuité des soins au sein d'un dispositif social, construit sur mesure, auront des chances de faire progresser les représentations.

C'est un véritable travail spécialisé que je veux mettre en place afin de proposer un service de qualité aux usagers de la santé mentale, trop souvent lésés et oubliés.

Cette création de SADS nous amène donc à mener des réflexions, à trouver des solutions pertinentes pour répondre au plus près aux besoins des personnes en situation de handicap, en leur permettant de vivre de la façon la plus autonome possible à leur domicile.

Comment peut-on envisager la suite des opérations ?

« Les actions qui permettent de créer dans la Cité les conditions pour que toutes les personnes souffrant de troubles psychiques gardent ou retrouvent, au sein d'une communauté sensible à leur souffrance, un statut de citoyen qui ne soit pas seulement symbolique, ne peuvent se concevoir autrement que dans le partenariat. L'un des enjeux de notre action n'est pas la compétition mais la coopération entre les protagonistes pour tenter de faire reculer la souffrance sociale, physique ou psychique »⁵².

L'avenir dépend, en premier lieu, de la cohérence sur le terrain de la loi 2005 et du Plan de Psychiatrie et Santé Mentale, du partenariat entre l'Etat, le Conseil Général, la MDPH et l'ARS.

Ensuite, l'avenir dépend de la capacité des professionnels à agir réellement en réseau. Cela entend que chacun accepte le regard croisé de l'autre sur ses pratiques et s'habitue à travailler les uns avec les autres, à accepter les différences, à prendre en compte les idées et les méthodes différentes, et surtout mieux se connaître.

Le troisième enjeu est celui de la communication et de la formation. La formation des jeunes professionnels est primordiale. La transmission des savoirs, des pratiques, des idées doit être privilégiée. La formation est l'enjeu d'un engagement militant des salariés.

Enfin, le partenariat professionnels – usagers – familles, doit être solide et constructif, pour permettre une plus grande cohésion dans l'action.

⁵² Jacquin Ravot Benoit, *Réussir la qualité par tous*, Chronique sociale, Lyon 2001, 140p

Bibliographie

Articles de périodiques

ARVEILLER J.P., 2011, « De quelques représentations contradictoires agitant la psychiatrie », *Pratiques en santé mentale*, n°2, p 5-10.

BARRES M., 2013, « Le handicap psychique : 10 ans après le rapport Charzat », *Pratiques en santé mentale*, n°4, p 5-8.

BONNET C., 2008, « Partenariat entre SAVS et EMS », *Pratiques en santé mentale, projet de vie, projet de soins*, n°2.

CHESEL C., 2013, « Soins et accompagnement en santé psychique – service d'accompagnement spécialisé : la nécessaire collaboration à construire avec le soin », *Pratiques en santé mentale*, n°4, p 13- 17.

DELION P., 2010, « Prendre soin : continuité des soins, partage des savoirs et lien social », *Pratiques en santé mentale*, n°1, p 60-63.

GANTNER M., 2013, « Service d'accompagnement à la vie sociale et psychiatrie : quelles articulations ? », *Pratiques en santé mentale*, n°4, p 19-23.

HEBER SUFFRIN C., 2001, « Organisation en réseaux : voyage au cœur d'un mouvement social », *Pratiques en santé mentale*, n° 3, p 6-10

JAMES L., 1999, « La notion d'enveloppe psychique dans le travail d'accompagnement des psychotiques résidant en appartement thérapeutique », *Synapse Spécial Réhabilitation*, p 8-10.

JODELET D., 2011, « Considérations sur le traitement de la stigmatisation en santé mentale », *Pratiques en santé mentale*, n°2, p 27-37

MORIN P., ROBERT D., DORVILLE H., 2001, « Le logement comme facteur d'intégration sociale pour les personnes classées malades mentales et les personnes déficientes intellectuelles », *Nouvelles pratiques sociales*, Volume 14, numéro 2, p88-105.

PIVIN M., 2008, « La MDPH : face au handicap psychique, quel projet de vie ? », *Pratiques en santé mentale*, n°2, p 21-24.

REIGNIER P., 2009, « Construire l'émancipation, de l'ignorance et de son inutilité », *Pratiques en santé mentale*, n°2, p 9-15.

ROUSSEL P., 2008, « La loi du 11 février 2005 et l'évaluation du handicap psychique », *Pratiques en santé mentale*, n°2, p25-29

SALBREUX R., 2008, « Projet de soin, projet de vie », *Pratiques en santé mentale*, n°2, p5-15.

Ouvrages et monographies :

ANZIEU D., Quand malaise social rime avec souffrance psychique, Lyon : Millénaire 3 le Centre Ressources Prospectives Grand Lyon.

ARVEILLER J.P, BONNET C., 1991, *L'insertion du malade mental, une place pour chacun ou chacun à sa place ?* Toulouse : Eres, 169 p.

ARVEILLER J.P. (sous la direction de), VIDON G., BONNAFE L., et al, 2002, *Pour une psychiatrie sociale*, Ramonville : Erès, 264 p.

BASTIDE R., 1965, *Sociologie des maladies mentales*, Paris : Flammarion.

BAUDURET J.F., Préface à JAEGER MARCEL, *L'articulation du sanitaire et du social, travail social et psychiatrie*, Paris : Dunod, 166 p.

BEAUZEE N., CABIE M.C., RYBAK C., al, 2002, *L'entretien infirmier en santé mentale, l'apport systémique dans une profession en mutation*, Ramonville : Erès, 173 p.

CANNEVA J., 1999, *Les caractéristiques de l'accompagnement nécessaire des handicaps psychiques*, Un autre regard, p3-8.

CARIO E., 1997, *Le malade mental à l'épreuve de son retour dans la société*, Paris : L'Harmattan.

COLLECTIF DE L'UNAFAM, 2004, *Préparer le devenir du malade psychique*, Lyon, Paris : Edition Josette, 222 p.

DUPRAT G.L., 1900, *Les causes sociales de la folie*, Paris : Alcon.

ENNUYER B., 2006, *Repenser le maintien à domicile, enjeux, acteurs, organisation*, Paris : Dunod.

FOUCAULT M., 1999, *Les anormaux, Cours au Collège de France 1974-1975*, Paris : Gallimard, Le Seuil.

FOUCAULT M., 1972, *Histoire de la Folie à l'âge classique*, Gallimard, 613 p.

FREUDIGER S., 2008, *Se sentir chez soi en institution d'hébergement collectif*, in CHRISTEN E., *Le bien être de la personne âgée en institution : un défi au quotidien*, Paris : Seli Arslon.

GACOIN D., 2002, *Communiquer dans les institutions sociales et médicosociales*, Paris : Dunod, 190 p.

GAUCHET M., 2011, *Depuis quand a-t-on peur des fous ? La folie d'Erasmus à Foucault*, Histoire Les collections.

GIORDANA J.Y., 2010, *La stigmatisation en psychiatrie et en santé mentale*, Paris : Elsevier Masson.

HEISSER M., 2002, *De la porte du logement à la porte du soin, une activité de médiation par le logement, Les portes du soin en psychiatrie*, Ramonville : Eres.

JACQUIN RAVOT B., 2001, *Réussir la qualité par tous*, Lyon : Chroniques sociales, 140p.

JAEGER M., 2000, *L'articulation du sanitaire et du social, travail social et psychiatrie*, Paris : Dunod, 166 p.

JODELET D., 1989, *Folies et représentations sociales*, Paris : Puf.

KOVES-MASFETY V., 2001, *Précarité et santé mentale*, Rueil Malmaison, DOIN, 103 p.

LEBOTERF G., 2008, *Travailler efficacement en réseau*, Paris : Eyrolles.

LEROUX N., 2008, *Qu'est-ce qu'habiter ? Les enjeux de l'habiter pour la réinsertion*, Vie sociale et traitement, p14-25.

LEVI STRAUSS C., 1955, *Tristes tropiques*, Paris : Dunod

LOUBAT J.R., 2012, *Elaborer un projet d'établissement ou de service en action sociale et médicosociale*, 3^{ème} édition, Paris : Dunod, Action sociale, 409 p.

PEINTRE C., (sous la direction de), ASECIO A.M., BARREYRE J.Y., 2011, *Quels services d'accompagnements pour les personnes en situation de handicap d'origine psychique, synthèses et recommandations*, Paris : Cedias.

ROELAND J.L., CARIA A., 2004, *Santé mentale en population générale, Images et réalités*, Lilles, Centre Collaborateur de l'OMS.

SZASZ T., 1976, *Fabriquer la folie*, Paris : Payot, 328p.

VIDON G., 1995, *La désinstitutionalisation : ses origines, ses retombées, son bilan*, in VIDON G., *La réhabilitation psychosociale en psychiatrie*, Frison Roche.

Rapports, Circulaires, Décrets, Lois

LOI n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médicosociale, disponible sur internet : http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=D16B79FAE2DF4EEF26F6369E434638A8.tpdjo17v_3?cidTexte=LEGITEXT000005632030dateTexte=20120828

LOI n°2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, Journal Officiel, n°36 du 12 Février 2005 : disponible sur internet : <http://www.journal-officiel.gouv.fr/frameset.html>

LOI n° 2005-841 du 26 juillet 2005 relative au développement des services à la personne et portant diverses mesures en faveur de la cohésion sociale disponible sur internet :

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000632799&categorieLien=id>

BERTRAND X. Ministre de la santé et de la solidarité, Mai 2008, Lettre n°1 du Plan « Psychiatrie et Santé Mentale 2005-2008 ».

CHARZAT MICHEL, mars 2002, « Mieux identifier les difficultés des personnes en situation de handicap du fait de leurs troubles psychiques et les moyens d'améliorer leur vie et celles de leurs proches », Rapport à Mme Ségolène Royal, Ministre Déléguée à la famille, à l'Enfance et aux personnes handicapées.

« L'accueil et l'accompagnement des personnes en situation de handicap psychique, dans le cadre de l'application de la Loi pour l'égalité des Droits et des Chances, la participation et la Citoyenneté des personnes handicapées », UNAFAM, CNSA, UNCCAS, UNA.

MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES - DIRECTION GENERALE DE LA SANTE ET DIRECTION GENERALE DE L'ACTION SOCIALE, « souffrance ou troubles psychiques : rôle et place du travailleur social », Octobre 2005, 30 p.

RAPPORT DE LA COUR DES COMPTES, décembre 2011, « L'organisation des soins psychiques, les effets du Plan Psychiatrie et Santé Mentale 2005-2010 », 202 p.

RAPPORT DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE, mars 2011 « Dangerosité psychiatrique : étude et évaluation des facteurs de risque de violence hétéro-agressive chez les personnes ayant des troubles schizophréniques ou des troubles de l'humeur », 78 p.

Sites internet :

ANESM, Recommandations de bonnes pratiques professionnelles : concilier vie en collectivité et personnalisation de l'accueil et de l'accompagnement, 2009, disponible sur internet : http://www.anesm.sante.gouv.fr/img/pdf/reco_vie_en_collectivite_anesm.pdf

Le Livre Blanc des Partenaires de Santé Mentale France, association d'usagers de la psychiatrie, de soignants et de responsables du social dans la cité, disponible sur internet : <http://www.unafam.org/IMG/pdf/LivreBlancSanteMentale-2.pdf>

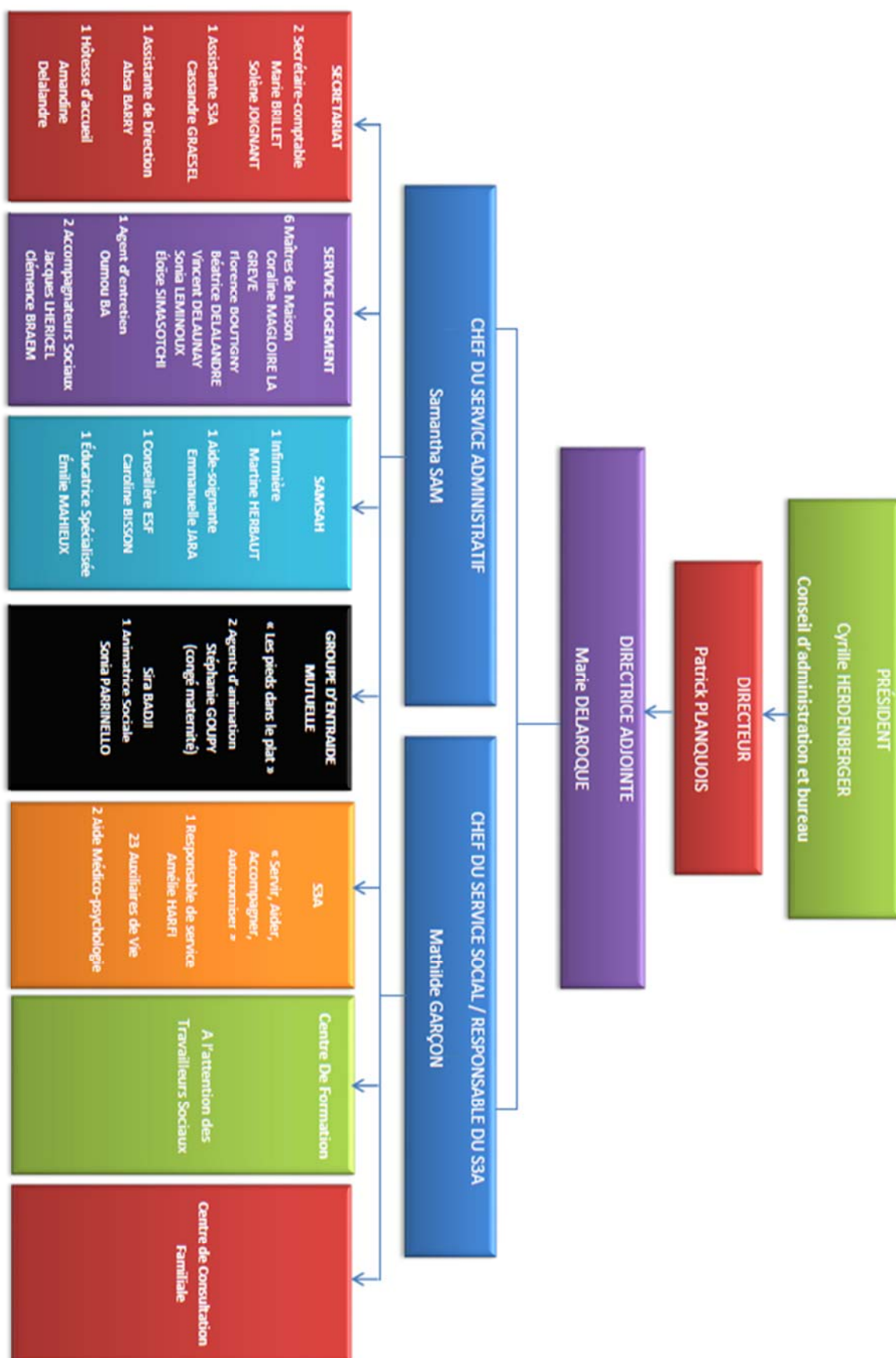
UNAFAM, UNACCS, UNA et al, Le Livret du Handicap Psychique : l'accueil et l'accompagnement des personnes en situation de handicap psychique, disponible sur internet : <http://www.cnsa.fr/IMG/pdf/livret-UNCCAS-handicap-psychique.pdf>

Liste des annexes

1. ANNEXE 1 : Photographies d'appartement d'utilisateur psychotique



2. ANNEXE 2 : Organigramme de l'association Coté Cours



3. ANNEXE 3 : Fiches de signalement de situations de partenaires en difficulté

FICHE SIGNALEMENT PROBLEMATIQUE

IDENTITE LOCATAIRE : O. [redacted] Christophe

DATE DE NAISSANCE : 24 novembre 1968

ADRESSE : [redacted] - 76610 LE HAVRE

COMPOSITION FAMILIALE/RESSOURCES :

Monsieur O. [redacted] Christophe vit seul et se déplace en fauteuil roulant. Il perçoit l'allocation majoration de vie autonome (105€) et l'allocation adulte handicapé (653€).

PROBLEMATIQUE :

Depuis février 2013, les voisins de Monsieur O. [redacted] ont interpellé les services d'Alcéane à plusieurs reprises concernant le comportement de leur voisin.

Monsieur O. [redacted] jette ses effets personnels ainsi que des détritux dans le hall d'entrée. Les voisins signalent aussi des cris lors de ces crises.

Courant août 2013, l'une des voisines a fait appel aux secours suite aux déclarations de Monsieur O. [redacted], il lui demandait une corde pour se pendre.

INTERVENTION SECTEUR OU AUTRE :

Suite à l'appel de la voisine, Monsieur O. [redacted] a été pris en charge par les secours et hospitalisé pendant une quinzaine de jours (de mi-août à fin août). Depuis il est de retour dans son logement.

L'assistante sociale du secteur ne le connaît pas. Elle avait tenté une prise de contact en février 2011 suite au signalement par le Commissariat de problèmes de comportement. Monsieur O. [redacted] n'a jamais donné suite.

INTERVENTION BAILLEUR :

Le correspondant de secteur est intervenu à trois reprises auprès de Monsieur O. [redacted].

Monsieur O. [redacted] refuse à chaque fois l'accès à son logement. Lors de la dernière intervention, il a refusé de répondre aux questions du correspondant de secteur.

FICHE SIGNALEMENT PROBLEMATIQUE

IDENTITE LOCATAIRE : M Patricia

DATE DE NAISSANCE : 09/04/1960 54 ans

ADRESSE :

COMPOSITION FAMILIALE/RESSOURCES :

Madame M vit seule. Elle perçoit le RSA. Elle a deux enfants qui ne vivent plus au foyer.

PROBLEMATIQUE :

Madame M est régulièrement entrain de vociférer seule dans son appartement, insultant quelqu'un d'imaginaire. Les propos sont assez incohérents, violents et ont souvent traits aux africains ou à l'Afrique... Elle appelle également l'antenne pour se plaindre d'intrusions dans son appartement, les draps seraient tachés de sang... Le 28 avril, Madame M nous a indiqué par téléphone que des personnes s'étaient introduites dans son appartement : elle a retrouvé une grande croix gravée sur sa machine à laver, son imperméable petit bateau aurait été échangé contre un imperméable tout déchiré etc...

Ce comportement est nouveau et de plus en plus fréquent de la part de Madame M qui était jusqu'alors plutôt repliée sur elle-même, restant de long moment sur le parking de la Vallée le regard fixe.

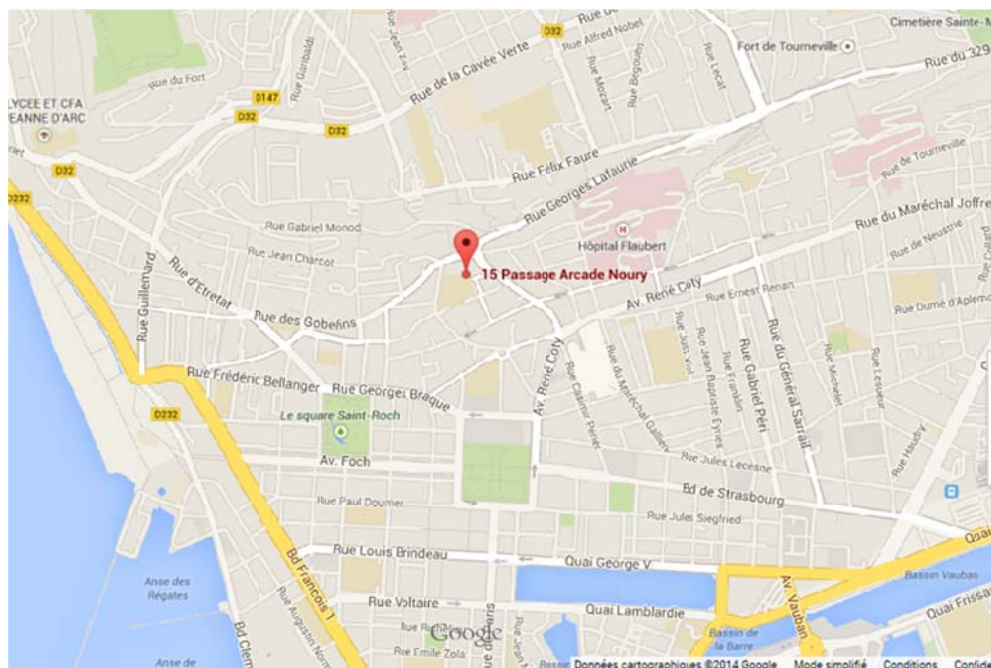
INTERVENTION SECTEUR OU AUTRE :

INTERVENTION BAILLEUR :

Contact avec C de l'EMPSM qui était prête à la recevoir mais Madame M n'est pas du tout réceptive aux propositions d'aide. Madame a été suivie au CPJ.

Entretien avec la conseillère sociale concernant sa dette. A cette occasion, nous avons tenté de lui proposer de l'aide, mais Madame M est restée fermée.

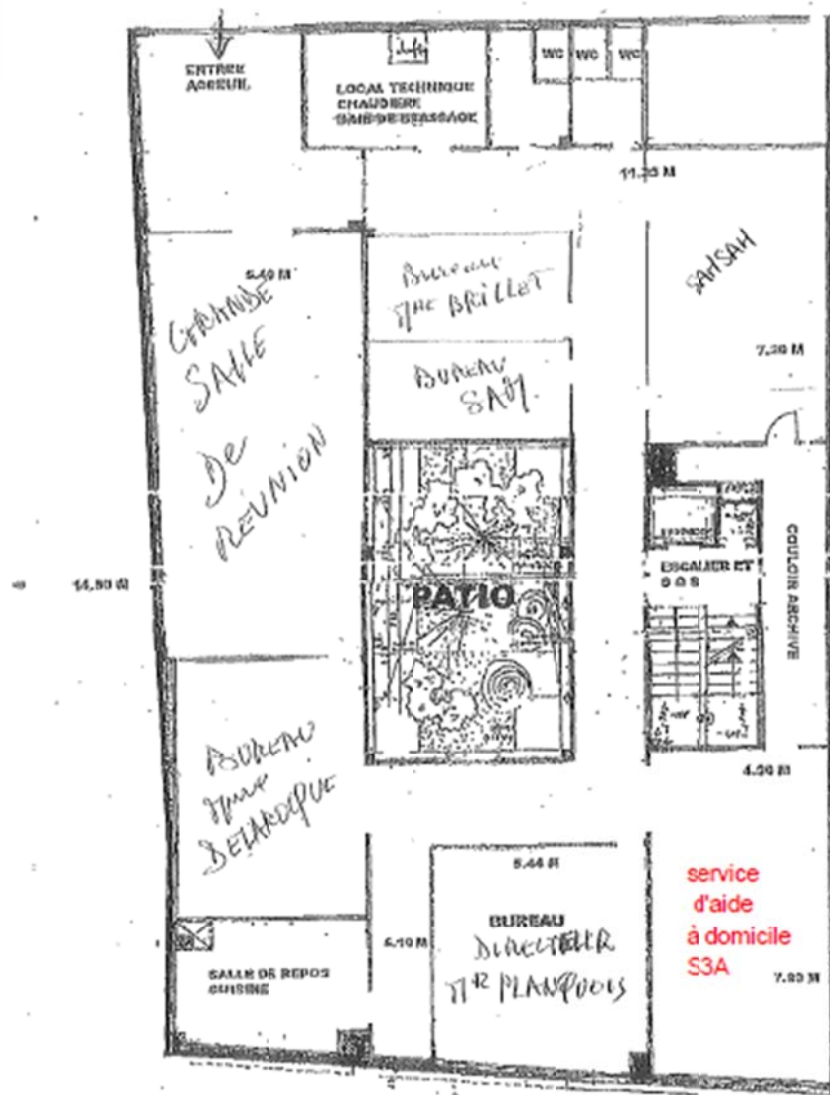
4. ANNEXE 4 : Accessibilité des locaux du siège social





5. ANNEXE 5 : Plan d'aménagement du siège social

Annexe 10

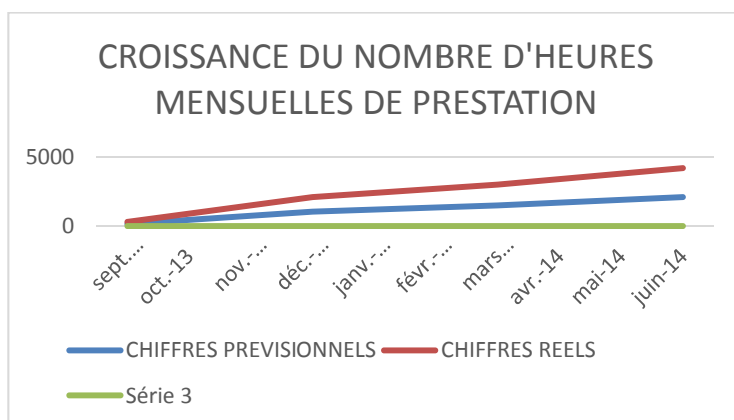
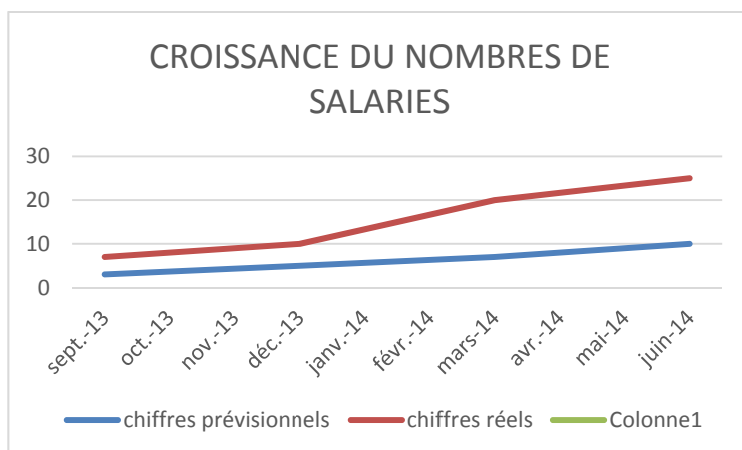


15 PASSAGE ARCADE NOURY :
LE HAURE

6. A
NNEX
E 6 :
Budg
et
prévi
sionn
el du
SADS

BUDGET PREVISIONNEL					
Prise en charge de 70 Usagers					
Moyenne mensuelle d'intervention par usagers = 20h					
Moyenne du coût horaire d'intervention = 20,85€ (18,86€ + 1,99€)					
(1,99€ de participation de l'utilisateur - spécificité de l'accompagnement)					
Contrôle					
CHARGES DE PERSONNEL				A	
Directeur 1/20			3 348		
Directrice Adjointe 1/10			4 296		
Chef de services 1/3			11 000		
Secrétaire 100%			23 000		
AMP à recruter 10 à 100%					
6 à 1200€ CAT C			138 000		
4 à 1100€ CAT B			76 000		
TOTAL CHARGE DE PERSONNEL			255 644		
CHARGES EXPLOITATION				B C A+B+C	
Achats			3 000		
Impôts et taxes			13 000		
Honoraires			9 000		
Assurances			4 000		
Voyages et déplacements, réceptions (0,35cts/kms - environ 150kms/m/salariée)			10 000		
Autres charges externes			5 000		
Fournitures			1 500		
Location mobilières			3 000		
Charges de gestion courante			3 000		
Eau, électricité, gaz, carburants			2 600		
Communication, publicités, publication, relations publiques			10 000		
Locations immobilières et charges			5 000		
TOTAL CHARGES EXPLOITATION			69 100		
TOTAL CHARGES EXPLOITATION + SALAIRES			324 744		
PRODUITS D'EXPLOITATION					

7. ANNEXE 7 : Plan de formation 2013-2015 du SADS



Liste des Clients avec Nombre d'Heures Planifiées par Mois														15/06/2014
	Jun13	Juil13	Aout13	Sep13	Oct13	Nov13	Dec13	Jan14	Fev14	Mars14	Avr14	Mai14	Tota1	agence
LE		25,00	21,00	25,00	25,00	25,00	22,75	24,00	23,50	24,75	22,50	24,75	250,75	
			13,75	22,00	25,75	11,00	17,50	15,00	13,75	15,50	24,50	13,50	137,25	
		12,50	10,25	11,75	15,00	14,00	13,75	13,25	12,00	11,75	13,75	13,08	141,08	
		9,00	48,00	50,25	55,25	52,00	44,17	52,33	54,42	52,83	48,42	48,42	461,75	
		9,00	48,50	54,00	55,00	51,00	60,57	50,42	54,58	54,17	47,33	47,33	473,17	
SNT			9,50	25,25	22,92	34,42	33,58	10,17		15,75	14,50	15,00	87,08	
											22,25	32,50	54,75	
					4,00	15,00	18,00	19,00	15,50	16,50	13,00	18,25	120,25	
											8,00	17,50	25,50	
							32,50	25,17	33,00	32,00	21,00	16,00	162,67	
SNT		46,00	84,00	66,00	82,07	71,75	84,00	63,00	76,00	84,00	76,00	69,00	808,82	
												1,00	1,00	
										9,25	12,23	10,25	31,73	
total	120,25	271,50	432,25	601,58	862,63	1039,0	1070,2	1383,4	1390,8	1965,0	2211,7	2233,2	13581,78	

Agence : Association Côté Cours
Service(s) : T61 - Prestataire
Secteur(s) : Tous

Statistique générales :

Libellé	Quantité
Nombre de prestations effectuées	10071
Nombre de clients visités	72
Nombre de jours de prestations	391

Répartition du nombre de prestations en semaine et dimanche et JF

Libellé	Prestations	Quantité
Semaine	9547	72
Dimanche et JF	524	15
Total	10071	87

Répartition du nombre de prestations par durée :

Libellé	+ de 15 min	de 15 à 29 min	de 15 à 29 min	de 15 à 29 min	de 15 à 29 min
Semaine	4	14	712	657	8160
Dimanche et JF	0	1	117	55	351
Total	4	15	829	712	8511

9. ANNEXE 9 : Questionnaire d'évaluation prévu pour le dernier trimestre 2014

CONFIDENTIEL

FICHE D'ÉVALUATION DE L'AIDE À DOMICILE

Madame,
Monsieur,

Dans le but de toujours améliorer la qualité de nos services, nous aimerions que vous répondiez au court questionnaire qui suit et que vous nous le retourniez dans l'enveloppe ci-jointe. Toutes vos réponses seront traitées confidentiellement (le texte est volontairement féminisé).

Merci pour votre collaboration.

NOM DE L'AIDE À DOMICILE : _____

NOM DU CLIENT : _____

S'il vous plaît, cocher seulement un choix de réponse par thème (a, b, c ou d).

	Entretien mensuel	Reçu
CONNAISSANCE DU TRAVAIL (Consignes, autonomie)		
a) Connaissance plus que satisfaisante du travail (++)	()	()
b) Connaissance suffisante pour effectuer son travail (+)	()	()
c) Connaissance insuffisante de certains aspects (+/-)	()	()
d) Nécessite supervision continue (-)	()	()

Commentaires : _____

	Entretien mensuel	Reçu
QUALITÉ DU TRAVAIL (Précision, propreté)		
a) Exactitude et accomplissement total (+++)	()	()
b) Employée consciencieuse (++)	()	()
c) Travail acceptable (+)	()	()
d) Négligence occasionnelle, requiert vérification (+/-)	()	()
e) Insatisfaction régulière face à la qualité (-)	()	()
QUALITÉ DU TRAVAIL (Rythme, volume, efficacité)		
a) Productivité exceptionnelle (+++)	()	()
b) Volume de travail supérieur à ce qui est demandé (++)	()	()
c) Volume de travail suffisant (+)	()	()
d) Rythme plutôt lent (+/-)	()	()
e) Productivité inadéquate, ne voit pas le travail (-)	()	()

Commentaires : _____

	Entretien mensuel	Reçu
RELATION D'AIDE (Harmonie, flexibilité, communication)		
a) Est exceptionnellement attentive à mes besoins (+++)	()	()
b) Fait preuve de respect et offre spontanément son aide (++)	()	()
c) S'adapte assez bien, pas de difficulté (+)	()	()
d) Manque d'initiative, se porte rarement volontaire (+/-)	()	()
e) Difficulté sérieuse : ne s'occupe pas de mes besoins (-)	()	()

Commentaires : _____

	Entretien ménager	Reçu
MOTIVATION (Intérêt au travail, initiative)		
a) Accorde beaucoup d'importance à la satisfaction du client (+++)	()	()
b) Conscientieuse, répond aux attentes (++)	()	()
c) Habituellement intéressée au travail (+)	()	()
d) Exécute certaines tâches à contrecœur (+/-)	()	()
e) Indifférente, généralement non motivée (-)	()	()

Commentaires : _____

ASSIDUITÉ (Régularité, fiabilité, ponctualité)		
a) Toujours constante au niveau du rendement et ponctuelle (+++)	()	()
b) Généralement constante au niveau du rendement et ponctuelle (++)	()	()
c) Requiert quelques mises au point mais bonne attitude (+)	()	()
d) Production inégale et retards occasionnels (+/-)	()	()
e) Problèmes majeurs (-)	()	()

Commentaires : _____

Quelles sont les trois (3) principales forces de l'aide à domicile ?

Quelles habiletés ou compétences cette aide à domicile pourrait-elle développer pour améliorer la qualité de son travail et votre satisfaction ?

(Questionnaire en cours d'élaboration)

DELAROUQUE	MARIE	NOVEMBRE 2014
Certificat d'aptitude aux fonctions de directeur d'établissement ou de service d'intervention sociale ETABLISSEMENT DE FORMATION : IFEN LE HAVRE		
DEVELOPPER UN SERVICE D'AIDE A DOMICILE SPECIALISE AFIN DE FAVORISER L'INSERTION DES PERSONNES SOUFFRANTES DE TROUBLES PSYCHIQUES		
Résumé : Le processus de désinstitutionalisation tente de favoriser l'insertion du malade mental dans la Cité. Cependant, force est de constater que le secteur social et médicosocial apparaissent parfois insuffisamment préparés à accompagner ce public, parfois à peine stabilisé, hors des murs de l'Hôpital psychiatrique. Les services d'aide à domicile, pourtant indispensables à l'accompagnement de proximité de la personne et à son insertion sociale, sont en grande difficulté face à l'expression des troubles psychiques en milieu ordinaire. Nous nous interrogeons sur la nécessité de développer et tester un service d'aide à domicile spécialisé en santé mentale, répondant à un besoin mal couvert sur la région du Havre, afin de favoriser la réhabilitation psychosociale de l'utilisateur et d'éviter ainsi les ré hospitalisation, dans une dynamique de travail en réseau entre le secteur sanitaire, médicosocial et social, indispensable à l'accompagnement de la personne en situation de handicap psychique.		
Mots clés : Handicap psychique ; désinstitutionalisation ; logement ; accompagnement de proximité ; service à la personne ; spécialisation ; adaptabilité ; partenariat ; familles ; relations ; confiance ; réseau sanitaire médicosocial et social ; insertion sociale.		
<i>L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.</i>		