



**CONDUIRE L'ÉVOLUTION D'UN DISPOSITIF D'HÉBERGEMENT
POUR PERSONNES HANDICAPÉES PSYCHIQUES ET
L'ADAPTER À LEURS BESOINS**

Jean FERNANDEZ

2010

cafedes



Remerciements

Je tiens en premier lieu à remercier M. BAPTISTE, président de l'association GRIM, ainsi que le conseil d'administration pour avoir soutenu l'évolution de mon parcours professionnel et facilité mon engagement dans la formation au CAFDES.

Je remercie également Mme SAPALY, directrice générale de l'association, pour son soutien pendant cette formation, pour sa lecture attentive de ce mémoire et ses conseils avisés.

Merci également au personnel du service logement qui, par son engagement auprès des personnes accueillies et son professionnalisme, a permis le développement de cette structure.

Enfin, je remercie mes proches et tous ceux qui ont traversé avec moi ce temps de formation, pour leur aide et leur patience.

Sommaire

Introduction.....	1
1 Le nouveau statut du handicap psychique révèle des besoins spécifiques au secteur médico-social.	3
1.1 La reconnaissance récente d'un handicap « invisible ».....	3
1.1.1 La santé mentale constitue un réel problème de santé publique.	3
1.1.2 Le handicap, une notion enfin définie par la loi qui révèle la « nouvelle » problématique du handicap psychique.	4
1.1.3 Une population qui présente des troubles et des caractéristiques spécifiques.	6
1.2 Le nouveau cadre législatif renforce l'égalité des droits.....	8
1.2.1 Un contexte international conduisant les changements.	8
1.2.2 Des politiques publiques françaises favorisant l'inclusion sociale.	10
1.2.3 Incidences catégorielles et territoriales des politiques sociales françaises.	11
1.3 Une association au service des personnes handicapées psychiques.	14
1.3.1 Le renforcement d'une coopération par la création de l'association GRIM.	14
1.3.2 Le Service d'Accompagnement Renforcé et d'Insertion par le Logement.....	15
1.3.3 Le bilan de l'activité du service logement : des résultats en demi-teinte.	20
2 Identifier et définir la place des acteurs pour mieux rénover l'offre de service.....	23
2.1 La prise en charge sanitaire des maladies mentales constitue le socle incontournable de l'insertion sociale.	23
2.1.1 Du traitement de la folie à la prise en charge des maladies mentales.	23
2.1.2 Une conception de la maladie mentale qui interroge la notion de normalité.	26
2.1.3 Peut-on guérir de la maladie mentale ?.....	28
2.2 Une indispensable articulation des soins en psychiatrie et de l'accompagnement social.....	31
2.2.1 La mutation de la psychiatrie soulève le problème de l'hébergement des malades mentaux.	31
2.2.2 Accompagner l'accès vers un logement révèle la difficulté d'habiter.	33
2.2.3 L'intérêt des usagers convoque au rapprochement du sanitaire et du social.....	38
2.3 Le mode de management influence la qualité des prestations.....	40
2.3.1 Développer la responsabilité et l'autonomie.	40
2.3.2 Garantir la qualité de service : démarche qualité, certification et évaluation.....	42

3	Conduire l'évolution du dispositif pour améliorer la qualité du parcours d'insertion des personnes accueillies.....	47
3.1	Analyser la problématique pour adapter les réponses du service aux besoins des usagers.....	47
3.1.1	Présentation de la population accueillie par le service.....	47
3.1.2	Les besoins des personnes les plus fragiles interrogent l'organisation du service.....	51
3.1.3	Présentation d'un plan d'action qui se déclinera en deux temps.	56
3.2	Modifier l'organisation de service pour améliorer la prise en charge.	57
3.2.1	Renforcer le partenariat avec les services de soin.....	57
3.2.2	Modifier les pratiques du personnel éducatif.....	61
3.2.3	Une gestion des ressources humaines au service du projet d'adaptation.	64
3.2.4	Rénover le projet de service.....	67
3.3	Proposer une offre d'hébergement adapté et modulable.....	68
3.3.1	Présentation du nouveau mode d'hébergement : le foyer.....	69
3.3.2	Les incidences administratives, budgétaires et matérielles.	71
3.3.3	L'évaluation du projet.	75
	Conclusion :	79
	Bibliographie.....	81
	Liste des annexes	I

Liste des sigles utilisés

AAH	Allocation aux Adultes Handicapés.
AMP	Aide Médico-Psychologique.
ANACT	Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail.
ANESM	Agence Nationale de l'Évaluation et de la qualité des Établissements et Services sociaux et médico-sociaux.
ARH	Agence Régionale de l'Hospitalisation.
CASF	Code de l'Action Sociale et des Familles.
CATTP	Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel.
CDAPH	Commission des droits et de l'Autonomie des personnes handicapées.
CESR	Conseil Economique et Social Régional.
CHRS	Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale.
CIM	Classification Internationale des maladies.
CLSM	Conseil Local de Santé Mentale.
CMP	Centre Médico-Psychologique.
CNSA	Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie.
CPOM	Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens.
CRCSM	Commission Régionale de Concertation en Santé Mentale.
CREAI	Centre Régional pour l'Enfance et l'Adolescence Inadaptée.
CROSMS	Comité Régional de l'Organisation Sociale et Médico-Sociale.
DDASS	Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales.
DRASS	Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales.
DREES	Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques.
DRSP	Département de Réadaptation Socio-Professionnelle.
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.
ESAT	Établissement et Service d'Aide par Travail.
ETP	Équivalent Temps Plein.
FAM	Foyer d'Accueil Médicalisé.
FDT	Foyer à Double Tarification.
FINESS	Fichier National des Établissements Sanitaires et Sociaux.
FNAP-PSY	Fédération Nationale des Patients en PSYchiatry.
FSAM	Fédération d'Aide à la Santé Mentale.
GEM	Groupe d'Entraide Mutuelle.
GRIM	Groupement la Roche, Industrie service, Messidor.
HDT	Hospitalisation à la Demande d'un Tiers.

HO	Hospitalisation d'Office.
IGAS	Inspection Générale des Affaires Sociales.
IRDES	Institut de Recherche et Documentation en Économie de la Santé.
MAS	Maison d'Accueil Spécialisée.
MDPH	Maison Départementale des Personnes handicapées.
OMS	Organisation Mondiale de la Santé.
ONU	Organisation des Nations Unies.
PCH	Prestation de Compensation du Handicap.
PRIAC	Programme interdépartemental d'Accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie.
SAMU	Service d'Aide Médicale d'Urgence.
SAVS	Service D'Accompagnement à la Vie Sociale.
SISM	Semaine d'Information sur la Santé Mentale.
SROS	Schéma Régional d'Organisation Sociale.
SAMSAH	Service d'Accompagnement Médico-social pour Adultes Handicapés.
UMA	Unité Médicale d'Accueil.
UNAFAM	Union Nationale des Amis et FAmilles de Malades psychiques

Introduction

Depuis 1987, l'association GRIM qui intervient sur le département du Rhône, développe et gère des services en faveur de personnes souffrant de troubles psychiques. Elle m'a confié en 2002 la mise en œuvre d'un projet de « Service d'Accompagnement Renforcé et d'Insertion par le Logement » accueillant des personnes handicapées psychiques. Ce projet concrétise une volonté de l'association GRIM, du secteur de la psychiatrie et du Conseil général de soutenir des personnes handicapées psychiques dans leur insertion sociale.

Lorsque j'ai pris ma fonction de chef de service, « le programme » était clairement déterminé, il n'y avait alors plus qu'à le mettre en œuvre... Une formation initiale de comptable, une bonne expérience d'éducateur spécialisé et des problématiques psychiques ainsi qu'une « caisse à outil » fraîchement acquise au cours d'une formation de chef de service, m'ont accompagné dans toutes les phases de cette opération d'ouverture d'un établissement médico-social.

Après huit années de fonctionnement et plusieurs phases de réajustements, l'organisation et les modes d'intervention sont aujourd'hui bien établis et les professionnels se montrent impliqués. Un mandat de subdélégation qui pose le cadre de ma fonction, souligne une mission d'évaluation de l'activité du service. L'optimisation des moyens humains, matériels et financiers qui me sont confiés, constitue un axe de cette délégation qui me demande également de veiller à la qualité du service rendu. C'est dans ce cadre et à partir d'une posture de direction que je souhaite interroger l'organisation du service et les résultats obtenus.

La mission du service consiste à soutenir des personnes handicapées psychiques dans un projet d'accès à un logement personnel en milieu ordinaire de vie. Or, certaines personnes admises par le service ne parviennent pas à intégrer le logement qui leur est proposé et abandonnent leur projet d'insertion sociale.

D'autre part, concernant les personnes qui ont pu engager un parcours d'insertion dans le service, je relève un taux d'accès à « l'autonomie » par un logement personnel qui est de 40 %. À contrario, une part importante des personnes accueillies ne parviennent pas à rester dans leur logement. Elles retournent généralement à leur hébergement d'origine qui est la plupart du temps l'hôpital psychiatrique ou la famille. Ces situations « d'échec » doivent être diminuées car, au-delà des résultats obtenus par le service, elles sont souvent vécues dans la souffrance par les usagers.

Ainsi, les personnes accueillies par le service révèlent des besoins qui ne sont pas totalement pris en compte par l'actuel projet de service. J'ai la conviction que cette problématique pourrait trouver une solution par une organisation et une offre de service plus adaptées, nécessitant une évolution du projet de service.

Ce mémoire témoigne de la réflexion que j'ai menée et il sera développé en trois parties. En premier lieu, je présenterai la population concernée par ce travail. Il s'agit de personnes souffrant de troubles mentaux reconnus comme handicap psychique par la CDAPH. Ces personnes bénéficient aujourd'hui de l'évolution du concept de handicap et des politiques sociales qui ont intégré, depuis 2005, un principe de non-discrimination et d'égalité d'accès à l'ensemble des droits favorisant leur insertion sociale. L'association GRIM et plus particulièrement le Service d'Accompagnement Renforcé et d'Insertion par le Logement mènent une action qui va dans le sens de cette dynamique d'inclusion. Cependant, les résultats obtenus par ce service doivent être interrogés afin d'améliorer l'efficacité du projet d'établissement.

Dans la deuxième partie, j'identifierai et je définirai la place des différents acteurs, pour souligner que les enjeux de la problématique ne concernent pas seulement une population et un établissement médico-social. Ainsi, je proposerai une approche historique de la prise en charge de la maladie mentale et décrirai les contours du dispositif de psychiatrie publique ainsi que ses modalités thérapeutiques. Puis j'analyserai la complexité de l'articulation du secteur psychiatrique et du secteur médico-social. Un partenariat doit cependant être développé afin de coordonner les interventions des deux champs. D'autre part, je mènerai une approche conceptuelle des notions d'accompagnement et de logement qui sont au cœur des pratiques des professionnels du service logement. Enfin, j'aborderai le mode de management que j'ai mis en œuvre dans ce service et qui a un rôle déterminant dans la qualité des prestations délivrées aux personnes accueillies. En effet, les modes opératoires et l'organisation doivent être animés par une dynamique de groupe favorisant le travail d'équipe et la motivation. Cette composante est de la responsabilité du directeur, et sa manière de diriger aura une influence majeure sur l'esprit des professionnels qui réalisent la mission de l'établissement.

Enfin, dans une troisième partie et après avoir analysé la problématique, j'exposerai un projet d'évolution du dispositif qui se déclinera en deux phases : des mesures d'adaptation du service qui seront conduites à court terme, et un projet à plus long terme, d'augmentation de la capacité d'accueil par la création d'un foyer qui viendra diversifier l'offre d'hébergement du service logement.

1 Le nouveau statut du handicap psychique révèle des besoins spécifiques au secteur médico-social.

La dernière décennie a démontré l'attention portée aux problèmes de santé mentale et à l'évolution du concept de handicap. La prise en compte des spécificités de chaque catégorie de personnes handicapées a été favorisée par des politiques sociales françaises qui se sont transformées sous l'impulsion de la législation internationale et des associations de parents et d'usagers. Ainsi, les personnes souffrant de troubles psychiques font l'objet d'une nouvelle considération qui doit encore se concrétiser par le renforcement d'une dynamique d'inclusion mais aussi par le développement de structures d'accueil adaptées.

Le Service d'Accompagnement Renforcé et d'Insertion par le Logement de l'association GRIM propose un mode d'accompagnement favorisant l'insertion par le logement des personnes handicapées psychiques. Cependant, la capacité de son organisation à réaliser cet objectif doit être analysée au regard des besoins des personnes accueillies et des résultats obtenus.

1.1 La reconnaissance récente d'un handicap « invisible ».

La santé mentale est un réel problème de société et les troubles qui s'y réfèrent peuvent constituer un handicap. La loi 2005-102 a renouvelé et défini la notion de handicap. Par conséquent, de nouvelles catégories de handicap ont pu être nommées. En particulier le handicap psychique qui touche à la santé mentale et qui présente des caractéristiques bien spécifiques

1.1.1 La santé mentale constitue un réel problème de santé publique.

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) retient cinq maladies mentales parmi les dix pathologies les plus préoccupantes pour le XXI^{ème} siècle. Il s'agit de la schizophrénie, des troubles bipolaires, des addictions, des dépressions et des troubles obsessionnels compulsifs. D'autre part, le rapport COUTY¹ rappelle quelques données chiffrées concernant les problèmes de santé mentale en France :

¹ COUTY E. Mission et organisation de la santé mentale et de la psychiatrie, janvier 2009.

- Les maladies mentales se situent au 3^{ème} rang des maladies en termes de prévalence,
- Elles affectent une personne sur cinq,
- En France, on compte chaque année 12 000 morts par suicide.

Une étude de la DRESS² précise que les dépenses concernant les troubles mentaux constituent la deuxième ligne de dépense après les maladies circulatoires soit 10,6 % des Consommation de Biens et Soins Médicaux et concernent à 72 % des dépenses d'hospitalisation. En France, les troubles psychiques graves concerneraient entre 1 % et 2% de la population, soit de 600 000 à 1 200 000 personnes³. C'est cette population qui, dans certains cas, peut relever d'une reconnaissance d'un handicap psychique. .

1.1.2 Le handicap, une notion enfin définie par la loi qui révèle la « nouvelle » problématique du handicap psychique.

Aujourd'hui, le handicap est mieux défini et la problématique des personnes handicapées se conçoit en interaction avec un environnement social et matériel qui agira sur le niveau de handicap. D'autre part, les grandes catégories de handicap ont été nommées, ce qui a révélé les problématiques psychiques qui doivent être prises en compte par le champ médico-social.

A) Le handicap n'est plus exclusivement une problématique individuelle.

La loi du 11 février 2005 présente dans l'article 2, pour la première fois dans une loi, une définition du handicap qui serait la conséquence d'une altération de différentes fonctions : *« Constitue un handicap, au sens de la présente loi, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant. »*

Cette définition utilise un vocabulaire neutre et non stigmatisant. D'autre part, l'environnement de la personne est pris en compte pour déterminer son handicap : il est défini comme une restriction de la participation à la vie sociale. Il est précisé que celle-ci

² Les dépenses de prévention et les dépenses de soins par pathologie en France, DRESS, Etudes et résultats, N° 504, Juillet 2006.

³ Handicap psychique et insertion sociale, N°1/2009, *Vie sociale Cedias*, p.7.

est subie et désigne clairement l'environnement comme facteur de constitution du handicap. Ainsi, « *ce n'est pas l'atteinte physique ou psychique qui fait le handicap mais la combinaison entre le projet de vie, l'environnement et les capacités de la personne concernée par une déficience et les incapacités qui en découlent.* »⁴

Il s'agit d'une différence fondamentale par rapport à la conception de la loi du 30 juin 1975 qui abordait succinctement la question de la participation à la vie sociale⁵. Ainsi, la prise en compte du handicap ne s'inscrit plus seulement dans des politiques publiques catégorielles, visant la réadaptation des individus, mais touchera aussi l'organisation matérielle et sociale de la société (loi 2005-102).

Enfin, chaque type de handicap a été identifié, assurant ainsi leur réelle prise en compte par des politiques sociales qui garantiront leur accès au droit et favoriseront le développement de réponses adaptées aux spécificités et aux besoins de chaque personne.

B) Le handicap psychique : une terminologie controversée mais néanmoins acceptée.

L'Union Nationale des Amis et Familles de malades mentaux (Unafam) occupe une place importante dans la réflexion menée sur le handicap psychique. En partenariat avec différents acteurs de la santé mentale (Fnap-psy, FASM Croix-marine), elle est à l'origine de la publication en 2001 du livre blanc des partenaires de santé mentale⁶ qui est force de proposition dans le devenir des personnes handicapées psychiques.

Le rapport Cléry Melin s'est prononcé en 2003 pour une reconnaissance spécifique de ce type de handicap : « *Les associations de personnes handicapées en raison de troubles psychiques et leurs familles demandent que la future loi désigne en outre les personnes handicapées psychiques, dont le handicap apparaît spécifique, et non compris dans le terme « mental » que l'usage a réservé aux handicaps résultant de la déficience intellectuelle. Il importe en effet que ces formes de handicaps, fréquentes et graves, soient désormais mieux reconnues, et à cet égard le fait de « nommer » dans la loi est important* »⁷.

⁴ BAPTISTE R., *Reconnaitre le handicap psychique*, Lyon, Chronique sociale, 2005, p. 32.

⁵ Loi 75-534, chapitre V, « *disposition tendant à favoriser la vie sociale des personnes handicapées* ».

⁶ Le livre blanc des partenaires de santé mentale en France, avec une proposition de plan d'urgence en 2003, UNAFAM.

⁷ Plan d'action pour le développement de la psychiatrie et la promotion de la santé mentale, Philippe Cléry-Melin, 15 septembre 2003, p. 42

Cependant, dans les années précédant le vote de la loi 2005-102 et lors des débats, le terme « handicap psychique » a été interrogé⁸. Certains, comme la FASM Croix-marine, lui préféraient une expression ciblant une population plus restreinte : « personne en situation de handicap par maladie mentale ». Elle reflète en effet, plus précisément la notion d'un handicap qui est la conséquence d'une maladie mentale. Et par ailleurs, elle se rapprochait de la conception de la Classification Internationale du Fonctionnement Humain, du Handicap et de la Santé (CIF) de l'OMS qui souligne l'importance des facteurs environnementaux dans la constitution du handicap. Ainsi, utiliser l'expression « personne handicapée », c'est signaler la composante individuelle du handicap, alors que la formule « personne en situation de handicap » rappelle la place de l'environnement dans la constitution du handicap.

Néanmoins, l'expression « handicap psychique » (qui n'est pas formellement citée dans la loi de 2005) est aujourd'hui admise par la plupart des intervenants dans le champ sanitaire et médico-social. L'usage du terme « handicap mental » étant maintenant réservé à des personnes présentant une déficience intellectuelle stable, durable et irréversible.

Malgré cette distinction, il faut cependant préciser que ces deux notions sont parfois intriquées. Ainsi, les déficiences intellectuelles sont quelquefois associées à des troubles psychiques, à cause de la souffrance qu'elles occasionnent ou bien en raison de la pathologie ayant provoqué cette déficience. Quant aux troubles psychiques graves, ils ont une incidence sur le développement intellectuel et ce d'autant plus qu'ils apparaissent précocement.

En conséquence, la reconnaissance du handicap psychique révèle au secteur médico-social une population qui doit être soutenue par des structures spécialisées. Car ces personnes présentent des problèmes de santé mentale et des particularités qui devront être intégrées dans des dispositifs d'accompagnement adaptés.

1.1.3 Une population qui présente des troubles et des caractéristiques spécifiques.

La notion de handicap psychique cible une population, certes mieux repérée par ce concept, mais il concerne une grande variété de situations, de difficultés et d'origine des troubles : anomalies congénitales, maladie du système nerveux, traumatisme crânien et

⁸ *La lettre de Psychiatrie Française*, n°139, novembre 2004, p. 13 à 15.

aussi maladies mentales dont les causes sont moins clairement repérées. Dans ce mémoire, je m'intéresserai plus précisément aux conséquences de la maladie psychique grave dont souffrent les personnes accueillies par le service logement.

Dans son livret concernant « *L'accueil et l'accompagnement des personnes en situation de handicap psychique* »⁹ l'UNAFAM indique que la maladie mentale se déclare :

- Le plus souvent à l'adolescence ou chez de jeunes adultes,
- Sans distinction de milieu d'appartenance sociale, de culture,
- Quels que soient le niveau de formation et les capacités intellectuelles.

Pour autant, la maladie mentale ne produit pas toujours une restriction de la vie sociale et professionnelle. Mais dans certains cas, elle peut avoir une incidence dans la vie quotidienne et constitue un véritable handicap.

En effet, la maladie mentale, dans ses formes les plus graves (schizophrénie, autres psychoses, troubles bipolaires...) est souvent à l'origine d'un handicap psychique : « *C'est spécifiquement pour ces personnes, présentant des troubles psychiques graves que la notion de handicap psychique a été créée*¹⁰ ».

Les principales manifestations du handicap psychique sont multiformes, parfois cumulatives et, selon leur intensité, nécessitent des soins plus ou moins importants. Ces altérations des fonctions psychiques concernent la perception, les émotions, la pensée, la conscience. Elles affectent l'humeur, les capacités cognitives, la communication, le comportement, le sommeil et présentent parfois une expression somatique.

Le rapport Charzat¹¹ en 2002 recense les obstacles que les personnes souffrant de troubles psychiques rencontrent dans la vie quotidienne. Ces difficultés concernent aussi le regard que porte la société ou les proches sur les troubles exprimés, favorisant l'isolement et la rupture du lien social, et d'autre part une fragilité et une vulnérabilité accrues qui sont renforcées par la variabilité et l'évolutivité des troubles.

Ainsi, les troubles psychiques peuvent être une source de handicap qu'il convient de compenser par un accompagnement adapté permettant : d'assurer la continuité des soins, d'offrir un hébergement adapté, de gérer sa vie quotidienne, et de favoriser l'insertion sociale et professionnelle.

⁹ L'accueil et l'accompagnement des personnes handicapées psychique, UNAFAM, CNSA, UNCASS, UNA

¹⁰ Handicap psychique et insertion sociale, Vie sociale n°1/2009, CEDIAS-Musée social, p.7.

¹¹ CHARZAT M. Pour mieux identifier les difficultés des personnes en situation de handicap du fait de troubles psychiques et les moyens d'améliorer leur vie et celle de leurs proches, mars 2002.

Cette approche du handicap psychique est soutenue par l'évolution d'un dispositif législatif, qui est aujourd'hui basé sur un principe d'inclusion sociale, de non-discrimination, d'égalité d'accès aux droits et de compensation du handicap.

1.2 Le nouveau cadre législatif renforce l'égalité des droits.

Dans la deuxième partie du 20^{ème} siècle, le droit international et européen a conduit des évolutions qui se sont traduites par une modification du droit français en réponse à la mobilisation des mouvements de personnes handicapées.

Ces changements améliorent la place des personnes handicapées qui ont acquis une égalité de droit. Des moyens considérables soient déployés au bénéfice des personnes handicapées. Mais cette nouvelle dynamique d'inclusion doit encore se concrétiser afin de répondre aux besoins de toutes les catégories de personnes handicapées.

1.2.1 Un contexte international conduisant les changements.

À partir des années 1970, le droit international et européen accorde une attention particulière aux personnes handicapées. De nombreux textes ont permis aux personnes handicapées d'obtenir un statut légal et des droits, chacun apportant peu à peu sa contribution à la reconnaissance des droits fondamentaux des personnes handicapées.

A) Le droit international.

Il se développe sous l'égide des Nations Unies et au travers de différents textes : *Déclaration des Droits du Déficient mental* de 1971, résolution intitulée *Pour la pleine intégration des handicapés dans la société* de 1994.

L'objectif est de donner les mêmes droits aux personnes handicapées qu'à tout un chacun. On voit apparaître dans ces textes, la notion d'égalité des chances reprise ultérieurement dans le droit français.¹²

Néanmoins, ces premiers instruments ont été critiqués du fait qu'ils reposaient sur des modèles médicaux et sociaux du handicap dépassés. Ils présentaient d'autre part l'inconvénient de ne pas être juridiquement contraignants.

¹² Rapport IGAS, 2003-119 de septembre 2003, Rapport thématique sur la politique du handicap en Europe.

Ils constitueront cependant des étapes qui aboutiront à l'adoption par l'ONU en décembre 2006, de la *convention relative aux droits des personnes handicapées*. L'article 19 de cette convention, intitulé « *autonomie et inclusion dans la société* » stipule : « *Les états parties à la présente convention reconnaissent à toutes les personnes handicapées le droit de vivre dans la société, avec la même liberté de choix que les autres personnes, et prennent des mesures efficaces et appropriées pour faciliter aux personnes handicapées la pleine jouissance de ce droit ainsi que leur pleine intégration et participation à la société...* »

Cette convention renforce le droit des personnes handicapées et engage les états à mettre en œuvre les mesures favorisant leur inclusion dans la société. L'égalité de traitement est soulignée et devrait permettre le choix du lieu de résidence ainsi que l'accès à des établissements ou services d'accompagnement qui faciliteront cette liberté de choix. Enfin, cette convention a un caractère contraignant, et les personnes handicapées peuvent se prévaloir devant leurs états pour faire appliquer leurs droits. L'entrée en vigueur de la convention oblige les États signataires à intégrer dans leurs lois nationales des mesures antidiscriminatoires envers les personnes handicapées. Elle a été signée par l'Union Européenne et ratifiée par certains états.

B) La politique du handicap de la communauté Européenne.

L'Union européenne compte environ 50 millions de personnes atteintes d'un handicap, soit 10 % de sa population. Elles ont progressivement acquis des droits, à partir des premiers textes qui visaient à soutenir l'insertion professionnelle.

À partir de l'an 2000, l'engagement de la communauté européenne se renforce et les textes deviennent contraignants : règlements qui sont immédiatement applicables et directives qui doivent être transposées dans les législations des états membres.

Ainsi, la *Charte des droits fondamentaux de l'Union Européenne* (7 décembre 2000) reprend en un texte unique, pour la première fois dans l'histoire de l'Union Européenne, l'ensemble des droits civiques, politiques, économiques et sociaux des citoyens européens ainsi que de toutes personnes vivant sur le territoire de l'Union. Cette charte réaffirme l'interdiction de toute discrimination fondée sur le handicap (article 21).

D'autre part, elle pose le principe de l'intégration des personnes handicapées : "*L'Union reconnaît et respecte le droit des personnes handicapées à bénéficier de mesures visant à assurer leur autonomie, leur intégration sociale et professionnelle et leur participation à la vie de la communauté*". Cette charte a une valeur de traité et s'impose donc aux États membres¹³.

¹³ *La Charte des droits fondamentaux de l'Union Européenne* du 7 décembre 2000, article 26.

Enfin, la *convention relative aux droits des personnes handicapées* de l'ONU a été signée par l'Union Européenne le 3 août 2007. Il s'agit d'un signal fort envoyé aux États membres qui devront développer des mesures visant à l'intégration systématique du handicap dans tous les domaines de la vie.

La France a également signé cette convention en août 2007 et l'a ratifiée en février 2010.

1.2.2 Des politiques publiques françaises favorisant l'inclusion sociale.

L'attention de la société française concernant les personnes handicapées se renforce comme en témoignent les évolutions récentes des politiques publiques françaises. Elles ont été influencées de manière significative par les travaux réalisés au niveau international et européen ainsi que par l'impulsion des associations de personnes handicapées.

Dans le champ de l'action sociale et médico-sociale, les lois de 1975 (75-534 et 75-535) qui avaient remplacé la notion de charité par celle de solidarité nationale, ont été réformées par la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale. Cette loi renforce le droit des usagers et vise à une diversification des modes de prise en charge, à l'amélioration du pilotage de l'action (évaluation interne et externe), ainsi qu'à une meilleure coordination des acteurs.

Au même moment, un autre texte, la loi du 17 janvier 2002 (2002-73) dite de modernisation sociale, rappelle la notion de solidarité nationale et d'égalité des droits : « *Toute personne handicapée a droit à la solidarité de l'ensemble de la collectivité nationale, qui lui garantit, en vertu de cette obligation, l'accès aux droits fondamentaux reconnus à tous les citoyens ainsi que le plein exercice de sa citoyenneté. L'État est garant de l'égalité de traitement des personnes handicapées sur l'ensemble du territoire.* » (CASF, art. L.114-1).

Elle marque une avancée en faveur de la reconnaissance d'un droit à compensation et dispose que la personne handicapée a « *droit à la compensation des conséquences de son handicap quels que soient l'origine et la nature de sa déficience, son âge et son mode de vie, et à la garantie d'un minimum de ressources lui permettant de couvrir la totalité des besoins essentiels de la vie courante.* »¹⁴

¹⁴ Loi 2002-73 du 17 janvier 2002 de modernisation sociale, article 53.

Ce texte ouvre la voie à la loi du 11 février 2005 portant sur « l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées ». Elle constitue une avancée notable en matière de droit des personnes handicapées et elle prévoit une réorganisation d'ensemble des dispositifs existants. Elle réaffirme un droit à compensation afin que la personne handicapée puisse accéder à un plein exercice de sa citoyenneté et de sa capacité d'autonomie : le législateur a créé la Prestation de Compensation du Handicap (PCH) à domicile, puis en établissement (décret 2007).

Si les lois 2002-2 et 2005-102 encadrent aujourd'hui le secteur social et médico-social, une nouvelle évolution législative est venue modifier l'organisation de certains services déconcentrés de l'État en matière sanitaire et sociale.

La loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, dite « HPST », vise à garantir la qualité d'un système de santé sur tout le territoire, tout en veillant à son équilibre financier. Elle constitue une réponse aux difficultés récurrentes d'un système trop segmenté et pourtant interdépendant : prévention, médecine de ville, hôpital, secteur médico-social.

L'évolution des politiques sociales ainsi que les modifications de l'organisation et de la planification tendent à rapprocher les lieux de décision des populations : leurs besoins sont davantage pris en compte afin de favoriser leur inclusion sociale.

Cependant, un double système de déconcentration et de décentralisation produit une organisation complexe. Ainsi, en fonction de leur âge ou de leurs difficultés, les populations ciblées relèveront d'une prise en charge financée par l'État ou des collectivités territoriales différentes.

1.2.3 Incidences catégorielles et territoriales des politiques sociales françaises.

Les évolutions législatives ont établi que les différentes catégories de personnes handicapées avaient droit à une égalité de traitement et que leur choix de vie et leurs besoins devaient être respectés par les différents acteurs.

Concernant les personnes handicapées psychiques, plusieurs types d'établissements assurent leur hébergement ou leur accompagnement. Ils relèvent d'un financement de l'État (MAS, ESAT, GEM), du Conseil général (Foyer d'hébergement, SAVS) voire d'une double tarification (FAM, SAMSAH).

Cependant, malgré un développement de ces structures, différents rapports, études, plans (dans le champ sanitaire et social) mettent en avant des besoins importants, notamment en matière de logement ou d'hébergement :

- Le haut comité pour le logement des personnes défavorisées proposait déjà dans son rapport de 2005¹⁵, de prendre des mesures, pour répondre aux besoins spécifiques en matière de logement des personnes atteintes de troubles psychiques.
- Le Plan psychiatrie et santé mentale 2005-2008 soulignait la nécessité de mieux accompagner les personnes handicapées psychiques, en développant les services d'accompagnement, en créant des GEM, et en favorisant l'accès à un logement ou un hébergement adapté¹⁶.

Les outils de planification au niveau régional et départemental font les mêmes constats :

- Dans une synthèse du SROS 3, 2006-2010, présenté par l'Agence Régionale de l'Hospitalisation Rhône-Alpes, on relève un certain nombre de difficultés auxquelles le secteur psychiatrique est confronté. La question de la sortie de l'hôpital et de l'hébergement est soulignée : « *Difficultés pour trouver des solutions pour l'hébergement et la réinsertion d'une proportion importante des patients hospitalisés au long cours : une enquête réalisée au niveau régional en 2003, a montré que 35% des 4043 lits sectorisés en psychiatrie adulte étaient utilisés par des patients déclarés « sortant », mais pour lesquels aucune solution d'aval n'était disponible.* »¹⁷
- Le PRIAC Rhône-Alpes 2008-2012 (PRogramme Interdépartemental d'ACcompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie), présente un état des places installées à partir de l'enquête ES 2006. Il s'agit de places bénéficiant d'un financement de l'État. Concernant les adultes handicapés, la région Rhône-Alpes¹⁸ compte 27 500 places. Le nouveau programme prévoit un financement de 721 places dédiées au handicap psychique à hauteur de 21,3 millions d'euros dont 265 places pour l'autisme. Cependant, l'intégration des PRIAC dans le nouveau champ d'intervention des ARS à partir de 2010 pourrait changer cette programmation.
- Le schéma départemental du Rhône en faveur des personnes âgées et des personnes handicapées : un bilan de la mise en œuvre du schéma départemental

¹⁵ *Face à la crise : une obligation de résultat*, Haut comité pour le logement des personnes défavorisées, 11^{ème} rapport, décembre 2005.

¹⁶ Plan psychiatrie et santé mentale 2005-2008, p.29.

¹⁷ SROS 3, Schéma Régional d'Organisation Sanitaire, ARH Rhône-Alpes, page 34 et 35

¹⁸ *Les établissements pour adultes handicapés en Rhône-Alpes* La lettre de la DDRASS n°2009-03

2004-2008 a été réalisé par le CREAL Rhône-Alpes. Il souligne les besoins des personnes handicapées psychiques à la suite d'une enquête réalisée en 2008¹⁹ auprès des centres hospitaliers de la région Rhône-Alpes : la proportion des hospitalisations inadéquates sur la région serait de 18,3 %, soit 833 patients.

Et concernant le département du Rhône, 164 patients dans cette situation ont été identifiés, dont 37 relèveraient d'une structure d'accompagnement et d'un habitat en milieu ordinaire.

Cependant, pour évaluer la réalité des besoins, il conviendrait également de prendre en compte toutes les personnes suivies en psychiatrie, mais qui ne sont pas hospitalisées en permanence. Et d'autre part, celles qui vivent en famille ou dans des structures d'hébergement plus ou moins adaptées à leur situation. Et enfin toutes celles qui présentent des troubles psychiatriques graves, mais qui ne sont pas prises en charges dans la durée par un service de soin.

Ce travail préparatoire à l'élaboration du schéma départemental du Rhône présente également un état des lieux concernant les places réservées aux personnes handicapées psychiques, qui ont été répertoriées dans une catégorie « psychose adulte » par le service des personnes handicapées du Conseil général du Rhône :

- Etablissement (accueil de jour, domicile collectif, foyer appartement, FAM, foyer de vie, foyer d'hébergement) : 374 places, soit 11 % des 3530 places du Rhône,
- Service (club, SAVS, SAMSAH) : 563 places, soit 39 % des 1449 places dans le Rhône.

Enfin, le programme d'action du nouveau schéma départemental 2009-2013, prévoit des mesures concernant le logement des personnes handicapées qui viseront à *« promouvoir la création d'une offre de logement dans le cadre des services d'accompagnement, en prévoyant ces charges dans les budgets (...) à développer les structures d'accompagnement telles que les SAVS, les SAMSAH (...) et à assouplir le fonctionnement des structures permettant de rester en foyer après 60 ans (...) et enfin, à renforcer la coordination entre les acteurs du handicap, de la gérontologie et de la psychiatrie »*²⁰.

¹⁹ *Evaluation des actions du schéma 2004-2008*, CREAL Rhône-Alpes, 10 octobre 2008, p. 35

²⁰ Schéma départemental du Rhône, PA-PH, 2009-2013, Fiche 3-7.

Sur le département du Rhône, les besoins des personnes handicapées psychique sont réellement pris en compte, ils sont intégrés dans les schémas d'orientation, et des structures financées par l'État ou le Conseil général voient le jour. Mais ces réponses restent encore insuffisantes au regard des besoins repérés par les services de soins en psychiatrie ainsi que par les différentes associations intervenant auprès de ce public.

1.3 Une association au service des personnes handicapées psychiques.

Dans le département du Rhône et depuis 23 ans, l'association GRIM conduit une stratégie de développement qui vise à concevoir et créer des structures en réponse aux besoins et attentes des personnes handicapées psychiques.

L'un de ses établissements, le Service d'Accompagnement Renforcé et d'Insertion par le Logement a été créé en 2002, son organisation est aujourd'hui bien établie. Cependant, le suivi de divers indicateurs a confirmé mon intuition. Ainsi, ces données chiffrées dévoilent un taux important de personnes qui ne parviennent pas à rester dans le service.

1.3.1 Le renforcement d'une coopération par la création de l'association GRIM.

Au cours des années 1980, trois associations du Rhône (LA ROCHE, INDUSTRIE SERVICE, MESSIDOR), engagées dans la réinsertion professionnelle et sociale de personnes en difficultés psychiques, ont créé un groupement de coopération afin de gérer en commun des services complémentaires à leur mission première, dans les domaines de la recherche d'emploi, l'accompagnement extra-professionnel et la formation.

Puis, très rapidement, elles ont donné une assise juridique et administrative à ce groupement : l'association GRIM (Groupement la Roche, Industrie service, Messidor) a été créée en 1987, à Lyon. Dès lors, il ne s'agira plus seulement de répondre aux attentes des associations fondatrices, mais aussi d'apporter des réponses aux besoins de la population handicapée psychique du département du Rhône.

Au fil du temps, le poids des associations fondatrices dans la gouvernance de GRIM s'est atténué et les instances dirigeantes ont été renouvelées : des administrateurs issus des centres hospitaliers psychiatriques de Lyon ont ainsi rejoint le conseil d'administration qui a développé une politique fidèle aux origines mais néanmoins autonome.

C'est ainsi que le GRIM est spécialisé dans l'accueil de personnes adultes handicapées psychiques. Il a mis en place, au fur et à mesure des besoins recensés :

- En 1987, un Service d'Accompagnement à la Vie Sociale, assurant le suivi de 168 personnes,
- En 1993, un service de gestion de Mesures de Justice aux Majeurs Protégés, qui gère 1500 mesures,
- En 2002, un Service d'Accompagnement Renforcé et d'Insertion par le Logement dont la capacité d'accueil actuelle est de 39 places,
- Un projet de 3 foyers pour adultes handicapés psychiques : chaque foyer accueillera 15 personnes. Ces établissements seront implantés sur les secteurs de chacun des 3 hôpitaux psychiatriques du Rhône. Le projet a obtenu l'accord du CROSMS : la reprise depuis janvier 2010, d'un établissement en centre ville constituera le premier foyer.

Le financement du deuxième foyer a également été accordé. Il sera implanté sur l'Arbresle : le permis de construire est déposé et l'ouverture est prévue en 2012.

Le service tutélaire et le SAVS sont implantés sur Lyon, Tarare (40 kms à l'ouest) et Villefranche (35 kms au Nord). Le Service d'Accompagnement Renforcé et d'Insertion par le logement, est implanté sur Lyon (Vaise).

Pour assurer le fonctionnement de ces services, l'association emploie 85 salariés²¹ et s'est dotée d'un siège social situé à Lyon. Il regroupe la direction générale qui est constituée d'un pôle administratif, financier et de gestion du personnel.

Dans le département du Rhône, l'association GRIM répond aux orientations des politiques publiques actuelles ainsi qu'aux préconisations des différents rapports, plans et schémas qui soulignent la nécessité d'apporter des réponses en matière d'hébergement et de logement pour les personnes handicapées psychiques.

1.3.2 Le Service d'Accompagnement Renforcé et d'Insertion par le Logement.

Par commodité de langage, j'utiliserai le terme « service logement » pour nommer ce service. C'est ce terme qui est d'ailleurs utilisé couramment, aussi bien en interne que par les partenaires.

Le service logement du GRIM est situé à Lyon, au cœur du 9^{ème} arrondissement. Il s'agit d'un quartier qui connaît une mutation urbaine depuis les années 90, sur le plan résidentiel et sur un plan économique avec un développement de type tertiaire. Il est

²¹ Cf. annexe n° 1 : organigramme de l'association GRIM.

particulièrement bien desservi en transports en commun, favorisant ainsi l'accès au centre-ville et également aux différents quartiers où sont situés les services de soins psychiatriques. La municipalité a accueilli favorablement l'implantation du service et a soutenu les démarches de recherche de logement.

A) Le projet de service.

Cet établissement est un dispositif original qui a pour mission de favoriser l'insertion des personnes handicapées psychiques dans le milieu de vie ordinaire. Il facilite l'accès et le maintien dans un logement, et permet de progresser vers une plus grande autonomie, mais il prend aussi en compte les phases de régression. Toutefois, le service n'a pas vocation à recevoir la personne tout au long de sa vie et il propose une aide qui ne peut être que temporaire.

Le projet s'appuie sur des principes qui respectent le projet de vie des personnes accueillies, favorise le développement de leurs compétences individuelles et prend en compte leurs difficultés. En effet, compte tenu de leur fragilité psychique, ces personnes peuvent s'exposer à des situations présentant un danger qui peut être vital dans certaines circonstances. Le projet d'accompagnement des personnes accueillies est donc élaboré et mis en œuvre en portant une attention particulière à leur équilibre physique et psychique. La posture éducative s'appuiera sur la co-construction du projet d'accompagnement, une alliance dans sa mise en œuvre et une garantie (et une contrainte) que le service interviendra en cas de mise en danger pour soi ou pour autrui.

Les bénéficiaires sont des adultes, de 20 à 60 ans, handicapés par une problématique psychique stabilisée, bénéficiant d'un suivi psychiatrique et orientés par la CDAPH.

Le dispositif est articulé autour d'un lieu d'accueil où sont situés les bureaux du personnel ainsi qu'un espace d'animation disposant d'une cuisine et d'une salle à manger. Il est ouvert 365 jours par an et propose son action d'accompagnement social proprement dite du lundi au vendredi. Les weekends et jours fériés, des permanences éducatives sont réalisées sur le lieu d'accueil et des activités de loisirs sont proposées sur place ou à l'extérieur.

En revanche, il n'est pas assuré de veille de nuit compte tenu de l'autonomie suffisante des personnes accueillies et de leur capacité à faire appel au dispositif de droit commun en cas de grande difficulté : SOS médecin, SAMU, services de soins en psychiatrie.

L'aide apportée aux usagers est formalisée dans un projet de service qui décline ses actions sur quatre axes principaux :

- Des logements (20 individuels et 4 collectifs) sont mis à disposition des bénéficiaires (en sous-location) : ils sont situés en diffus, dans un rayon de trois kilomètres autour du lieu d'accueil,
- Un accompagnement social est assuré par quatre travailleurs sociaux qui sont chargés d'élaborer et de mettre en œuvre, avec le bénéficiaire, un projet d'accompagnement social. Il est évalué et réactualisé tous les ans. D'autre part, des actions de soutien dans la gestion de la vie quotidienne sont apportées par une AMP dans les logements collectifs,
- Un espace d'animation (1.5 ETP). Il est constitué d'un atelier cuisine qui fonctionne trois fois par semaine à midi et d'un programme d'activités qui vient soutenir le projet d'accompagnement social, avec des objectifs pédagogiques, de socialisation, d'accès à la citoyenneté et de loisir,
- Une coopération avec les services de soins psychiatriques : une convention entre les trois hôpitaux psychiatriques du Rhône et l'association GRIM définit le cadre général de ce partenariat.

B) Le partenariat.

La prise en charge psychiatrique des personnes accueillies est assurée en dehors de la structure et la plupart du temps par les secteurs de psychiatrie publique du département du Rhône. Ce territoire est découpé en trois zones géographiques²² rattachées chacune à l'un des trois centres hospitaliers qui sont situés à Lyon : Vinatier, St Jean de Dieu, St Cyr au Mont d'Or.

Le service logement est cependant implanté sur un secteur qui dépend du centre hospitalier de St Cyr au Mont d'or, qui couvre 55 % de la superficie du département (Nord) et 20 % de sa population, soit 333 100 habitants.

Des établissements de soins privés sont également implantés dans la partie sud de ce secteur (Lyon 9 et banlieue ouest) : clinique de Champvert, clinique « Mon repos » à Ecully, clinique de la Chavannerie, clinique de Vaugneray. Un partenariat a été développé avec ces établissements et notamment avec la clinique de Vaugneray qui dispose d'appartements thérapeutiques assurant une bonne préparation pour l'accès au service logement.

²² Cf. annexe n° 2 : carte des secteurs de psychiatrie publique du Rhône.

D'autre part, il n'existe pas sur le 9^{ème} arrondissement de structure spécialisée dans l'hébergement de personnes handicapées psychiques, hormis le service logement du GRIM.

En revanche, l'association FIRMAMENT, créée par l'UNAFAM, est implantée sur cet arrondissement et reçoit une population handicapée psychique : accueil de jour pour des activités, GEM et SAVS de 32 places. Un partenariat s'est établi avec cet établissement vers qui sont orientées certaines personnes sortant du service logement.

Enfin, il faut souligner que sur l'agglomération lyonnaise, très peu de structures médico-sociales sont spécialisées dans l'hébergement ou l'accueil d'une population souffrant de troubles psychiques. En matière de soutien à l'insertion sociale de ce public, on retiendra les services spécialisés suivants :

- Association ASSAGA : SAVS, accueil de jour, vacances adaptées,
- Association ORLOGES : accès à un logement personnel par l'intermédiaire d'appartements d'essai ou par un système de bail glissant,
- Santé Mentale et Communauté : FAM, communauté thérapeutique,
- Association l'orangerie : CHRS Francis Feydel.

Par ailleurs, le service logement du GRIM est inscrit dans un important réseau de partenaires qu'il est indispensable d'entretenir afin d'assurer la cohérence de l'accompagnement. Il s'agit essentiellement des services de soins des hôpitaux psychiatriques de Lyon, mais également de certains établissements hospitaliers privés et enfin d'autres structures sociales (services tutélaires, aide à domicile, cabinets d'infirmier, CHRS).

Le service est également engagé dans des réseaux structurés favorisant la connaissance et le partenariat entre les différents acteurs qui œuvrent auprès des personnes handicapées psychiques :

- Conseil Local de Santé Mentale du 9^{ème},
- Coordination 69 (association regroupant l'ensemble des acteurs qui concourent au soin, à la réadaptation et à l'insertion de personnes handicapées psychiques),
- Collectif ARAMIS (groupement d'association de la région Rhône-Alpes, gérant des établissements pour personnes handicapées psychiques).

Enfin, le service participe à la formation partagée du Grand Lyon (santé psychique et logement) dont l'objectif est de développer une démarche partenariale afin de favoriser l'accès ou le maintien dans le logement des personnes en souffrance psychique. Ce

dispositif est piloté par la mission habitat du Grand Lyon et regroupe bailleurs, structures sociales et médico-sociales ainsi que les services de soins en psychiatrie.

C) Les ressources financières et humaines.

Le Conseil général du Rhône a autorisé l'ouverture de ce service depuis le 1^{er} juillet 2002 et il en assure le financement dans le cadre de l'aide sociale départementale. Le budget de fonctionnement en 2010 est de 783 954 euros. Le Conseil général finance la structure par le versement d'une dotation couvrant 84 % des charges. Des produits perçus au titre du règlement des loyers et diverses participations versés par les bénéficiaires complètent ce financement.

Afin de prendre en compte la variabilité psychique de la population accueillie et les hospitalisations indispensables au maintien de sa stabilité psychique, l'équilibre financier est assuré avec un taux d'occupation de 80 %. Il en résulte pour 2010, un coût annuel à la place de 16 929 € et un prix de journée de 57,98 € (hors reprise de résultat).

L'activité du service est légèrement supérieure au prévisionnel avec un taux d'occupation moyen sur les trois dernières années de 80,93 %. Le résultat comptable de 2009 présente un léger déficit de 904 €, et le résultat administratif est positif (23 368 €) du fait d'une reprise de résultat des années antérieures.

L'équipe du service²³ est constituée de 11 salariés (9,44 ETP), dont 7 travailleurs sociaux diplômés assurant une fonction éducative ou d'animation auprès du public : le ratio d'encadrement est de 0.24. L'ensemble du personnel est particulièrement impliqué dans ses différentes fonctions ainsi que dans la vie de la structure : il y a peu de départ et le taux d'absentéisme est de 5.6 jours en 2009, soit un taux légèrement inférieur à la moyenne nationale qui est de 7 % (ANACT). Le climat global du service est sain, et lorsque des tensions apparaissent, elles peuvent être traitées. Le personnel apprécie de travailler ensemble et témoigne d'une réelle solidarité professionnelle. La moyenne d'âge est de 40 ans et la moyenne d'ancienneté dans le poste est de 6 ans. Les charges de personnel inscrites dans le groupe 2 du budget représentent 65 % des dépenses.

Cependant, une réflexion sur l'organisation du temps de travail, menée sur l'ensemble des services de l'association ainsi que la dénonciation de certains avantages acquis, créent un climat de tension plus ou moins soutenu selon les services.

²³ Cf. annexe n° 3 : organigramme du service logement du GRIM.

La fonction de direction du service, est assurée par un poste de direction générale qui dirige l'ensemble des services de l'association, et d'un poste de chef de service avec des délégations étendues, que j'occupe depuis l'ouverture de l'établissement.

Des comités de direction réunissant les 7 cadres de l'association permettent d'assurer le management de chaque service en cohérence avec la stratégie de l'association et de la direction générale. Cette organisation, avec un comité de direction constitué de cadres intermédiaires, est issue du développement d'une association qui comptait 10 salariés en 1994. La création de nouveaux services étant réalisée par des chefs de service. Mais les nouveaux projets de développement de l'association nécessiteront de consolider l'organisation hiérarchique qui devra être mieux articulée à la direction générale par des cadres de direction.

Au siège de l'association, situé en centre-ville, à 6 kilomètres du service logement, quatre salariés exercent des fonctions de gestion financière et comptable. Le siège dispose d'un budget propre, et chaque service de l'association assure une partie de ses ressources au prorata de son budget de fonctionnement : la participation du service logement est de 18%.

1.3.3 Le bilan de l'activité du service logement : des résultats en demi-teinte.

L'objectif du service est de faciliter la transition entre l'hôpital psychiatrique, la famille ou un CHRS, et le logement en milieu ordinaire de vie. Il permet de préparer l'accès à un logement personnel et une vie autonome. Cependant, toutes les personnes accueillies ne parviennent pas à réaliser ce projet : certaines sont orientées vers des structures plus adaptées et d'autres retournent à leur hébergement d'origine. Ainsi, depuis l'ouverture du service logement, en 2002, la problématique du retour à l'hébergement d'origine met en difficulté certains bénéficiaires et vient ébranler régulièrement l'engagement des travailleurs sociaux ainsi que la mission du service. Ces situations sont toujours douloureuses sur un plan individuel car elles s'inscrivent dans des périodes de crise des personnes accueillies : elles sont alors en souffrance psychique et, dans certaines circonstances, elles peuvent se mettre en danger.

Les résultats obtenus après 8 années de fonctionnement permettent aujourd'hui de mesurer la pertinence du dispositif ainsi que son efficacité au regard de sa mission. Pour ce faire, une étude a été réalisée concernant les sorties du service de 2002 à 2009²⁴. Les résultats sont présentés dans le tableau ci-dessous : il précise à quel moment du

²⁴ Annexe 5 : Étude de besoins N° 1.

parcours d'insertion les sorties ont été réalisées (au cours de la période d'évaluation ou bien après l'accès à un logement). Il indique également si les sorties sont réalisées vers un logement personnel autonome ou bien si les personnes sont retournées à leur structure d'origine (la plupart du temps l'hôpital psychiatrique).

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	Total	
Sorties en cours d'évaluation	1	3	7	2	3	3	4	2	25	
Retour à l'hébergement d'origine	0	4	5	1	2	2	1	4	19	40%
Accès à un logement autonome			2	1	6	6	0	4	19	40%
Autres types de sorties	0	3	1	1	2	1	0	2	10	20%
Total des sorties après un logt.	0	7	8	3	10	9	1	10	48	100%
Total des sorties	1	10	15	5	13	12	5	12	73	

Un nombre conséquent de personnes n'accèdent pas à l'un de nos logements : 25 personnes ont quitté le service au cours de la phase d'évaluation, car elles ne pouvaient pas ou ne souhaitaient plus réaliser leur projet d'accès à un logement.

D'autre part, en examinant la seule catégorie des sorties après un passage dans un logement du GRIM (soit 48 personnes de 2002 à 2009), les résultats sont plutôt positifs. En effet, se sont 40 % des sorties du dispositif qui accèdent à un logement autonome personnel. Il n'en demeure pas moins que certaines personnes (19) ne parviennent pas à se maintenir dans le logement que le service met à leur disposition. Ainsi, 40 % des personnes hébergées dans un appartement du service sont retournées à leur structure d'hébergement d'origine.

Qu'en est-il alors d'une telle situation ? Faut-il la considérer comme un phénomène naturel inhérent à la particularité du handicap psychique et à la fragilité psychique des personnes accueillies ? En effet, 30 % des personnes accueillies sont hospitalisées au moins une fois chaque année. Ou bien serait-il possible de favoriser l'accès et le maintien dans les logements du service, en réduisant le taux de retour à la structure d'origine ?

Conclusion de la première partie :

Dans cette première partie, j'ai présenté comment l'influence des acteurs mais aussi l'évolution des politiques internationales et européennes ont conduit à la prise en compte d'un nouveau type de handicap par les politiques sociales françaises. Le handicap psychique a pu être nommé, ainsi que le souhaitent les associations de parents et les usagers de la psychiatrie.

Cette situation favorise la prise en compte de cette population dans les PRIAC et les schémas départementaux qui ne peuvent de ce fait plus ignorer ce public : il sera nécessaire de répondre à leurs besoins par la création d'établissements et de services spécialisés dans l'accueil des différentes typologies de handicap psychique.

Le service logement du GRIM est spécialisé dans l'accueil de personnes handicapées psychiques et son projet est en adéquation avec les politiques sociales actuelles qui tendent à favoriser l'inclusion sociale.

D'autre part, il s'inscrit dans les orientations du dernier schéma départemental du Rhône (PA/PH : 2009/2013) dont l'un des objectifs est de favoriser l'accès et le maintien dans le logement des publics fragilisés par l'âge ou le handicap.

Aujourd'hui, ce service présente des atouts. Il bénéficie d'une bonne intégration dans le quartier et la population accueillie y est bien acceptée. D'autre part, son personnel est constitué de professionnels diplômés et qui ont acquis avec le temps et des formations complémentaires, une réelle expertise de l'accompagnement du handicap psychique.

Sur le plan budgétaire et financier, les résultats du service sont équilibrés et sa trésorerie est adaptée.

Mais si l'ensemble du dispositif apporte un réel soutien aux personnes accueillies, en revanche, les résultats obtenus ne sont pas totalement satisfaisants puisque des personnes sortant du service ne peuvent accéder à un logement personnel.

En effet, le service est confronté à une population dont les besoins n'ont pas été totalement pris en compte dans le projet initial. Et malgré une première phase d'ajustement que j'ai proposée et conduite en 2006, il est aujourd'hui nécessaire de réaliser de nouvelles évolutions. L'objectif étant de conduire ce service vers une meilleure adaptation aux besoins des personnes accueillies, avec un plan d'action que j'exposerai en troisième partie du mémoire.

Mais auparavant, je réaliserai une approche historique et conceptuelle concernant la prise en charge des malades mentaux, afin d'apporter un éclairage différent à l'examen de la problématique et de développer des réponses qui seront articulées avec ces dimensions.

2 Identifier et définir la place des acteurs pour mieux rénover l'offre de service.

Une approche plus distanciée de la problématique et une nouvelle contextualisation permettront de mieux cerner les enjeux et les leviers qui permettront d'améliorer l'offre de service. En effet, les réponses que j'apporterai à la problématique devront intégrer des éléments touchant à l'organisation interne du service mais également prendre en considération les interactions des principaux interlocuteurs. Ainsi, concernant la problématique du service logement, différents acteurs sont engagés et il sera nécessaire de procéder à l'examen des spécificités de chacun : les personnes handicapées psychiques, le secteur psychiatrique et son articulation avec le social, et enfin les modes d'intervention du service logement qui sont conditionnés par le type de management que j'ai développé.

2.1 La prise en charge sanitaire des maladies mentales constitue le socle incontournable de l'insertion sociale.

Nous allons maintenant parcourir les grandes étapes de la psychiatrie dont l'histoire a connu de nombreux bouleversements qui impactent fortement l'organisation de la prise en charge des personnes souffrant de troubles mentaux.

D'autre part, la conception actuelle de la santé mentale et de la maladie mentale interroge les notions de normalité et de guérison qui conditionne l'insertion sociale.

2.1.1 Du traitement de la folie à la prise en charge des maladies mentales.

Jusqu'au siècle des Lumières, la folie est considérée comme une punition divine ou une possession du démon. Le fou est à exorciser, enfermer, éloigner ou éliminer.

Puis, vient le temps de l'assistance et de l'accès aux premiers droits. L'évolution de la médecine et une vision politique, visant à la fois la charité et le maintien de l'ordre public, conduisent à une rationalisation de l'aide aux plus démunis au milieu du 16^{ème} siècle : bureau des pauvres, aumônerie générale, charité.

Par la suite, cet accueil s'organise et se généralise avec l'hôpital général, établi par un édit royal en avril 1656 : il est destiné aux mendiants valides et invalides. Le mot « hôpital » n'est pas à prendre dans son sens actuel, et signifie plutôt « lieu d'hébergement forcé », assurant le vivre et le couvert à une population misérable.

Durant cette période, il n'y a pas de prise en charge spécifique de la folie, seuls les cas les plus violents sont « simplement » enfermés. En 1780, il n'existe en France que six établissements spécialisés ou qui réservent des salles pour la prise en charge de la folie. Cette période est présentée comme une phase de répression sous couvert de charité : ce que Michel Foucault nomme « *le grand enfermement* »²⁵.

La fin du 18^{ème} et le début du 19^{ème} siècle sont un tournant concernant la notion d'aliénation et son traitement. Avec Philippe Pinel, la maladie mentale devient un objet médical à étudier, à observer. Elle fera l'objet d'une classification. Les personnes qui en sont atteintes doivent être soignées et bénéficier d'un traitement particulier de la justice. La révolution française abolit les lettres de cachet, puis deux textes législatifs garantissent une différenciation dans la réponse aux comportements répréhensibles :

- ◆ Le Code pénal de 1810 inscrit dans son article 64 le principe d'irresponsabilité du criminel en état de démence au moment de l'acte. Les criminels que la condamnation conduit en prison seront séparés des aliénées qui sont à soigner dans des asiles.
- ◆ La loi du 30 juin 1838 est la première loi d'assistance, de sûreté générale et spécifique, inspirée des idées de Pinel. Chaque département doit se doter d'un établissement public destiné à rassembler, isoler, protéger et traiter les aliénés. Il s'agira d'un enfermement imposé aux malades, destiné aussi à protéger la société. Cette loi ne sera réformée qu'en 1990.

Au cours de la première partie du 20^{ème} siècle, l'asile d'aliénés sera détaché de la compétence du ministère de l'intérieur (1920) puis deviendra hôpital psychiatrique. Des dispensaires d'hygiène mentale ainsi que des services d'observation et de traitement en milieu ouvert commencent à s'établir : des médecins affirment que la psychiatrie doit se partager entre l'hôpital et l'extérieur (Lucien BONNAFE, Gérard AUMEZON).

Cette conception est mise en œuvre par la circulaire du 15 mars 1960 qui institue le principe de la sectorisation. Il s'agit d'un bouleversement dans une organisation vieille de plus d'un siècle dont l'objectif est d'insérer dans la société les malades mentaux : une équipe médicale et paramédicale assurera ce travail depuis le dépistage jusqu'à la réinsertion. La prise en charge ambulatoire se développe et l'hospitalisation n'est plus qu'une phase du traitement de la maladie.

Il s'agit d'un mode d'organisation des soins en santé mentale, en rupture avec la psychiatrie asilaire. Elle cherche à maintenir le malade au plus près de son milieu de vie. En pratique, chaque département français est découpé en aires géographiques d'environ

²⁵ FOUCAULT M. *Histoire de la folie à l'âge classique*. Paris : Éditions Gallimard, 1972.

70 000 habitants. Ce secteur peut être plus ou moins vaste géographiquement selon la densité de population.

Ainsi, depuis les années 1950, l'efficacité de la psychiatrie s'est améliorée sous l'effet conjugué de la diversification des soins, apportée par la politique de secteur et des évolutions thérapeutiques (en particulier les découvertes chimiques)²⁶.

La psychopharmacologie naît en 1952 avec la découverte des effets antipsychotiques de la Chlorpromazine, par les neuropsychiatres parisiens Jean Delay et Pierre Deniker. Grâce à ces traitements neuroleptiques, l'excitation et l'anxiété diminuent chez les malades. Ces molécules agissent également sur les hallucinations et les idées délirantes, ce qui va permettre l'instauration d'une véritable relation thérapeutique par le dialogue et le traitement psychologique des malades. Des perspectives d'insertion dans la cité deviennent possibles.

D'autre part, les relations entre soignant et soigné se transformeront, notamment sous l'impulsion de « la psychothérapie institutionnelle » qui cherche à modifier la structure des établissements psychiatriques pour sortir d'un rapport concentrationnaire. Des expériences transformeront certains hôpitaux pour qu'ils cessent d'être un lieu où l'on est soigné et qu'ils deviennent un lieu par lequel on est soigné. L'attention ne sera plus portée seulement vers le malade, mais aussi vers l'environnement dans lequel il vit. L'objectif étant de rendre le malade actif et non plus un objet de soins : Tosquelles et Bonnafé à St Alban, Jean Oury à la clinique de La Borde.

En 1970, avec la loi du 31 décembre portant réforme hospitalière²⁷, les hôpitaux psychiatriques deviennent Centres Hospitaliers Spécialisés (CHS). Cette loi instaurera la séparation entre le secteur sanitaire assurant les soins et le secteur médico-social : l'État ayant décidé de recentrer la mission de l'hôpital sur les soins, et de confier les questions concernant les enfants, les personnes âgées et les personnes handicapées à l'action sociale et médico-sociale. Des politiques sectorielles et en particulier les lois de 1975 viendront renforcer la séparation de ces deux champs.

Enfin, il faut souligner la loi du 25 juillet 1985 qui réaffirme le principe de la sectorisation et la loi du 27 juin 1990, réformant la loi de 1838, qui vise à mieux protéger les droits et la liberté des malades. Elle pose divers principes, dont ceux de la prévention et des prises

²⁶ BARREYRE J.-Y., MAKDESSI Y. *Recherche-action en matière d'évaluation du handicap psychique*. Volet 1. Recherche documentaire, Délégation ANCREAI Ile-de-France, CNSA, CEDIAS, 2007.

²⁷ Loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière.

en charge ambulatoires. Mais les deux modes d'hospitalisation sans consentement sont maintenus (Hospitalisation d'Office et Hospitalisation à la Demande d'un Tiers), même si l'hospitalisation libre reste le principe.

Malgré ces évolutions, dans le langage courant, le concept de folie n'a pour autant pas disparu : il est synonyme aujourd'hui de passion, de rêve mais aussi de prise de risque ou de violence (un coup de folie). La folie est alors associée à des représentations négatives qui tirent le concept du côté de la maladie mentale et de la psychiatrie. Cette discipline médicale sera questionnée et parfois suspectée, concernant les capacités et les conditions d'insertion des personnes souffrant de troubles psychiques.

2.1.2 Une conception de la maladie mentale qui interroge la notion de normalité.

Le rapport du centre d'analyse stratégique²⁸ de novembre 2009 a observé l'évolution de la santé mentale des Français depuis une trentaine d'années : le suicide recule (après une période de hausse entre 1976 et 1986), la dépression est stable (3 % dans sa forme la plus sévère) mais la détresse psychologique a fortement augmenté et touche des sujets plus jeunes qu'auparavant (1 personne sur 5 sera touchée). Enfin, l'inégalité et la vulnérabilité de certains publics sont soulignées, notamment les groupes cumulant les difficultés : chômeurs, immigrés, sans-abri, détenus, pauvres, personnes en rupture de liens familiaux.

D'autre part, ce rapport souligne le renouvellement du concept de santé mentale qui distingue trois dimensions :

- La santé mentale positive (estime de soi, capacités d'adaptation) est un équilibre entre la structure psychique d'un individu et l'environnement dans lequel il doit s'adapter,
- La détresse psychologique souligne des troubles anxieux ou dépressifs passagers et peu intenses,
- Les troubles mentaux clairement diagnostiqués qui renvoient à des actions thérapeutiques ciblées.

²⁸ KOVESS-MASFETY V. *La santé mentale, l'affaire de tous*, rapport du centre d'analyse stratégique, La documentation Française, n°24-2010, 17 Novembre 2009.

Je vais examiner cette troisième dimension, car c'est dans cette catégorie que l'on peut classer les personnes accueillies au service logement.

L'étude de la littérature montre que la maladie mentale est un concept complexe qui se définit comme : « *une affection qui perturbe la pensée, les sentiments ou le comportement d'une personne de façon suffisamment forte pour rendre son intégration sociale problématique ou pour lui causer une souffrance* ». ²⁹

En effet, confronté à des événements difficiles, chacun éprouve des sentiments douloureux, voire une réelle souffrance psychique : stress, sentiment de solitude, d'injustice, de détresse émotionnelle ou de désorientation de la pensée. Ce sont habituellement des réactions naturelles et passagères qui constituent une phase d'adaptation aux événements de la vie. Mais parfois la durée et l'intensité de la souffrance perdurent et nécessitent une aide psychologique ou psychiatrique pour être dépassées et pour retrouver l'équilibre antérieur qui dans les cas les plus sévères restera fragile.

Comme on l'a vu précédemment, ce n'est qu'à partir d'une médicalisation de la folie au 19^{ème} siècle que l'on commence à parler de maladie mentale : les premières tentatives contemporaines de classification des pathologies mentales remontent à Pinel (1818) et sont basées sur l'observation. De nos jours, deux grands types de classifications prédominent et certains disent de manière réductrice que l'une s'intéresse à la maladie et l'autre au malade.

Il s'agit d'une part d'un modèle symptomatique : les faits observés peuvent être classés à partir de ce qui est visible. L'OMS a développé des outils permettant d'enregistrer les motifs de recours au système de santé (CIM 10) et facilitant le diagnostic des troubles mentaux (DSM IV).

Et d'autre part, un modèle psychodynamique s'attachant à comprendre les mécanismes (refoulement, déni, clivage) qui seraient à l'origine du trouble. Cette conception se fonde sur « *des situations concrètes d'interaction avec le patient (clinique), et produit une interprétation psychique des phénomènes* » ³⁰. Bien qu'il s'agisse d'une interprétation des faits observés, cette approche est aujourd'hui généralement admise, notamment par la psychiatrie française, et les maladies psychiques sont répertoriées selon trois grandes catégories :

- La névrose : il s'agit d'un trouble mental extrêmement fréquent dans la population : environ 12 % de la population en souffrirait ³¹. Le sujet a conscience de ses

²⁹ *La culture sanitaire et sociale en 70 fiches*. Paris : Ellipses, 2008, p. 115

³⁰ PEDENIELLI J-L., GIMENEZ G. *Les Psychoses de l'adulte*. Armand Colin, 2009, p7

³¹ *Petit Larousse de la psychologie*. Larousse, 2008, p. 407.

troubles, sans pouvoir néanmoins mener une action volontaire pour en changer. Il peut cependant demander des soins.

- La psychose : la personnalité est atteinte profondément sans que le sujet ait conscience de son état. Perception de la réalité, émotion et raisonnement sont perturbés parfois au point de développer des délires ou des hallucinations.
- En marge de ces deux lignées, on trouve des formes pathologiques moins bien définies : les états-limites. On parle aussi de « personnalités pathologiques » marquées par des troubles de l'identité et des relations avec autrui : personnalités psychopathiques (ou antisociales), personnalités narcissiques, troubles du comportement (alimentaire, sexuel, addictions diverses).

À partir de cette conception, Jean Bergeret³² propose un modèle qui différencie la maladie mentale, le caractère et la structure fondamentale de la personnalité qui sera organisée selon un mode psychotique, névrotique ou bien encore « astructurée ». Ainsi, chaque individu présente une structure psychique spécifique et plus ou moins définie, mais ne développera pas systématiquement une maladie mentale. Cependant, lorsque la maladie se déclenche, elle prendra une forme caractéristique de sa structure de base.

Dès lors, il interroge la notion de normalité et s'appuie sur l'observation quotidienne pour constater qu'une personne normale peut, dans certaines situations, entrer dans la pathologie mentale et qu'à contrario un malade mental peut retrouver une situation de normalité à la condition qu'il soit bien et précocement traité.

2.1.3 Peut-on guérir de la maladie mentale ?

Les pathologies mentales induisent une souffrance et des comportements dont le niveau est variable. Ces effets, qui sont plus ou moins acceptés par la personne ou son entourage, peuvent être réduits par une thérapie relationnelle ou par des médicaments qui faciliteront leur insertion sociale.

A) Les thérapies relationnelles.

La question du choix thérapeutique est d'une importance primordiale et conditionne les résultats. Jean-Michel Petot, professeur de psychologie clinique à l'université de Nanterre, signale³³ qu'il existerait plus de 400 méthodes différentes de psychothérapie. Elles ont

³² BERGERET J. *La personnalité normale et pathologique*. Paris : Dunod, 1996.

³³ Les modèles du soin psychique : évolutions actuelles, *FASM Pratiques en santé mentale*, août 2008, n° 3, p. 17 à 23.

cependant comme caractéristique commune des rencontres régulières et d'une durée généralement fixe, entre un psychothérapeute et un patient. L'évaluation de ces différents types de psychothérapies aboutit à des résultats comparables : les modalités théoriques et techniques n'ayant pas une influence déterminante. En revanche, c'est le choix de l'indication thérapeutique qui est fondamental. Ainsi, au regard de la singularité de chaque patient, toutes les thérapies ne se valent pas : certaines sont plus adaptées au traitement de certains troubles ou fortement contre-indiquées pour d'autres personnes. Pour Jean-Michel Petot, l'efficacité de la thérapie serait à rechercher dans la qualité de la relation entre le thérapeute et le patient mais surtout dans le choix du traitement à mettre en œuvre. Ce choix ne pourra se faire qu'à partir d'une évaluation précise et complète de toutes les informations disponibles sur le patient.

Il signale également que les psychothérapies sont de mauvaises indications pour traiter des pathologies graves telles que les psychoses ou les troubles graves de la personnalité.

B) Les médicaments.

Certains troubles graves, tels les hallucinations, les délires ou la violence, rendent toute action éducative ou thérapeutique inopérante ainsi que toute insertion sociale impossible sans une action de contention physique ou chimique. Elles sont assurées à l'hôpital psychiatrique, ou dans des Unités pour Malades Difficiles et le plus souvent aussi, par la prescription de médicaments.

Les médicaments utilisés dans le traitement des troubles psychiques sont des psychotropes. Ces substances modifient certains processus biochimiques du système nerveux central. Cette incidence sur les fonctions du cerveau induit des modifications de la perception, des sensations, de l'humeur, de la conscience et du comportement.

On dénombre aujourd'hui cinq grandes catégories de médicaments psychotropes : les anxiolytiques, les antidépresseurs, les hypnotiques (sommifères), les neuroleptiques et les régulateurs de l'humeur.

En fonction des pathologies, certains types de psychotropes sont privilégiés et parfois ils peuvent être associés. Ces traitements sont souvent pris sur de longues durées, notamment dans le cas du traitement des psychoses.

Lorsque le choix des médicaments et la posologie sont adaptés, le traitement est bien toléré. Mais parfois, ils ne sont pas sans effets secondaires plus ou moins graves et variables selon les individus : ralentissement général, somnolence, fatigue, bouche sèche, sensibilité à la chaleur, troubles de la sexualité, problèmes cardiaques, voire même décès. Néanmoins, le plus souvent, ils apaisent la souffrance, réduisent les symptômes et, dans le cas des troubles psychiques graves, l'arrêt du traitement conduit à la rechute.

C) Guérison ou stabilité des symptômes ?

Marcel Jaeger traduit la position communément admise : « *Aujourd'hui, la notion de guérison est peu présente dans le discours psychiatrique. Les troubles mentaux sont renvoyés à des structures profondes de la personnalité, dont la maîtrise paraît très problématique. La suppression des symptômes d'une souffrance psychique n'est plus donnée comme l'assurance d'une véritable guérison.* »³⁴

Néanmoins, une maladie psychique grave est stabilisée lorsque la personne, à l'issue d'une prise en charge thérapeutique adaptée et souvent accompagnée d'un traitement médicamenteux, parvient à maintenir un équilibre psychique, ne présente pas de danger pour lui-même ou pour autrui, et peut envisager un projet de vie adapté à sa situation.

D'autre part, quels que soient la conception de la maladie mentale ou ses modes de traitement, les personnes concernées par ces troubles peuvent en être affectées dans leur vie quotidienne, relationnelle et professionnelle. En effet, c'est lors de l'observation de ces personnes que l'on note : « *Un dysfonctionnement de la personnalité caractérisé par des perturbations graves, chroniques ou durables du comportement et de l'adaptation sociale. Les troubles psychiques sont plus ou moins intenses, ponctuels ou permanents ou encore plus ou moins précoces. Ils entraînent des itinéraires de vie très différents selon le degré d'autonomie (ou de dépendance) des personnes. Certains malades mènent une existence normale, d'autres vivent de manière plus permanente en institution ou ont un besoin continu d'aides psychosociales.* »³⁵ Les troubles psychiques ont donc un impact sur la place que ces personnes occuperont dans la société.

Aussi, au regard de la particularité des problématiques concernées par un handicap psychique, et la multiplicité des acteurs impliqués dans leur soutien, je souscris aux propos de Joël May (directeur de la DDASS du Rhône en 2009). Il pointe la complexité de ces situations et une diversité des acteurs qui invitent au partenariat : « *Le handicap psychique, mal défini, mal cerné, mal quantifié, est situé entre le sanitaire, le médico-social, le social, le familial. On voit bien qu'à notre logique encore trop verticale, doit se substituer une logique et surtout une organisation plus transversale faite de réseaux, de complémentarité, de mutualisation de moyens, de contractualisations entre acteurs.* »³⁶

Lorsqu'elles vivent en établissement ou avec un accompagnement social en milieu ordinaire, les personnes handicapées psychiques ont aussi besoin d'un soutien

³⁴ JAEGER M. *L'articulation du sanitaire et du social*. Paris : Dunod, 2006. p 12.

³⁵ ZRIBI G., SARFATY J. *Handicapés mentaux et psychiques. Vers de nouveaux droits*. Rennes : Editions de l'Ecole nationale de la santé publique, 2003. p.11.

³⁶, *Prospectives sociales et médico-sociales, Les défis du futur*. tome 1, Montpellier : Édition espace sentein, 2009, p. 97.

psychiatrique. La prééminence de leurs troubles psychiques réclame une incontournable coopération entre les services de soins et les services médico-sociaux. Les caractéristiques de ce partenariat influenceront la qualité de l'aide qui leur est apportée.

2.2 Une indispensable articulation des soins en psychiatrie et de l'accompagnement social.

Les transformations répétées de la psychiatrie et plus particulièrement ses récentes mutations ont posé le problème de l'hébergement des personnes handicapées psychiques

Le service logement du GRIM apporte un type de réponse à cette question et il a développé un mode d'intervention qui s'appuie sur les notions d'accompagnement, de logement et de coopération avec les services de soins en psychiatrie.

La rencontre du sanitaire et du social n'est pas toujours aisée, car leur histoire et leur culture sont différentes. Pour autant, ils doivent aujourd'hui coopérer dans l'intérêt des usagers.

2.2.1 La mutation de la psychiatrie soulève le problème de l'hébergement des malades mentaux.

Les orientations de l'OMS et de l'Union Européenne ont impulsé des politiques hospitalières et sociales françaises qui ont organisé la séparation des champs sanitaire et social, avec la loi hospitalière de 1970 et les lois sur le handicap de 1975.

Cette évolution a conduit à la fermeture de lits d'hospitalisation (1974 : 132 903 lits, 2006 : 56 809 lits)³⁷ et a permis l'ouverture de l'hôpital psychiatrique sur la cité avec la création de service extra-muros (CMP, Hôpital de jour, CATTP, appartements thérapeutiques). Cette situation a transformé les modes de prise en charge du secteur psychiatrique, ainsi que la demande des patients, comme en témoignent des données recueillies sur la base de données de l'IRDES (Eco-santé 2009). À partir des années 1950, on remarquera un accroissement des recours à l'hospitalisation (taux de malades admis pour 100 000 habitants, 1950 : 99 et 1998 : 430), ainsi qu'une baisse de la durée des séjours hospitaliers (1974 : 140 jours et 2006 : 30 jours).

³⁷ IRDES, Base de données Eco-santé France 2009 : www.ecosante.fr/france.htm.

Par ailleurs, il faut souligner en parallèle une forte évolution de la demande, soit une file active du secteur adulte de psychiatrie qui augmente de 62 % entre 1991 et 2003. La file active, soit le nombre de patients ayant consulté au moins une fois dans l'année 2008 est de 1 309 000³⁸.

Une hausse régulière d'environ 5 % de psychiatres supplémentaires par an, a permis de répondre en partie aux besoins de la population. Ainsi, entre 1990 et 2005, la profession a connu une hausse conséquente, passant de 20,3 à 22,4 psychiatres pour 100 000 habitants. En 2005, on recensait 13 400 psychiatres, soit la spécialité qui compte le plus de praticiens (13 % des spécialistes). Il s'agit de la plus haute densité d'Europe, mais les estimations prévoient une baisse du nombre de psychiatres de 8 % d'ici à 2030³⁹, si rien n'est fait.

Cette transformation du secteur psychiatrique consiste à abandonner la fonction asilaire de l'hôpital psychiatrique qui va recentrer son activité sur le soin. Le « fou » n'est plus à enfermer, et la maladie mentale doit être soignée afin de soulager la souffrance psychique et contenir la pathologie pour favoriser l'insertion sociale.

De ce fait, l'hospitalisation à temps complet diminuera au profit d'une prise en charge ambulatoire. Dès lors, les institutions sociales et médico-sociales s'efforceront d'apporter une aide pour soutenir l'insertion et développer l'autonomie des usagers communs qui ne sont plus pris en charge exclusivement par l'hôpital. Il est alors nécessaire d'héberger, de loger ou d'accompagner tous ceux pour qui l'hôpital était aussi un « lieu de vie ». En conséquence, des personnes suivies par des services de soins en psychiatrie vivront dans des structures d'hébergement adaptées ou bien dans un logement en milieu ordinaire.

Pour d'autres patients, « le transfert » ne sera pas possible ou sera plus complexe. Ainsi, on observe une prise en charge par les familles, ou bien certaines personnes se retrouveront dans l'extrême précarité de la rue, voire même en prison qui apporte insuffisamment de soutien thérapeutique.

Cette mutation de la psychiatrie, a eu des répercussions sur le secteur médico-social qui a assuré l'ouverture de nombreux établissements pour adultes⁴⁰, notamment à partir de la loi de 75 : foyer et CAT/ESAT, MAS, FDT/FAM, puis SAVS et SAMSAH. L'évolution du

³⁸ Projet de loi relatif aux droits des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de prise en charge, étude d'impact, mai 2010.

³⁹ CODELFY M., et al. *Cinquante ans de sectorisation en France*, IRDES, n° 145-Août 2009.

⁴⁰ Handicap en chiffre 2005, Paris, CTNERHI, juillet 2005.

nombre de places dans les structures médico-sociales a été considérable⁴¹ (1987 : 78 000 places, 2006 : 118 000 places).

Soulignons par ailleurs que la déficience principale des personnes accueillies dans ces structures est en moyenne de 13 % pour le handicap psychique (2001), soit environ 14 000 personnes. Il s'agit de la population la plus importante après les déficiences intellectuelles qui représente 68 % des personnes hébergées dans ces établissements.

Pour autant, l'ajustement des hôpitaux psychiatriques à une fonction essentiellement centrée sur le soin n'est pas terminé. Il sera nécessaire de créer des établissements médico-sociaux adaptés à chaque type de problématique psychique, tout en favorisant l'accès à un logement ou un hébergement en milieu ordinaire pour toutes les personnes qui le souhaitent et qui en ont la capacité.

2.2.2 Accompagner l'accès vers un logement révèle la difficulté d'habiter.

Le Service d'Accompagnement Renforcé et d'Insertion par le Logement soutient l'insertion dans la cité des personnes accueillies à partir d'un (ré) apprentissage ou d'une (ré) adaptation à la vie dans un logement. Il appuie son mode d'intervention sur le concept d'accompagnement qui est adossé à un objectif d'accès au logement. Aussi, pour tenir compte de cette spécificité, mais aussi pour l'adapter aux caractéristiques des personnes handicapées psychiques, le mode d'accompagnement proposé a intégré la notion complexe d'habitat.

A) L'accompagnement, un changement de paradigme des pratiques sociales.

La notion d'accompagnement apparaît au cours des années 80 dans le champ social pour désigner des actions dans le cadre des soins palliatifs ou de soutien à des populations en difficulté ou en crise (exclusion, logement, chômage). Dans le champ médico-social, cette notion d'accompagnement désignera des services tournés vers l'insertion en milieu ordinaire de personnes handicapées qui ne relèvent plus d'action de prise en charge telles qu'elles étaient pratiquées dans les institutions spécialisées « fermées ». Cette notion sera alors employée pour désigner un mode d'intervention favorisant le développement de leur autonomie dans les champs de l'insertion sociale et professionnelle.

⁴¹ MAINGUENE A., *Les établissements pour adultes handicapés : des capacités d'accueil en hausse. Résultats provisoires de l'enquête ES 2006*, Etudes et résultats - Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, 2008, p. 1-8.

Puis la notion d'accompagnement s'étendra à tous les modes d'action socio-éducative. Henry-Jacques Stiker précise les caractéristiques de l'accompagnement en soulignant qu'il s'agit, « *en intervenant au plus près des personnes, d'accroître leurs capacités, de les aider à acquérir une nouvelle autonomie qui elle-même leur permettra une participation plus grande aux décisions et aux actions communes. Nous jouons avec l'accompagnement, sur l'égalité des chances plus que la réduction des inégalités comme telles, sur la reconnaissance humaine plus que sur la défense d'un statut social, sur l'acquisition de capacités actives davantage que sur la défense de droits stricts.* »⁴² Ainsi, l'accompagnement serait une manière de faire son métier, d'apporter une aide, permettant de passer d'une intervention basée sur l'assistance ou la prise en charge d'une personne limitée dans ces choix de vie, à un sujet accompagné qui exprimera des besoins et pourra faire des choix.

L'accompagnement est une modalité d'intervention qui suit l'évolution des mentalités et qui implique un exercice professionnel construit et négocié avec le bénéficiaire de l'action. Et comme le souligne Henri-Jacques Stiker, « *la relation d'accompagnement résulte d'une forme de coproduction entre un accompagnateur et un accompagné* »⁴³ qui fait appel à une négociation des contenus, des formes, des rythmes et des durées des interventions de chaque professionnel.

La diffusion de la notion d'accompagnement a suivi l'évolution des politiques sociales et des mentalités. Accompagner quelqu'un, c'est lui porter de l'attention et avoir le souci de ses besoins. C'est aussi veiller, avec respect et dignité, à la promotion de la personne.

Cette mutation de la posture des professionnels rejette-t-elle pour autant un engagement qui relevait selon les époques de la compassion, de la charité, de l'assistance ou de la solidarité ? Probablement pas, car accompagner une personne nécessite un dosage gradué de technicité mais aussi de qualités humaines prenant appui sur des valeurs morales et affectives.

Des exigences de positionnement sont requises pour que l'on puisse qualifier sa pratique professionnelle par le terme accompagnement : il s'agira de prendre en compte les besoins des personnes et de négocier les termes de l'intervention.

La loi 2005-102 qui pose le fondement de la compensation, évoque le plus souvent la notion d'aide (humaine, technique), mais dépasse la simple assistance technique aux

⁴² STIKER H.J. *Handicap et accompagnement*. Paris : Dunod, 2009, p. 92.

⁴³ STIKER H.-J. *Opus cité*, p. 66.

personnes pour prendre en compte la particularité des besoins de chacun. Cette loi renforce la loi 2002-2 et pose un cadre favorisant une nouvelle posture professionnelle : il est alors nécessaire de développer des techniques mais dans une relation bienveillante se traduisant par une capacité à l'écoute et au souci de l'autre.

Le Service d'Accompagnement Renforcé et d'Insertion par le Logement, n'a pas une réalité juridique reconnue dans un cadre totalement adapté. Il est inscrit au fichier FINESS dans la catégorie « foyer d'hébergement », mais ses modalités d'intervention relèvent d'une posture éducative de type accompagnement. Les professionnels du service logement mettent en œuvre les compétences techniques et le savoir-faire de leurs métiers. Ils doivent également faire preuve d'un savoir-être s'exprimant dans une posture d'accompagnement permettant d'aller avec l'autre vers un but qui doit être précisé. Mais il convient cependant de considérer les objectifs comme incertains, car les travailleurs sociaux sont soumis aux résistances, aux difficultés relationnelles et à des comportements qu'il est indispensable de prendre en compte.

Le décret n° 2005-223 du 11 mars 2005, relatif aux conditions d'organisation et de fonctionnement des services d'accompagnement à la vie sociale et des services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés, apporte des précisions sur le cadre d'intervention d'un SAVS. Les modalités d'intervention du service logement s'apparentent à celles d'un SAVS. Mais comme le nom du service l'indique, l'accompagnement est « renforcé » par des prestations et une organisation différentes de celles offertes par un SAVS classique : soutien spécifique à la vie quotidienne, animation, ouverture 365 jours par an, et d'autre part des logements qui sont gérés par le service.

B) Le logement : un outil d'insertion qui révèle la réalité psychique de l'occupant.

Le Petit Robert fait remonter l'étymologie du mot logement à *loger* et *loge*, qui en vieux français (*laubja*) signifie abri de feuillage rudimentaire. Le mot logement apparaîtrait en 1690 avec un sens de campement et *loger* (de *logier* : établir son camp). Il est défini aujourd'hui par « *avoir sa demeure (le plus souvent temporaire) en un endroit* ». Cette notion de logement conserve donc une certaine précarité que les politiques sociales ont tenté de réduire.

Les politiques sociales récentes ont garanti un revenu minimum à chacun, ainsi que le droit au logement. L'article 1^{er} de la loi DALO⁴⁴ pose ce droit comme un préalable : « *Le droit à un logement décent et indépendant (...) est garanti par l'état à toute personne qui, résidant sur le territoire français de façon régulière et dans les conditions de permanence*

⁴⁴ Loi 2007-290 du 5 mars 2007 instituant le droit au logement opposable et portant diverses mesures relatives à la cohésion sociale.

définies par décret en Conseil d'État, n'est pas en mesure d'y accéder par ses propres moyens ou de s'y maintenir. »

Cependant, l'accès à un logement reste difficile et de nombreuses personnes sont privées de ce droit fondamental à cause de certaines contraintes (manque de logement, coût des loyers, faibles revenus) ou d'un handicap.

Pourtant, l'accès à un habitat est une préoccupation légitime. Elle répond à un besoin de protection, un désir d'appartenance à un groupe, et au choix d'un territoire de vie. L'habitat a donc une fonction complexe : il permet de répondre à des besoins vitaux (s'abriter, dormir, manger), de différencier les espaces (public, privé et l'intimité), et participe à la constitution de l'identité.

De ce fait, en fonction de son type (foyer, logement), l'habitat est un lieu dont l'accès peut être contrôlé. Il est sécurisé par rapport à un dehors qui peut-être source d'un danger potentiel (réel ou imaginaire) et autorise des espaces d'intimité.

Pour autant, *« il ne suffit pas d'avoir une clef, de pousser une porte et d'avoir un toit sur la tête pour habiter quelque part. Encore faut-il avoir les capacités d'investir psychiquement le logement, ce n'est pas évident pour tous ! »*⁴⁵

En effet, l'habitat est aussi un lieu où chacun se retrouve avec lui-même. L'inscription dans cet espace relève alors du subjectif et d'un rapport singulier au monde qui selon Elian Djaoui, *« s'enracine dans son inconscient et renvoie à son histoire, en particulier à celle de ses premières années de vie : relation mère-enfant, vécus corporels, expériences gratifiantes et traumatismes multiples. »*⁴⁶

La manière de s'approprier un habitat, serait donc fortement déterminée par ces expériences très précoces. En conséquence, les troubles psychiques s'expriment selon un mode de relation aux autres et dans une manière d'habiter plus ou moins perturbée : *« le domicile (...) sert d'espace symptôme pour exprimer les souffrances ou les tensions internes dont l'occupant est la proie, soit de prothèse défensive pour les maîtriser. »*⁴⁷

L'investissement du logement est alors à l'image de la réalité psychique de l'occupant dont la différenciation entre imaginaire et réalité (dedans/dehors) n'est pas toujours bien établie : certains reconstruisent la réalité afin de mieux supporter ce qu'elle leur fait vivre alors que d'autres peuvent entendre des voix ou avoir des hallucinations.

⁴⁵ Santé psychique et logement, un habitat adapté aux besoins de chacun, *millénaire 3, centre ressources prospective du grand Lyon*, 2009. p.77.

⁴⁶ DJAOUI E. *Intervenir au domicile*. Rennes : presses de l'EHESP, 2008. p. 105.

⁴⁷ DJAOUI E. Opus cité, p. 196.

Accéder à un habitat, c'est aussi une manière de devenir membre d'une collectivité. C'est parfois abandonner un mode de vie d'errance, de dépendance familiale ou à l'institution (psychiatrique, foyer) pour s'inscrire dans une nouvelle identité différenciant l'espace social commun et l'espace privé. Pour certains, ce changement de mode de vie est impossible, d'autres en revanche peuvent s'y ancrer au point de ne plus pouvoir le quitter.

Ainsi, Mme. D., qui doit préparer son départ du service, est en grande difficulté pour se projeter sur l'avenir et conduire des démarches, car dit-elle : « mon ami doit venir me chercher en voiture et je vivrai chez lui. Cet ami n'a malheureusement aucune réalité concrète, mais il fait partie de sa « réalité psychique ». Lorsque la question de son avenir est abordée, elle est dans une réponse ritualisée, elle n'est alors plus accessible au dialogue, persuadée de ce qu'elle dit, elle hurle sa colère de ne pas être entendue : « Mais puisque je vous dis qu'il va venir me chercher ! » Malgré les interventions des travailleurs sociaux ou du service de soin, et quelle que soit leur attitude, elle reste enfermée dans ce scénario depuis deux ans, pour dire à sa manière qu'elle ne veut pas quitter le service alors qu'elle en a tout à fait les capacités.

Pour les personnes accueillies au service logement, accéder à un espace privé par un logement fait appel à des compétences mais aussi à une organisation psychique intérieure suffisamment contenant pour leur permettre de se passer de l'étayage quasi permanent apporté par l'hôpital, le foyer ou la famille. Au-delà des compétences requises pour gérer la vie quotidienne, cette organisation psychique facilitera la gestion de la vie quotidienne, des rythmes, du rapport aux autres et à soi-même. En effet, bien qu'elles bénéficient du soutien apporté par le dispositif, elles devront disposer d'une certaine autonomie (matérielle et psychique), du fait des horaires d'ouverture du service et de l'intervention partielle des professionnels.

Nous venons de voir que l'investissement d'un logement ne relève pas seulement de conditions matérielles et à ce titre les personnes handicapées psychiques sont confrontées plus que d'autres, à leur capacité à vivre dans cet espace privé qui impose de vivre avec les autres (voisins, transport, commerces...) et avec soi. Pour certains, cela constitue un défi que le service logement du GRIM va accompagner d'un point de vue matériel, ce qui a une incidence dans la construction d'une nouvelle identité qui n'est plus celle d'un malade hospitalisé : (ré) acquérir les repères d'un espace privatif, apprentissage de la vie quotidienne et utilisation des services proposés par le quartier ou la ville, constitution d'un réseau relationnel.

D'autre part, le soutien dans la capacité à vivre avec soi-même est également un champ d'intervention du service logement. Ses actions de soutien dans la vie quotidienne ou d'animation, la présence d'un lieu de proximité où ils peuvent faire appel, constituent un étayage indispensable. C'est une aide pour vivre avec la solitude, le silence, la permanence et l'immobilité, les rythmes de vie, ou gérer les pensées qui peuvent dans certaines circonstances glisser jusqu'au délire ou aux hallucinations.

Cette fragilité requiert une posture éducative qui favorise l'autonomie et l'insertion, mais qui doit veiller à ne pas abandonner les personnes accueillies. Le pari de l'insertion comporte certes une prise de risque, mais il demande d'assumer ses responsabilités. En effet, s'il est essentiel de prendre en compte le projet de vie et les demandes des personnes que nous accueillons, il est indispensable d'évaluer leur capacité à réaliser ce projet et de leur apporter le soutien dont elles ont besoin.

Mais parfois, il y a des risques à prendre dans un projet d'insertion, il faut alors les mesurer et en évaluer les conséquences. Et lorsque les difficultés arrivent, que la perte de la raison survient à la suite de l'arrêt du traitement ou d'une situation trop anxiogène, l'appel à l'aide, même non formulé, est à entendre.

Dans ces conditions, la collaboration avec les services de soins doit être opérationnelle afin de prendre la mesure des difficultés ou des risques, d'ajuster le positionnement éducatif, d'accompagner vers une consultation avec le psychiatre ou le cas échéant demander une Hospitalisation à la Demande d'un Tiers (HDT).

L'accès à un logement révèle des difficultés qui sont pour certaines de la compétence des services de soins en psychiatrie. Il est donc incontournable de conduire un travail de partenariat entre le secteur médico-social et les services de soins psychiatriques. C'est à cette condition qu'il sera possible d'apporter des réponses coordonnées et adaptées à la diversité et à la variabilité des troubles des personnes handicapées psychiques.

2.2.3 L'intérêt des usagers convoque au rapprochement du sanitaire et du social.

Dans la préface du livre de Marcel Jaeger⁴⁸, *l'articulation du sanitaire et du social*, Jean François Bauduret, directeur adjoint de la CNSA, souligne combien les politiques hospitalières des années 80 et 90 ont contribué à l'évolution de la psychiatrie sans réellement aborder les aspects sociaux, médico-sociaux ou professionnels des patients. Et nous sommes aujourd'hui confrontés à une organisation sanitaire et sociale encore foncièrement clivée.

⁴⁸ JAEGER M. *L'articulation du sanitaire et du social*. Paris : Dunod, 2006.

En effet, ces deux champs dépendent de ministères différents, ils sont encadrés par des lois qui relèvent du code de la santé pour l'un et du code de l'action sociale et familiale pour l'autre.

D'autre part, les formations des professionnels de santé et du social sont clairement différenciées. Enfin, les schémas d'organisation sont également différents (SROS, PRIAC, schéma départemental) et les financements des établissements ont des sources distinctes (État, Conseil général).

La loi Hôpital, Patients, Santé et Territoire, a pour objectif de rapprocher ces deux secteurs, et l'élargissement du champ d'intervention des ARS a intégré le secteur médico-social financé par l'État.

Toutefois, le récent décret du 26 juillet 2010⁴⁹, sur les appels à projet, précise le nouveau dispositif d'autorisation d'ouverture d'établissement. Il maintient une séparation du champ médico-social suivant le type de financement dont relève l'établissement : les commissions seront composées de représentants du Conseil général ou bien de l'État. Le cahier des charges de l'appel d'offre et la sélection des projets est établi par l'autorité ayant compétence à délivrer l'autorisation et à assurer le financement.

La loi 2002-2, par son article 12, prévoit de définir les objectifs de coopération dans le projet de service des établissements médico-sociaux. Ainsi, le projet du service logement prévoit une indispensable articulation avec les services sanitaires et sociaux. Mais ce partenariat sera particulièrement développé avec les services de soins en psychiatrie par la nature même de la population accueillie, qui est obligatoirement suivie par un psychiatre n'appartenant pas à l'établissement.

Cette coopération est incontournable et tend à éviter que les personnes suivies fassent les frais d'une approche réductrice. Elle empêchera que les professionnels s'enferment dans des pratiques oubliant la composante multidimensionnelle du sujet en souffrance psychique.

Cette position s'appuie sur une conception transversale des problèmes psychiques et invite à dépasser le clivage entre le sanitaire et le social. Elle doit cependant être soutenue par une stratégie qui favorisera cette ouverture. Et en définitive, se sont les travailleurs sociaux qui assureront l'articulation avec les services de soins. Ils devront ici aussi, faire preuve d'autonomie et du sens des responsabilités qu'il sera nécessaire de développer par un management approprié.

⁴⁹ Décret 2010-870 du 26 juillet 2010 relatif à la procédure d'appel à projet et d'autorisation mentionnée à l'article L. 313.1 du code de l'action sociale et des familles.

2.3 Le mode de management influence la qualité des prestations.

Le projet associatif du GRIM place la qualité de service et la satisfaction des usagers au sommet des priorités. Elle réclame une incontournable articulation avec les services de soins en psychiatrie. Cependant, il est indispensable de s'assurer que l'organisation, les conditions de travail du personnel et plus globalement la dynamique de l'établissement sont propices à la réalisation de ces objectifs. Ainsi, l'organisation du service et la qualité des interventions des travailleurs sociaux, seront influencées par le mode de management que je mettrai en œuvre.

Ma manière de manager vise le développement de la responsabilité et de l'autonomie des professionnels. Mais la qualité de service ne peut être seulement garantie par de bonnes intentions, elle doit être appréciée par un dispositif d'évaluation.

2.3.1 Développer la responsabilité et l'autonomie.

Mettre en place une organisation de service nécessite une rationalisation des moyens et une identification des fonctions nécessaires à la réalisation des objectifs. Pour Patrick Lefèvre, le management *« est une démarche de rationalisation de l'action organisée, dans les entreprises confrontées à une complexification accrue des contraintes, tant au niveau humain que technique »*⁵⁰.

Néanmoins, cette rationalisation doit prendre en compte des facteurs humains et une mobilisation du personnel qui sont soulignées dans toutes les théories modernes du management. Et d'autre part, comme le rappelle une recommandation de l'ANESM, *« l'interaction des professionnels avec les usagers est fortement corrélative des modes d'encadrement qui leurs sont proposés »*⁵¹

L'équipe du service logement est constituée de professionnels de formations différentes et menant diverses actions. Chacun dans sa fonction contribue à l'accomplissement de la mission du service, qui ne sera complètement réalisée que par l'action de tout le collectif. Cette équipe a été inscrite dès l'ouverture de la structure dans un processus de co-construction de l'organisation qui est au fondement de la réalisation et de la réussite de ce projet d'établissement médico-social. Ce choix d'organisation s'est imposé naturellement, répondant aux attentes des personnels et facilitant leur adhésion à un projet de service

⁵⁰ LEFREVRE P. Approche conceptuelle du management. *Les cahiers de l'actif* N°314-317, p.27

⁵¹ ANESM, la bientraitance : repères pour la mise en œuvre, juillet 2008, p.36.

qu'il fallait rendre opérationnel puisqu'il s'agissait d'une création de service. Dans ce contexte, il aurait été dommageable de se priver de la richesse des parcours de chacun des professionnels, qui étaient par ailleurs demandeurs d'un tel engagement et qui ne souhaitaient pas être de simples exécutants.

D'autre part, il me paraît difficile de demander au personnel d'investir une posture favorisant l'autonomie et la bienveillance des personnes accueillies, sans que leur encadrement ne leur accorde cette même attention. En effet, comme le souligne René Baptiste qui préside l'association GRIM, cette manière de manager doit être encouragée auprès « *des cadres à qui il convient de donner les moyens de se former ou de se perfectionner dans l'art de la participation afin qu'ils ne soient pas centrés sur la gestion des événements mais sur celle de l'avènement de leurs collaborateurs à des prises d'autonomie et de responsabilité.* »⁵²

Ce type de management a été le facteur clé de la mobilisation du personnel, de sa motivation et de son engagement tant dans le travail collectif qu'au niveau de l'accompagnement des personnes handicapées psychiques. Il m'a permis d'inscrire une culture de l'adaptation et d'instituer une démarche d'amélioration permanente de la qualité du service. Ce processus demande un engagement des acteurs qui est d'autant plus opérationnel qu'ils auront été associés à l'élaboration de ce changement. Car comme le précise Michel Crozier, le changement ne se décrète pas, il se partage : « *Le changement ne peut se comprendre que comme un processus de création collective, à travers lequel les membres d'une collectivité donnée apprennent ensemble, c'est-à-dire inventent et fixent de nouvelles façons de jouer le jeu social de la coopération et du conflit, bref une nouvelle praxis sociale et acquièrent les capacités cognitives, relationnelles et organisationnelles correspondantes.* »⁵³

Comme toute organisation, celle du service est perfectible et elle devra intégrer des changements nécessaires à son évolution. Le mode de management que j'ai mis en œuvre dans ce service favorise la responsabilité et l'autonomie des professionnels. Il participe ainsi à créer une culture de l'adaptation et du changement qui soutiendra un processus d'amélioration permanente de la qualité des prestations.

⁵² BAPTISTE R. *Changer le social ?*. Lyon : Chronique Sociale, 2006. p. 110.

⁵³ CROZIER M., FRIEDBERG E. *L'acteur et le système : les contraintes de l'action collective*, Paris : le seuil, 1992, p.35.

2.3.2 Garantir la qualité de service : démarche qualité, certification et évaluation.

Le mode de management est une condition qui favorisera la prise en compte des besoins des usagers et leur bienveillance, mais elle n'est pas suffisante. Il sera indispensable de s'assurer de la qualité du service rendu par des modalités d'évaluation. Dans le secteur médico-social, l'évolution des politiques publiques et les attentes des usagers, incitent à l'évaluation des établissements médico-sociaux et à l'amélioration de l'action sociale dans l'intérêt de ses destinataires.

Plusieurs méthodes existent, elles visent à garantir et à améliorer la qualité de service. Ces différentes méthodes peuvent s'associer. En premier lieu, la démarche qualité qui vise à inscrire une culture d'amélioration continue de la qualité dans une organisation. D'autre part, la certification, qui à partir de différentes normes (NF, AFNOR, ISO, labels divers) permet de garantir la qualité des produits ou des services. Et enfin, l'évaluation prévue par la loi 2002-2. Elle « *est le moyen d'identifier et de porter une appréciation sur des procédures, références et pratiques existant au sein d'un établissement ou service.* »⁵⁴

A) Inscrire une démarche qualité dans l'association demande de lever les résistances.

La démarche qualité est issue du secteur industriel. Ce modèle de fonctionnement des organisations recherche l'amélioration continue de la qualité par une formalisation des pratiques : dire ce que l'on veut faire, faire ce que l'on dit et mesurer les écarts. Il s'agira de rechercher une évolution constante de la qualité par une évaluation des pratiques dont les objectifs d'amélioration seront pour une part définis et mis en œuvre par les acteurs eux-mêmes.

Soutenue par une obligation légale et malgré des résistances, ces méthodes sont parvenues à se frayer un chemin dans un secteur médico-social réfractaire à une démarche perçue comme un contrôle technocratique sous couvert de rationalité économique. En effet, la culture du secteur social est ancrée dans le savoir-être, le savoir-faire et donc dans l'action, plus que dans la pensée. La démarche qualité, faisant appel à une transparence des pratiques à tous les niveaux de l'organisation, peut soulever certaines résistances.

De ce fait, initier un changement de culture, soulignant l'intérêt d'une démarche d'évaluation ou d'amélioration de la qualité, réclame un travail pédagogique. Il doit donner

⁵⁴ *Recommandations de bonnes pratiques professionnelles : mise en œuvre de l'évaluation interne dans les établissements et services*, mars 2008. anesm,

du sens et déterminer une méthodologie qui encouragera un indispensable engagement des acteurs. Car si la « roue DEMING⁵⁵ » est souvent présentée pour expliquer en quoi consiste la démarche qualité, il ne faut pas oublier que pour la faire tourner et que le système d'amélioration permanente de la qualité fonctionne, il lui faut un moteur, et ce moteur, c'est le personnel. En effet, quelle que soit la méthode utilisée, ce qui fait la qualité d'un établissement, ce ne sont pas seulement les outils d'évaluation, ni les référentiels, mais en définitive les professionnels qui auront ou pas le souci d'améliorer ce qu'ils font. Néanmoins, c'est le directeur qui conformément à l'article 73 de la loi 2002-2 « *veille à la réalisation du projet d'établissement ou de service et à son évaluation* ».

Après la parution de la loi de 2002 et afin de préparer l'évaluation des services, l'association GRIM s'est engagée en 2006 dans un projet ambitieux de mise en œuvre d'une démarche qualité avec pour objectif une certification de l'ensemble des services. Ce projet a été présenté au personnel dans le cadre d'une formation/action animée par un intervenant extérieur à l'association. Elle sera pilotée en interne par un chargé de mission. Aussi, afin de mettre en œuvre le projet du service logement dans le cadre de la démarche qualité, il était nécessaire de décrire les processus permettant d'assurer la prise en charge attendue par l'établissement et par les bénéficiaires. Ces processus⁵⁶ sont déclinés en procédures qui sont mises en œuvre par des personnels à qui il convient de préciser les missions attendues dans des fiches de fonction.

Présentée dans l'intérêt des bénéficiaires, pilotée avec intelligence et pédagogie par le chargé de mission et relayée sur les services par des cadres qui s'initient à la méthode, la démarche qualité est devenue opérationnelle. Les résistances ont pu être levées en associant les personnels à la réflexion et en suscitant leur mobilisation. Cette dynamique a abouti à une certification ISO 9001 de l'ensemble des services de l'association en 2009.

B) La certification.

Elle a pour objectif de garantir la conformité des engagements pris par une entreprise ou une organisation vis-à-vis de ses clients. La certification est donc le moyen d'attester, par l'intermédiaire d'un tiers certificateur, de l'aptitude d'un organisme à fournir un service, un produit ou un système, conformes aux exigences des clients et du cadre réglementaire. On peut certifier un système de management, un produit ou un service.

⁵⁵ Principe circulaire d'amélioration de la qualité des prestations : planifier un programme d'action, le mettre en œuvre, mesurer les écarts par rapport aux objectifs et mettre en place un nouveau plan d'action pour les corriger.

⁵⁶ Cf. annexe n° 4 : Processus accompagnement, logigramme.

La norme ISO 9001 fait partie de la série des normes ISO 9000 relatives aux systèmes de gestion de la qualité : elles précisent les exigences organisationnelles garantissant l'existence d'un système de gestion de la qualité. La version en vigueur d'ISO 9001 est la version datée de 2008.

Ainsi, la certification ISO 9001 n'est pas un contrôle de la qualité des produits et services de l'entreprise, mais une garantie que les processus permettant d'obtenir un produit ou un service sont mis en œuvre conformément à des règles préalablement établies. Il s'agit d'un contrôle de la conformité qui ne garantit pas pour autant la qualité des prestations que réalisera une institution auprès de ses bénéficiaires.

Dans le secteur médico-social, la certification n'est pas une obligation réglementaire. La qualité des prestations d'un établissement, sa conformité avec la réglementation, la satisfaction des bénéficiaires et *in fine* le projet de service, seront examinés dans le cadre d'un dispositif d'évaluation.

C) L'évaluation.

L'évaluation est une obligation légale, inscrite dans l'article L.312-8 du CASF. Elle stipule que « *Les établissements et services mentionnés à l'article L. 312-1 procèdent à des évaluations de leurs activités et de la qualité des prestations qu'ils délivrent, au regard notamment de procédures, de références et de recommandations de bonnes pratiques professionnelles validées ou, en cas de carence, élaborées, selon les catégories d'établissements ou de services, par l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Les résultats des évaluations sont communiqués à l'autorité ayant délivré l'autorisation. (...) Les établissements et services font procéder à l'évaluation de leurs activités et de la qualité des prestations qu'ils délivrent par un organisme extérieur (...) Elle doit être effectuée au cours des sept années suivant l'autorisation ou son renouvellement et au moins deux ans avant la date de celui-ci.* »

Un décret de 2007⁵⁷ a précisé le cahier des charges pour l'évaluation des activités et la qualité des prestations. Une évaluation interne permettra de vérifier que l'établissement satisfait à ses obligations en matière d'évaluation. Il s'agit de conduire des évaluations du projet de service, des « bonnes pratiques » et de la satisfaction des usagers, mais aussi de mettre en œuvre une démarche d'amélioration fixant des objectifs de progrès planifiés et évaluable. Cependant, le décret de 2007 précise que « *L'évaluation est distincte du contrôle des normes en vigueur. Elle se distingue également de la certification.* »⁵⁸

⁵⁷ Décret 2007-975 du 15 mai 2007, fixant le contenu du cahier des charges pour l'évaluation des activités et de la qualité des prestations des établissements et services sociaux et médico-sociaux

⁵⁸ Décret 2007-975, article 2, 1-1.

Ainsi, après avoir conduit la mise en place d'une démarche qualité, l'association GRIM a engagé en 2008 une démarche d'évaluation interne des activités et de la qualité des prestations conformément aux recommandations de l'ANESM⁵⁹. Un rapport d'évaluation a été réalisé fin 2008 et ses conclusions ont permis d'intégrer des objectifs de progrès inscrits dans un plan d'amélioration. Ce rapport soulevait la problématique des personnes sortant du dispositif sans accéder à un logement, qui a fait l'objet du travail présenté dans ce mémoire.

Enfin, concernant l'évaluation externe et compte tenu des échéances prévisionnelles, l'association devra procéder au moins à une évaluation interne de ses établissements avant d'organiser leur évaluation externe. En effet, un projet de décret actuellement en préparation prévoit la communication des résultats d'au moins une évaluation interne au plus tard trois ans avant le renouvellement de l'autorisation. Et concernant l'évaluation externe, au plus tard deux ans avant la date de ce renouvellement.

À l'exception des établissements qui ont un caractère expérimental et pour qui une autorisation (renouvelable une fois) est donnée pour 5 ans, la durée des autorisations est de 15 ans. De ce fait, les évaluations internes et externes du service logement devraient être respectivement réalisées avant janvier 2014 et janvier 2015.

Conclusion de la 2^{ème} Partie

La problématique étudiée dans ce mémoire est inscrite dans un système où différents acteurs sont engagés. C'est pourquoi, j'ai souhaité réaliser ce détour théorique afin de souligner que les difficultés d'accès ou de maintien dans le logement, rencontrées par les personnes accueillies ont une origine multifactorielle. Elles sont liées à des singularités individuelles et aux caractéristiques de la maladie mentale, mais elles tiennent aussi aux particularités de l'organisation du service et au réseau de soutien dans lequel les personnes sont inscrites. L'amélioration des réponses apportées par le service logement requiert donc d'intégrer des enjeux liés aux principaux acteurs : les personnes souffrant de maladie mentale, les services de soins en psychiatrie, mais aussi l'organisation du service logement.

Ainsi, l'accompagnement social implique une posture éducative du personnel qui doit être adaptée à la singularité de chaque situation. Mais elle réclame aussi une indispensable connaissance des problématiques mentales et des difficultés que peut révéler l'accès à

⁵⁹ *Recommandation de bonnes pratiques professionnelles, Mise en œuvre de l'évaluation interne dans les établissements et services visés à l'article 312-1 du CASF, mars 2008, anesm.*

un logement. Cette compréhension devra être renforcée par des actions de formation du personnel, notamment dans le cadre de nouveaux recrutements.

D'autre part, la qualité des soins psychiatriques et le respect des prescriptions médicales sont d'une importance capitale et conditionnent la stabilité psychique des personnes accueillies. Le choix d'organisation du service logement, qui ne dispose pas d'un psychiatre dans son personnel, impose une indispensable coopération avec les services de soins. La qualité des soins, mais aussi de l'accompagnement proposé par le service, dépendra de l'efficacité du partenariat entre les services de soins et le service logement. Mais cette collaboration reste parfois difficile et certains services de soins n'y sont pas toujours préparés, malgré un projet de coopération qui a été formalisé par une convention de partenariat.

Enfin, l'organisation du service, le travail de l'équipe et sa capacité à répondre aux besoins des bénéficiaires dépendront de son mode de management qui aura de ce fait une responsabilité sur la qualité des prestations. Ce management doit intégrer des éléments de rationalisation de l'organisation, mais également des facteurs humains qui favoriseront l'implication des salariés ainsi que la bienveillance des usagers.

Le service logement dispose d'une expertise en matière d'accompagnement de cette population. D'autre part, son personnel ainsi que son organisation ont été préparés à réaliser des changements permettant d'améliorer ses modalités d'intervention et en conséquence de mieux répondre aux besoins des personnes qu'il accueille.

3 Conduire l'évolution du dispositif pour améliorer la qualité du parcours d'insertion des personnes accueillies.

Au regard de la contextualisation réalisée précédemment, je présenterai maintenant une analyse de la problématique du service logement qui débouchera sur la présentation d'un plan d'action. Il vise à améliorer le parcours d'insertion des personnes accueillies et à faciliter leur accès à un logement

Je préciserai ensuite comment je vais déployer et évaluer ce projet d'évolution du service qui sera mis en œuvre en deux temps. Il modifiera l'organisation du service et proposera un nouveau mode d'hébergement afin de répondre aux besoins repérés dans l'analyse.

3.1 Analyser la problématique pour adapter les réponses du service aux besoins des usagers.

Quelques données chiffrées indiqueront dans un premier temps les caractéristiques de la population accueillie. Je présenterai et analyserai ensuite les résultats obtenus qui montrent que l'organisation du service ne répond pas totalement aux besoins des personnes les plus fragiles. Puis, un plan d'action sera exposé afin d'améliorer l'offre de service.

3.1.1 Présentation de la population accueillie par le service.

Pour apporter des précisions sur la population qui a fait l'objet de l'étude, je vais présenter les caractéristiques des usagers, la répartition des prises en charges psychiatriques de chaque centre hospitalier ainsi que l'évolution des hospitalisations des personnes accueillies.

A) Situation des personnes suivies dans le courant de l'année 2009.

	Total	Ayant des enfant(s)	Travaillant	Mesure de protection	Suivi par psychiatre	Prise d'un traitement
Effectif	42	10	4	27	42	41

La moyenne d'âge est de 41 ans et l'effectif est constitué de 43 % d'hommes et 57 % de femmes. Les usagers sont tous suivis par un psychiatre ou un service de soin et ils prennent tous (excepté une personne) un traitement à base de psychotropes.

Très peu de personnes travaillent, ce qui souligne une fragilité psychique qui ne leur permet pas de se projeter vers une insertion professionnelle. Le travail est un vecteur d'insertion et favorise même pour certains, le maintien d'un équilibre psychique. Pour d'autres, il est impossible de gérer à la fois les impératifs d'une vie quotidienne et du cadre du soin, avec les exigences d'un projet professionnel. En revanche, certaines personnes, après une phase d'adaptation à leur nouvelle vie dans le logement, s'engagent dans un projet de réadaptation professionnelle avec le Département de Réadaptation Socioprofessionnel (DRSP) de l'hôpital du Vinatier.

Au niveau familial, on voit que 25 % ont des enfants (dont ils n'ont actuellement pas la garde), ce qui témoigne d'un parcours de vie qui n'a pas toujours été à l'image des difficultés qu'ils connaissent aujourd'hui.

La durée moyenne des séjours est en adéquation avec le projet de service qui précise que pour les logements individuels cette durée est de trois ans. En revanche, pour les logements collectifs cette durée n'est pas limitée, mais la durée moyenne du séjour (671 jours) est inférieure à celle des logements individuels (904 jours).

B) Répartition par secteur psychiatrique.

Le lieu d'implantation du service logement est à peu de chose près, à égale distance des trois centres hospitaliers publics de Lyon qui sont aisément accessibles en transport en commun. D'autre part, le projet de service ainsi qu'une convention de partenariat avec les trois centres hospitaliers de Lyon précise que la prise en charge thérapeutique doit être assurée par le service de soins d'origine. De ce fait, malgré leur installation dans un logement relevant du secteur de St Cyr au mont d'Or, les personnes peuvent être suivies par l'un des deux autres hôpitaux.

La répartition par secteur psychiatrique de référence de l'ensemble des personnes qui ont été admises par le service depuis son ouverture en juillet 2002, concerne 109 personnes : elles peuvent bénéficier de consultations sur l'hôpital ou un CMP qui relèvent de l'un des trois secteurs psychiatriques de Lyon. Elles peuvent également être suivies dans le cadre de consultations privées ou par des services spécialisés (neurologie, toxicologie) : elles ont été inscrites dans la catégorie "Autres".

Centre hospitalier de St Cyr	21
Centre hospitalier de St Jean de dieu	33
Centre hospitalier du Vinatier	44
Autres	11
Total	109

Avec une certaine logique, la répartition des prises en charge psychiatriques des personnes accueillies depuis 2002 est centrée sur les deux principaux centres hospitaliers (Vinatier et St Jean de Dieu). En effet, le centre hospitalier de St Cyr au mont d'Or couvre la partie Nord de l'agglomération lyonnaise et du département, et touche une population plus réduite que les deux autres centres hospitaliers. D'autre part, et contrairement aux deux hôpitaux précédents, le centre hospitalier de St Cyr ne disposait pas jusqu'en 2010 de foyer thérapeutique ou de structure assurant la transition entre une hospitalisation sur un pavillon de soin et la sortie de l'hôpital. Ce contexte explique la faiblesse des admissions de personnes suivies par l'hôpital de St Cyr.

C) Les hospitalisations.

Pendant toute la durée de l'accompagnement, les personnes peuvent avoir recours à une hospitalisation lorsqu'elles en ressentent le besoin ou lors d'une période de crise. La plupart des hospitalisations sont volontaires et concernent des séjours en psychiatrie de courte durée qui permettent aux personnes de se ressourcer et de retrouver leur équilibre psychique. Le projet de service a intégré cette dimension et la convention d'habilitation à l'aide sociale précise que le logement peut être maintenu à disposition pendant une durée maximum de trois mois, malgré une hospitalisation.

Pour d'autres, l'hospitalisation intervient dans un moment de crise et souvent la personne n'a plus conscience de ses difficultés : la plupart du temps une HDT est alors nécessaire. Enfin, pour certaines personnes les difficultés sont telles, qu'après l'hospitalisation un retour sur la structure n'est pas possible. Elles restent alors hospitalisées et dans l'attente d'une nouvelle solution d'hébergement.

Le tableau ci-dessous présente l'évolution du nombre de personnes qui ont été concernées par des séjours en hôpital, en clinique psychiatrique ou bien encore dans des maisons de repos.

	Nombre de séjours hospitaliers dans l'année	Nombre de personnes concernées	Nombres de journées d'hospitalisation	Durée moyenne du séjour hospitalier
2004	31	10	565	18 jours
2005	17	9	567	33 jours
2006	17	11	625	37 jours
2007	17	12	501	30 jours
2008	23	12	458	20 jours
2009	36	16	1173	33 jours

Du fait des entrées et sorties du service, la population accueillie change régulièrement. Néanmoins, le nombre de personnes concernées par des hospitalisations reste stable sur les 6 années étudiées et représente environ 30 % de l'effectif du service. L'année 2009 subit une augmentation des hospitalisations en raison de plusieurs situations individuelles exceptionnelles.

La présentation de la situation d'une personne sortie récemment du service illustrera la difficulté d'habiter un logement. On verra ainsi comment la problématique individuelle, associée aux limites du service, peut conduire à une mise en danger pour elle-même ou pour autrui et requiert un retour à la structure d'origine.

Après plusieurs années d'hospitalisation, Mme M., âgée de 44 ans, rêve de sortir de l'hôpital : elle est motivée, sa problématique psychiatrique est stabilisée et son équipe de soins la soutient dans ce projet.

La période d'évaluation sur le service logement souligne sa motivation ainsi que l'investissement des partenaires (notamment le service de soins), mais révèle une fragilité psychique certaine. De ce fait, Mme M et le service de soins s'engagent à procéder à une hospitalisation si cela s'avère nécessaire.

Elle s'installe dans un logement collectif avec un soutien rapproché de l'équipe éducative. Mais très rapidement elle manifeste une autonomie dans la vie quotidienne insuffisante pour vivre dans ce type de logement. Malgré le soutien du personnel éducatif, elle ne parvient pas à effectuer les tâches de la vie quotidienne : difficulté de concentration, d'organisation et une grande tendance à la dispersion. D'autre part, elle met à mal les règles de vie du logement collectif, déstabilisant ainsi les autres colocataires, et elle se met en danger : alcool, errances nocturnes. Elle fait aussi venir sa famille et des connaissances sur le logement.

Elle sera hospitalisée à plusieurs reprises et il sera nécessaire de mettre un terme à son accueil par le service logement afin de la protéger mais aussi pour protéger les autres colocataires.

En ce qui la concerne, le passage de l'hôpital qui est très contenant, à l'autonomie d'un logement en milieu ordinaire de vie, était inadapté ; une étape par une structure intermédiaire de type foyer aurait assuré une meilleure transition entre le monde de l'hôpital et le milieu ordinaire de vie.

La population accueillie répond aux critères d'admission du service : un projet d'accès à un logement, une orientation par la CDAPH, une problématique psychiatrique stabilisée et un service de soin qui poursuivra la prise en charge médicale.

D'autre part, la variabilité de la maladie mentale est une composante intégrée dans l'organisation du service qui autorise des hospitalisations sans remettre en cause le projet d'insertion. Malgré tout, certaines situations dépassent les capacités de prise en charge actuelles du service, et nous allons maintenant en examiner leurs caractéristiques.

3.1.2 Les besoins des personnes les plus fragiles interrogent l'organisation du service.

J'ai réalisé deux études, afin de repérer les freins qui ont empêché certaines personnes d'accéder à un logement du GRIM et d'autre part pour identifier les besoins de tous ceux qui n'ont pas pu se maintenir dans le logement mis à leur disposition.

A) Les personnes qui n'ont pas pu accéder à un logement du GRIM.

Sans entrer dans le détail de la procédure d'admission, il est cependant nécessaire d'en présenter les grandes lignes afin de comprendre les caractéristiques et les étapes de l'accueil au service logement. La phase d'examen des candidatures est réalisée en deux temps. D'une part des actions de communications afin que les candidats potentiels, les familles et les partenaires aient une bonne connaissance du dispositif : plaquettes d'information, site internet de l'association GRIM et surtout réunions d'informations collectives qui se tiennent tous les deux mois sur le lieu d'accueil. D'autre part, une procédure de traitement du dossier de candidature qui intervient après un délai d'attente qui avoisine aujourd'hui les deux ans. L'examen de la candidature conduit presque toujours à l'entrée dans la phase d'évaluation, d'une durée de trois mois.

Cette étape a pour objectif de procéder à une évaluation globale d'une personne, afin de vérifier sa situation administrative et financière, mais aussi pour prendre la mesure des capacités du candidat à gérer une vie autonome dans le cadre du dispositif de soutien proposé par le service logement. Cette approche est également indispensable, compte tenu de l'instabilité des problématiques des personnes accueillies et des délais d'attente. Le service est amené à faire l'évaluation d'une situation plus de deux ans après son inscription sur la liste d'attente, car leur projet où leur équilibre psychique a pu évoluer.

Le projet présenté au moment de l'admission est souvent l'expression légitime d'un désir d'aller vers une vie plus autonome. : sortir d'un CHRS, quitter l'hôpital ou l'hébergement thérapeutique où ils « vivent » pour certains depuis des années, ou encore engager un processus de décohabitation familiale. Durant cette période d'évaluation, il s'agira de transformer cette demande en un projet d'insertion sociale cohérent et réaliste. Ce projet s'affinera lors de l'entrée dans le logement et sera formalisé par l'élaboration du projet d'accompagnement.

Pendant cette période, il sera également nécessaire d'établir un lien de confiance entre le candidat et son référent mais aussi avec l'institution. Cela lui permettra d'accepter les efforts nécessaires au changement de son mode de vie, de prendre confiance en lui et de croire en la capacité de l'institution à lui apporter un mieux être.

Au cours de la période étudiée de 2002 à 2009, 109 personnes ont été admises : 69 % ont pu accéder à un logement du GRIM alors que 23 % ont arrêté leur projet au cours de la période d'évaluation. Ce dernier cas de figure concerne 25 personnes qui, après examen de leur candidature, ont été admises à effectuer la période d'évaluation (3 mois). Mais elles n'ont pas pu dépasser ce stade et accéder à un logement proposé par le service. Une étude⁶⁰ concernant chacune de ces 25 personnes a mis en évidence 4 explications principales à cette situation :

Décohabitation familiale difficile	8
Besoin d'une structure plus étayante	6
Refus du projet et de l'accompagnement	5
Rupture de soins	3
Divers	3
Total	25

La principale source d'échec au cours de cette phase d'évaluation concerne les personnes qui tentent de mettre en œuvre un projet de décohabitation familiale. On trouve ensuite des personnes présentant une trop grande fragilité psychique qui ne leur permet pas de quitter l'hôpital pour s'inscrire dans un dispositif de soutien, comme le service logement du GRIM. Dans ces deux cas de figure, on remarque soit une dépendance relationnelle ou matérielle impossible à abandonner, soit une réelle difficulté à mobiliser des compétences permettant de gérer la vie quotidienne, ou bien encore une impossibilité à se projeter dans un mode de vie qui est perçu comme trop anxiogène.

Enfin, certaines situations relèvent d'un refus ou d'une incapacité à accepter l'aide apportée par le service logement ou par le service de soins.

Le plus souvent, l'arrêt du projet d'insertion émane de la personne elle-même qui indiquera son souhait d'y mettre un terme. La décision est alors prise de manière consensuelle par le bénéficiaire, le service de soins et le service logement, parfois aussi avec la famille. Dans certaines situations de crise, plus rares à ce stade de la prise en

⁶⁰ Cf. annexe n° 5 : Étude de besoins N° 2.

charge, la personne est en incapacité de prendre une décision qui sera alors adoptée par le service logement et le service de soins.

Le délai d'attente peut être un facteur d'inadaptation de la situation lors de l'examen de la candidature : démobilisation concernant le projet d'insertion ou phase de déstabilisation psychique due à la variabilité de la maladie mentale. La réduction du délai d'attente pourrait améliorer cette situation, en commençant la procédure d'évaluation au plus près du dépôt du dossier de candidature. Cependant, compte tenu des demandes arrivant au service logement, la liste d'attente reste stable mais la durée d'attente a tendance à augmenter. Ce délai d'attente pourrait être réduit par la création de places supplémentaires, mais aussi en améliorant la fluidité du parcours : limiter la durée du séjour sur les logements collectifs, accélérer le processus de sortie vers un logement personnel, et trouver des solutions d'hébergement pour celles qui ne pourront pas aller vers l'autonomie dans un logement personnel.

Nous avons vu précédemment que ce sont les projets de décohabitation familiale tout comme les personnes qui auraient besoin d'une structure plus étayante, qui sont majoritairement concernées par l'arrêt du projet. Ces deux cas de figure pouvant d'ailleurs être regroupés, car la difficulté de la décohabitation familiale est souvent ancrée dans le trop grand décalage entre un mode de vie très étayant et l'autonomie nécessaire à la vie dans un logement. Cette transition pourrait être soutenue par un travail de collaboration avec la famille et un accueil dans un hébergement de type foyer.

Néanmoins, si l'amélioration de l'accès à un logement du service doit être recherchée, il faut cependant accepter qu'elle ait des limites et que certaines personnes ne pourront pas faire leur entrée dans le service. En effet, le dispositif d'évaluation constitue un sas permettant aux personnes de prendre la mesure de la réalité de leur projet. D'autre part, il leur permet de vérifier si le service logement est bien la structure qui pourra répondre à leurs besoins. Il s'agit d'un espace où le rêve se rapproche de la réalité. Pour certains, dans ce mouvement de concrétisation de leur projet, un retournement se produit et le passage à une phase de réalisation n'est plus possible.

Il est nécessaire de maintenir cet espace de transition qui autorise un virement de bord et le retour au port d'attache, sans chercher à embarquer tout le monde dans l'aventure de la réinsertion car elle comporte des risques. Et en définitive, ce sont les personnes elles-mêmes qui sont les mieux placées pour prendre la mesure de leur capacité à avancer dans un projet d'insertion sociale. En effet, l'évaluation d'une situation réclame de mettre en tension l'expertise de la personne, des proches ou de la famille et des professionnels.

Mais comme le souligne Jean-Yves Barreyre⁶¹ « *c'est la personne elle-même qui, seule, peut exprimer le rapport qu'elle entretient à l'existence et au monde social ; sans cette prise en compte singulière, il est très difficile de mettre en place une stratégie globale d'intervention.* »

B) Les personnes sorties du dispositif après le passage par un logement du service. L'étude des 48 personnes sorties du dispositif après un passage par un logement du GRIM, montre que 40 % retournent à leur « hébergement » d'origine qui est la plupart du temps l'hôpital psychiatrique ou la famille. L'examen de chaque situation a mis en évidence trois principales difficultés :

- La gestion des soins (acceptation de la maladie, respect des prescriptions médicales),
- La gestion de la vie quotidienne (rythmes de vie, budget),
- Un contexte de vie trop anxiogène (solitude et difficulté à habiter, relation aux autres, envahissement, incapacité à se protéger, réactivation de troubles psychiques).

Cependant, lors de cette étude, il n'a pas été possible de préciser pour chaque situation individuelle, quel était le facteur à l'origine des difficultés empêchant le maintien au service logement. Les trois causes repérées étant presque toujours intriquées, je n'ai donc pas produit d'étude statistique.

En revanche, ce qui est souligné par les travailleurs sociaux ayant assuré le suivi de ces personnes, c'est que certaines situations auraient nécessité un accompagnement éducatif plus soutenu. Il apporterait une aide dans les trois dimensions repérées dans l'analyse des sorties et qui ont provoqué le retour à l'hébergement d'origine : soins, vie quotidienne, et situation anxiogène.

C) Vérification de l'hypothèse retenue.

Une réponse aux besoins repérés pourrait être apportée par un hébergement de type foyer, garantissant une présence éducative permanente en journée. Il convient cependant de vérifier si ce type d'hébergement aurait apporté un soutien plus adapté pour les personnes qui sont retournées à leur hébergement d'origine, mais aussi pour celles qui n'ont pas pu accéder à un logement du service.

Cette étude a été réalisée sur un échantillon de 54 personnes : 25 personnes sorties du service dans la phase d'évaluation et 29 personnes qui n'ont pas pu rester dans le logement proposé par le GRIM. Une préconisation d'orientation croisée a été effectuée :

⁶¹ BARREURE J.-Y ; Évaluer les situations de handicap psychique, Bulletin d'information du CREA Bourgogne, N°297, novembre 2009, p.9

les travailleurs sociaux du service logement qui ont accompagné ces personnes ont été interrogés ainsi que les services de soins assurant la prise en charge psychiatrique des personnes sorties. Il leur a été demandé si la personne dont elles assuraient alors le suivi aurait pu bénéficier d'un hébergement de type foyer. Les résultats de l'enquête⁶² sont les suivants :

Les personnes sorties du service :	Réponses du service logement		Réponses des services de soins	
	Nombre	Pourcentage	Nombre	Pourcentage
Relève du foyer	25	46 %	21	39 %
Ne relève pas du foyer	9	17 %	6	11 %
Ne se prononce pas	20	37 %	27	50 %
Total	54		54	

Les réponses apportées par le service logement (46 %) et celles des services de soins (39 %) sont relativement proches en ce qui concerne les personnes qui pourraient relever de ce foyer. Ainsi, l'hypothèse retenue est qu'une moyenne de 43 % des personnes sorties du service auraient pu bénéficier favorablement de la prise en charge spécifique de ce nouveau mode d'hébergement : soit 23 personnes sur les 54 sorties étudiées.

Il aurait été intéressant d'interroger les bénéficiaires eux-mêmes afin de savoir s'ils auraient souhaité vivre dans ce type de foyer d'hébergement lorsqu'ils étaient au service logement. Cependant, cette option n'a pas été retenue, car elle risquait de perturber les personnes qui seraient engagées dans d'autres projets.

En revanche, le point de vue des usagers du service a été recueilli. Un groupe de bénéficiaires du service logement a été interrogé afin de mesurer leur intérêt pour une telle structure. Il s'agit de personnes vivant dans les logements collectifs (4 logements collectifs de 3 ou 4 personnes). Sur les douze personnes interrogées, trois personnes ont précisé qu'elles auraient souhaité arriver au GRIM par une structure de ce type.

Ces résultats ont confirmé l'utilité de compléter le dispositif avec ce nouveau mode d'hébergement. Le service logement pourra ainsi apporter une réponse plus fine et plus souple aux besoins des personnes handicapées psychiques.

⁶² Annexe n° 5 : Étude de besoins N° 3 et 4.

3.1.3 Présentation d'un plan d'action qui se déclinera en deux temps.

Afin d'apporter des solutions aux besoins repérés précédemment, j'ai élaboré un projet d'adaptation se déclinant en deux temps. En premier lieu, il s'agira de conduire des actions à court terme concernant l'organisation du service afin de répondre rapidement aux besoins repérés. Et dans un deuxième temps, avec une projection à moyen terme, je concevrai un nouveau mode d'hébergement en complément du dispositif existant.

A) Les actions à court terme : réorganiser le service.

Elles visent à améliorer les réponses que le service apporte aux difficultés rencontrées par les bénéficiaires dans le cadre de l'accès ou du maintien dans un logement du GRIM. Ces opérations seront à réaliser d'ici fin 2010 :

- Améliorer le partenariat avec les services de psychiatrie : la convention de partenariat entre les trois centres hospitaliers et le GRIM devra évoluer vers une amélioration de cette collaboration,
- Renforcer les interventions éducatives concernant la vie quotidienne,
- Créer et modifier certaines fonctions du personnel pour améliorer la qualité et la continuité de l'accompagnement,
- Actualiser le projet de service pour le mettre en conformité avec les évolutions de ses modes d'intervention et de son organisation.

B) Les actions à moyen terme : un projet de foyer en réponse à un besoin d'étayage éducatif plus soutenu.

L'analyse des différents types de sorties m'a conduit à imaginer un mode d'hébergement apportant un soutien plus important dans cette période particulièrement sensible que constitue le moment du changement de lieu de vie. Cette hypothèse d'une prise en charge plus étayante à intégrer dans le dispositif actuel pourrait être réalisée à partir d'un petit foyer de 8 personnes où chacun disposerait d'une chambre avec cabinet de toilette et utiliserait des espaces collectifs (cuisine, séjour, buanderie). Une présence éducative journalière serait assurée du lundi au vendredi par deux AMP, mais il n'y aurait pas de veille de nuit. Situé à proximité du lieu d'accueil, ce foyer prendrait appui sur les prestations déjà proposées sur le dispositif actuel : animation, permanence de week-end et jours fériés.

Cette présence éducative quotidienne apporterait une réponse aux trois causes essentielles de sortie du service logement : la gestion des soins psychiatriques (rappel des consultations, suivi du traitement), la gestion de la vie quotidienne, un environnement trop anxiogène.

Cette évolution du dispositif n'est pas une volonté de répondre à tous les besoins des personnes handicapées psychiques. Il s'agit de prendre en compte un besoin repéré, mais aussi d'éviter les changements de lieu de vie constituant un bouleversement insupportable pour certaines personnes. En effet, une étude du CREAL de 2007 souligne les risques d'un changement d'établissement : « *Le passage d'un établissement à un autre est un moment critique dans le parcours de la personne handicapée psychique. (...) Nous pensons que certaines ruptures comportent de vrais risques de décompensation, mais qu'elles peuvent aussi contenir les germes de vraies maltraitances.* »⁶³

Je vais maintenant exposer comment seront développés ces deux axes du plan d'action et détailler ses différentes mesures.

3.2 Modifier l'organisation de service pour améliorer la prise en charge.

Cette phase du plan d'action a été préparée dans le courant de l'année 2010 et sera finalisée en fin d'année. Elle est constituée de quatre points : le partenariat avec les services de soins, les modalités d'interventions du personnel éducatif, la gestion du personnel et enfin l'actualisation du projet de service.

3.2.1 Renforcer le partenariat avec les services de soin.

Il s'agit d'un aspect fondamental de cette première phase d'évolution du service. Une nouvelle convention sera élaborée et apportera des modalités de partenariat plus opérationnelles. D'autre part, des actions de communication et de formation seront à développer.

A) La convention de partenariat avec les trois centres hospitaliers psychiatriques.

Le conventionnement de ce partenariat constituait un engagement inscrit dans le projet de service. Cette position est le fruit d'une volonté politique du Conseil général, des hôpitaux et de l'association GRIM de développer un partenariat entre le secteur sanitaire et le secteur médico-social.

⁶³ *Handicap psychique : de la reconnaissance aux réponses de terrain*, CREAL Rhône Alpes, dossier N° 139, 2007, p. 15.

Ainsi, après avoir assuré l'ouverture du service en 2002 et mis en place une organisation permettant au service de fonctionner, j'ai pu formaliser le partenariat avec les hôpitaux psychiatriques de Lyon. L'option retenue a été une convention de partenariat, commune entre l'association GRIM et les trois centres hospitaliers assurant les missions de service public de psychiatrie de secteur dans le département du Rhône : elle a pu être signée en décembre 2005 pour une durée de trois ans.

Bien entendu, ce document indiquait une volonté de partenariat entre les parties mais il constituait essentiellement un cadre permettant de faire tiers dans les situations difficiles. En effet, Marcel Jaeger rappelle « *l'importance pour chacun de prévenir les prétentions de toute puissance, mais aussi d'éviter les glissements non maîtrisés d'un secteur vers l'autre, de maintenir un équilibre délicat entre projets de vie et les projets de soins (...), le recours à une formalisation des liens par des conventions a un intérêt majeur : permettre qu'un écrit, même sur des objectifs modestes, fasse tiers.* »⁶⁴

Ainsi, cette convention a permis de poser un cadre permettant d'apaiser les tensions apparaissant dans les relations entre services lors d'une confrontation à des situations difficiles. Certains bénéficiaires convoquaient à des prises de position qui, sans le cadrage de la convention, pouvaient être perçues comme une ingérence dans le champ d'intervention de chacun.

Pour autant, cette convention n'a pas réglé toutes les difficultés entre les deux secteurs : une évaluation a été réalisée en 2009 et a permis d'avancer vers un document plus opérationnel. J'ai conduit cette démarche dans le courant de l'année 2009 à partir de groupes de travail associant des représentants des trois hôpitaux et d'un questionnaire d'évaluation destiné aux services de soins et aux référents sociaux du service logement.

L'analyse des réponses souligne une connaissance de la convention par les personnels des services de soins, mais les obligations réciproques avec le service logement sont néanmoins peu connues. Pour autant, l'indice de satisfaction concernant le traitement des candidatures et la collaboration entre services est positif.

En revanche, l'étude des questionnaires des personnels du service logement pointe une satisfaction globale du partenariat avec les services de soins qui varie cependant fortement en fonction du service concerné. Mais elle met en évidence des difficultés dans la communication des informations concernant les personnes. J'ai alors pu modifier la convention au regard de cette évaluation, et l'équipe du service logement a été associée à l'élaboration d'un nouveau document. Il a nécessité des ajustements pour arriver à une

⁶⁴ *Handicap psychique : de la reconnaissance aux réponses de terrain*, CREAL Rhône Alpes, dossier N° 139, 2007, p. 93.

version convenant à l'ensemble des partenaires et à une signature au printemps 2010. Son évaluation est prévue en 2013.

Cette deuxième convention n'est pas radicalement différente de la précédente sur le fond, mais elle précise les champs d'action du sanitaire et du social : « *Les services sanitaires établissent des diagnostics et des programmes de soins adéquats aux pathologies rencontrées afin de soulager les patients et de les aider à formuler et à réinvestir leur projet de vie. Les services sociaux accompagnent et apportent un soutien aux personnes souffrant de troubles psychiques afin de répondre à leurs besoins et d'assurer leur insertion sociale.* »⁶⁵

D'autre part, elle souligne que les services répondent aux besoins des personnes avec un objectif commun qui est de faciliter l'accès à un logement de droit commun et de favoriser l'acceptation des personnes souffrant de troubles mentaux par la société. Mais l'objectif que je poursuivais, était d'avancer vers une collaboration qui impliquerait directement les services de soins. Ainsi cette convention deviendrait plus opérationnelle. Pour ce faire, une contractualisation du partenariat sera formalisée par un document engageant la personne, le service de soin assurant la prise en charge médicale et le service logement (le contrat d'accompagnement et de soins).

B) Des actions coordonnées respectant les pratiques de chacun des deux champs : le Contrat d'Accompagnement et de Soins.

La convention de partenariat rappelle dans son article 2 que « *des personnes autrefois prises en charge uniquement par le champ sanitaire peuvent relever aujourd'hui du champ social ou médico-social. La mise en présence des acteurs de ces deux champs est une opportunité permettant de répondre ensemble mais de manière spécifique aux besoins des personnes concernées.* » Elle invite à une collaboration efficace qui doit prendre appui sur une connaissance mutuelle des prestations délivrées par chacun des services et sur le respect de leurs rôles respectifs.

Le *contrat d'accompagnement et de soins* permettra d'identifier les services concernés par la prise en charge de chaque personne et inscrira le bénéficiaire au centre d'un processus d'accompagnement coordonné. Il garantira une prise en compte du projet de vie du bénéficiaire ainsi que de ses capacités. Pour cela, le service de soins et le service logement s'engagent à s'informer des difficultés repérées dans le cadre de leur prise en charge respective afin d'assurer une vigilance commune.

⁶⁵ Cf. annexe n° 6 : convention de partenariat, article 3.

Enfin, les modalités pratiques de l'hospitalisation (entrée, permission, sortie) sont précisées. Ce dernier point ayant pour objectif d'éviter par exemple que des personnes hospitalisées sous HDT par le service logement ne bénéficient d'une levée de l'hospitalisation ou d'une sortie sans même en avoir été informés. La personne regagne alors son logement sans avoir d'argent pour se nourrir ou réintégrer un logement collectif sans que les colocataires n'aient été préparés à ce retour.

Ce contrat d'accompagnement et de soins devrait assurer une meilleure compréhension des attentes de chacun des partenaires et en définitive, la qualité de vie du bénéficiaire devrait s'en trouver améliorée. Il sera mis en place pour les nouvelles admissions et ne concerne pas les personnes qui sont déjà accueillies dans l'établissement.

Néanmoins, des interrogations subsistent sur l'accueil de ce document par certains services de soins. Aussi, pour faciliter son adoption, cette nouvelle convention fera l'objet d'une présentation aux assistantes de service social des centres hospitaliers. Mais l'avenir dira comment elle va être reçue par les personnels des services de soin qui seront invités à signer ces contrats d'accompagnement et de soins lors des prochaines admissions.

C) Partenariat, communication et formation.

Dans toute organisation, il existe un risque d'enfermement dans une représentation idéalisée de son groupe d'appartenance (l'équipe ou le service) et d'intolérance à l'égard des autres structures : « *Tout groupe est ainsi tenté de désigner comme des adversaires les membres extérieurs.* »⁶⁶ Philippe Bernoux rappelle combien il est important de favoriser le lien social. Ainsi, il n'y a pas meilleur antidote au développement des représentations négatives des autres que la rencontre ou le travail en commun.

Cette dynamique, initiée par l'association GRIM à différents niveaux, doit être poursuivie. Ainsi, l'association adhère et participe à un certain nombre de réseaux structurés dont le principal sur le Rhône est « la coordination 69 »⁶⁷. Son objectif est de faire travailler en réseau les acteurs du soin, de la réadaptation et de l'insertion intervenant auprès de personnes souffrant de maladie ou de handicap psychique.

D'autre part, le rapprochement du service logement avec le secteur psychiatrique sera facilité par un engagement dans les instances ouvertes par la législation du sanitaire (CLSM et MDU), mais aussi en menant des actions conjointes de communication (SISM). Enfin, le personnel du GRIM sera formé aux caractéristiques du handicap psychique grâce à des interventions réalisées par des psychiatres des différentes structures de

⁶⁶ BERNOUX P. *La sociologie des organisations*, Paris : Seuil, 1985, p. 178.

⁶⁷ www.coordination69.asso.fr

soins. Ces actions produiront une connaissance réciproque qui devrait faciliter le travail des référents sociaux.

3.2.2 Modifier les pratiques du personnel éducatif.

La prise en compte des difficultés des personnes qui n'ont pas pu accéder à un logement du service ou qui n'ont pas pu s'y maintenir, m'a conduit à faire évoluer les modes d'intervention du personnel et l'organisation du service.

A) Améliorer l'évaluation des besoins et l'élaboration du projet d'accompagnement.

Lorsque les personnes arrivent au service logement, elles n'accèdent pas directement à un logement. Elles entrent dans une phase permettant au service d'évaluer leur situation dans le cadre d'une procédure validée dans le cadre de la démarche qualité de l'association. Cette procédure précise que *« l'objectif sera d'évaluer (anticiper) les compétences ou les difficultés que pourra rencontrer le candidat dans la gestion de sa vie en appartement : vie quotidienne, transports, gestion des soins, de la solitude, aspects administratifs et financiers. »*

Jusqu'à présent, le bilan de cette évaluation était présenté par le référent social ayant assuré cette évaluation dans le cadre d'une réunion de service. Mais il était le seul à apporter un regard sur la situation et à rendre compte du bilan réalisé avec le service de soin. Et, bien que l'évaluation porte sur des éléments concrets, la subjectivité du référent social pouvait l'emporter. D'autre part, le bilan de la participation à l'atelier cuisine, qui constitue un espace de mise en situation, n'était pas réellement formalisé.

Afin d'améliorer ce travail, un dossier d'évaluation sera constitué, et les trois travailleurs sociaux intervenants maintenant dans ce processus établiront un compte-rendu. Puis une synthèse du dossier d'évaluation sera présentée par l'assistante sociale dans le cadre d'une réunion de service.

Après cette phase d'évaluation, le bénéficiaire accède à un logement. Dans les trois mois qui suivent, un projet d'accompagnement est rédigé et présente les objectifs poursuivis par le bénéficiaire ainsi que les modes d'intervention des travailleurs sociaux. Ce document est renseigné par le référent social et bien entendu, le bénéficiaire est associé. Cependant, malgré toute l'attention que le référent apporte à ce travail, la parole de l'usager est soumise au filtre du travailleur social qui prépare le projet. Il s'agira de réduire le poids de la subjectivité du référent, qui apparaît parfois en fonction de ses intérêts pour certaines actions. Pour ce faire, le projet devra être complété d'une grille permettant au bénéficiaire de préciser dans quels domaines il pense avoir besoin d'un soutien. Ce

document viendra ainsi améliorer l'accompagnement d'une situation où la parole de chacun des acteurs sera prise en compte et les interventions ajustées aux besoins.

B) Renforcer le travail d'équipe.

L'abandon d'une fonction de référent unique assumant « toutes » les missions inhérentes à l'accompagnement des bénéficiaires, a été adopté deux ans auparavant. Cette étape de la vie institutionnelle ne s'est pas réalisée sans opposition du fait que les référents sociaux avaient de grandes difficultés à abandonner une place de référent exclusif. Issue de la phase d'ouverture du service, cette organisation était alors considérée par l'équipe éducative comme la seule possible. Ce modèle d'organisation basé sur un référent unique, s'il permettait l'engagement des personnels, était source de crispation entre les travailleurs sociaux de l'équipe, voire d'intolérance à l'égard des points de vue différents. Ces pratiques contenaient un risque d'enfermement dans une relation duelle qui pourrait devenir une source de maltraitance des bénéficiaires et produire un risque psychosocial pour le personnel.

Ma responsabilité, à l'égard des bénéficiaires mais aussi du personnel, imposait de changer l'organisation malgré les résistances. La fonction de référent unique a été abandonnée, au plus grand bien de l'institution, des bénéficiaires et finalement du personnel. Mais aujourd'hui, une nouvelle phase de changement doit s'engager afin de réaliser un réel travail d'équipe et de renforcer le soutien dans la vie quotidienne des usagers.

C) Développer des actions de soutien dans la vie quotidienne.

L'analyse des situations des personnes n'ayant pu rester dans un logement a montré que la gestion de la vie quotidienne pouvait être une difficulté difficilement surmontable. Et bien que les référents sociaux soient chargés d'apporter un soutien dans ce domaine, la fonction élargie qu'ils remplissent ne leur permet pas de réaliser l'ensemble des actions que demandent certaines situations. En effet, ils interviennent du lundi au vendredi sur leur fonction d'accompagnement sur un planning de quatre jours et par roulement sur des permanences de week-end et jours fériés.

Leur fonction doit être ajustée sur une mission d'accompagnement social centrée sur des interventions réalisées sur cinq jours, du lundi au vendredi, garantissant ainsi une meilleure continuité de la prise en charge. Ils n'assureront plus de permanences de week-end, ce qui dégagera du temps qui sera consacré à des actions de soutien dans la vie quotidienne.

D'autre part, un demi-poste d'AMP sera créé, il interviendra de manière spécifique sur des actions concernant la vie quotidienne dans le logement. Il apportera à la fois un soutien supplémentaire dans son champ d'action et d'autre part renforcera la présence éducative auprès des personnes qui en ont besoin.

Enfin, le recrutement d'un agent d'entretien à 0.75 ETP viendra soulager les référents sociaux de toutes les tâches de petits bricolages et, de la même manière que les interventions de l'AMP, il apportera une présence au domicile des bénéficiaires de nature à éviter le repli et la perte de contact avec la réalité.

D) Renforcer la coordination dans le cadre des réunions.

Cependant, l'amélioration de l'accompagnement par ces nouvelles fonctions nécessitera une planification et une coordination des actions. De plus, il sera indispensable de penser les temps de synthèse de manière pluri professionnelle : chacun des personnels apportant sa part à la présentation et à la compréhension d'une situation.

Il existe cinq types de réunions permettant de communiquer, de traiter les différents points nécessaires au bon fonctionnement de l'organisation et d'assurer une cohésion d'équipe :

- Réunion d'équipe (1 heure par semaine) : le personnel éducatif traite ici les différents problèmes d'organisation et communique des informations nécessaires à l'intervention de chacun,
- Réunion de service (2.5 heures par semaine) que j'encadre et qui est réalisée en deux temps. En premier lieu le personnel éducatif aborde les sujets relatifs aux personnes accueillies. Dans un second temps, l'ensemble du personnel est réuni. C'est ici que sont traités les points concernant l'organisation générale du service et que sont réalisées les synthèses annuelles de chaque usager.
- L'Analyse de la Pratique Éducative est réalisée par un intervenant extérieur, à raison d'une fois tous les 15 jours (1h75 heure) : lieu d'analyse d'une situation ou d'une relation difficile, elle favorise la réflexion sur les attitudes adoptées, la recherche de sens et constitue un espace renforçant la compétence collective et améliorant les relations entre les professionnels. C'est un espace d'expression indispensable, permettant au personnel de se ressourcer face aux difficultés rencontrées auprès d'une population dont la pathologie peut être difficile à vivre ou à entendre,
- Les groupes projets sont activés en fonction des besoins. Ils peuvent concerner l'ensemble du personnel ou seulement un petit groupe. La plupart du temps, ils sont pilotés et animés par un travailleur social qui a la responsabilité d'élaborer une problématique ou de réaliser un nouveau processus d'intervention, et d'en rendre compte au collectif.
- Des réunions trimestrielles impliquent la directrice générale : elles poursuivent un objectif d'information concernant les évolutions associatives.

Mais compte tenu de la nouvelle organisation, il sera nécessaire de renforcer le temps de coordination. C'est dans le cadre des réunions hebdomadaires de service regroupant

l'ensemble du personnel que sont réalisées les synthèses annuelles permettant d'ajuster et de valider le projet d'accompagnement des bénéficiaires. Ainsi, à partir de septembre 2010, les dates des synthèses seront planifiées et affichées de telle sorte que chacun ait le temps de préparer un compte-rendu du travail réalisé auprès de chaque usager :

- Bilan financier concernant le règlement des loyers et état des lieux annuels du logement, présenté par la secrétaire qui a en charge cette fonction,
- Bilan administratif (notification CDAPH, aide sociale, CAF, état des hospitalisations ordonnances...) présenté par l'assistante sociale,
- Bilan de la participation aux activités d'animation et à l'atelier cuisine, exposé par les deux animatrices,
- Présentation par le référent social du projet de l'usager, du bilan de l'accompagnement social et du bilan du service de soins.

Cet espace devra favoriser la rencontre, la reconnaissance de l'autre, l'écoute et l'expression des points de vue de chacun. Il s'agira alors de produire un plan d'action visant la promotion de l'usager et le respect de son projet de vie. Mais également de prendre des décisions et d'articuler les interventions des différents professionnels qu'il conviendra à chacun de mettre en œuvre.

L'intérêt d'une réflexion pluri professionnelle des événements ainsi qu'une élaboration collective des axes et des modes d'intervention favorise également la solidarité professionnelle qui s'exprimera par un soutien de l'ensemble de l'équipe dans les situations difficiles. Le travail du référent social en est facilité, et la charge affective et émotionnelle est diminuée, ce qui tend à réduire le stress provoqué par l'accompagnement des situations les plus difficiles. Ce nouveau modèle d'intervention constitue aussi une protection contre le risque de maltraitance et permet au final une meilleure qualité de la prise en charge.

3.2.3 Une gestion des ressources humaines au service du projet d'adaptation.

La mise en œuvre de la première phase du projet nécessite de conduire des modifications dans les fonctions du personnel et dans l'organisation du service. Il est indispensable d'informer l'ensemble de l'équipe et les personnels concernés, sur la nature de ces changements, mais également d'apporter une information aux Instances Représentatives du Personnel et de diffuser à l'ensemble des services du GRIM, les annonces concernant les recrutements des nouveaux personnels.

Au niveau du service logement, je prendrais en compte les perspectives professionnelles que chacun des personnels a exposées dans le cadre des entretiens individuels. Il s'agira

aussi de réajuster les fiches de fonction des personnels et enfin, d'assurer le recrutement ainsi que la formation des nouveaux personnels.

A) Une réaffectation des moyens en personnel.

Une première phase de l'adaptation du service sera conduite à moyen constant dans le cadre d'un redéploiement du budget pour créer et financer les nouvelles fonctions qui sont présentées dans le tableau d'évolution des effectifs ci-dessous.

Fonction	Situation avant réorganisation			Situation après réorganisation		
	Qualification	ETP	Coût annuel total*	Qualification	ETP	Coût annuel total*
Référent social	ES	4	28020	ES	3.75	26604
Animatrice	ES	1	7380	ES	0.75	3906
Atelier cuisine	AMP	0.50	2592	BTS ESF	0.75	3699
Vie quotidienne logts collectifs	AMP	0.50	2592	AMP	0.50	2592
Vie quotidienne Logts individuels		0	–	AMP	0.50	2592
Agent d'entretien		0	–	–	0.75	3627
Total		6	40584		7	43020

*Les coûts annuels ont été calculés en points, à partir des grilles indiciaires de la CCN 66.

Le surcoût annuel d'environ 2500 points de cette réorganisation sera compensé par une bonification sur le recrutement en Contrat Unique d'Insertion de l'agent d'entretien. Et d'autre part le ratio d'encadrement du personnel intervenant directement auprès du public est en augmentation et passe de 0.15 à 0.18.

Le pôle animation a été maintenu à 1.5 ETP, mais avec une distribution différente entre l'animatrice du service et l'animatrice de l'atelier cuisine qui devront être recrutées.

Les économies réalisées sur ces nouveaux recrutements ainsi que la demande de temps partiel d'un référent social, permettront de financer le poste de l'agent d'entretien ainsi que le ½ temps d'AMP.

La réduction de 0.25 du temps affecté à la fonction de référent social n'a pas d'incidence sur le temps consacré à ce travail du fait que ces personnels n'assureront plus de permanence de week-end, ce qui représentait 8 heures par semaine. De plus leur

fonction sera renforcée par l'intervention de l'agent d'entretien (0.75 ETP) et de l'AMP (0.50 ETP) qui interviendra en soutien de la vie quotidienne auprès des personnes occupant un logement individuel.

Cette réorganisation théorique pourrait se mettre en place dès que le projet personnel et professionnel d'un référent social se réalisera. Il se trouve que dans le cadre des entretiens individuels réalisés en 2008, l'un des référents sociaux m'avait informé de son projet de déménagement et donc à terme de quitter le service logement lorsqu'il aurait trouvé un travail à proximité de son nouveau domicile. Sa démission a donné le feu vert à cette réorganisation conduite en mai et juin 2010. J'ai pu alors répondre favorablement au souhait de l'animatrice de prendre une fonction de référent social, et aussi à une demande de temps partiel d'une éducatrice qui prépare sa fin de carrière. Dès lors, les nouveaux personnels (animatrices et agent d'entretien) ont pu être recrutés.

L'ensemble de ces mesures seront totalement mises en place à compter de septembre 2010.

B) Recrutement et formation : un axe de vigilance.

La mise en œuvre de cette première phase d'adaptation du service logement ne requiert pas de recrutement de personnel important. Cependant, je tiens à souligner cette phase essentielle que constitue le recrutement, car il a des incidences dans l'organisation et la vie de l'institution. Il permet de vérifier les qualités humaines et les potentiels techniques. Ainsi, la personne embauchée doit être en capacité de tenir le poste qui lui a été confié mais de plus, elle devra s'inscrire dans un groupe, dans une culture, tout en l'enrichissant de sa différence.

Une procédure de recrutement ne peut s'engager qu'après avoir déterminé les besoins de la fonction recherchée. La fiche de poste est à ce titre un outil incontournable, et elle sera également utile dans les autres phases du recrutement pour rédiger une annonce, présenter le poste aux candidats et indiquer précisément ce qui est attendu du personnel embauché. Elle servira ensuite de point d'appui pour réaliser les entretiens de période d'essai puis les entretiens annuels de progrès.

L'accueil dans le service est une étape importante, je consacre donc du temps pour présenter à nouveau le projet, l'organisation et ce qui est attendu du salarié. L'ensemble du personnel y est également attentif et facilite l'intégration dans l'équipe.

La période d'essai se termine systématiquement par un entretien individuel qui permet le cas échéant de préciser des objectifs de progrès. Le personnel engagera alors une phase d'intégration qui l'amènera à prendre contact avec les autres services de l'association. Il devra également participer aux formations sur le handicap psychique, que le comité de direction a mis en place, afin d'apporter à l'ensemble du personnel de l'association une

meilleure compréhension des problématiques de cette population. En effet, nous avons vu combien la connaissance de la culture du secteur sanitaire ainsi que des caractéristiques des maladies mentales étaient importantes et permettaient d'ajuster une posture éducative auprès des usagers mais aussi des partenaires. De ce fait, la formation des nouveaux personnels est indispensable, car il est peu probable qu'ils aient une expérience de cette population ou de la collaboration avec des services de soins en psychiatrie. Une formation interne pour l'ensemble du personnel a été réalisée en 2010, elle devrait se poursuivre sous forme de petits groupes accueillant tous les nouveaux personnels.

Par ailleurs, c'est par la confrontation aux réalités du poste ainsi que par le soutien apporté par l'équipe et les différentes instances de régulation (réunions d'équipe, de service, APE), que les personnels recrutés seront à même de développer leurs compétences et de s'inscrire dans un fonctionnement qui a maintenant renforcé la notion de travail d'équipe.

3.2.4 Rénover le projet de service.

Un travail d'actualisation des projets des différents services du GRIM a été initié en 2009 dans le cadre d'une conférence de Jean-René Loubat destinée à l'ensemble du personnel du GRIM.

D'autre part, une recommandation de l'ANESM⁶⁸ publiée en juin 2010, propose une méthodologie d'élaboration du projet d'établissement qui devra être prise en compte pour finaliser le travail engagé par l'association.

Ce travail devra mettre le projet de service en conformité avec l'évolution de l'organisation et les effectifs actuels. Mais il devra aussi intégrer des objectifs pour les cinq années à venir, dont les nouvelles modalités d'accueil font partie (projet de foyer). Cet ajustement du projet est une obligation légale, mais il est essentiel au management d'un établissement car son processus d'élaboration est une opportunité d'associer le personnel et les usagers. Il constitue un temps fort de la vie institutionnelle qui produira un cadre de référence et fournira le repère indispensable au management d'une équipe qui aura alors un objectif commun.

Le service logement participe à une mission d'insertion sociale des personnes handicapées psychiques, définie par un cadre législatif. Et si son projet est inscrit dans

⁶⁸ Recommandation de bonnes pratiques professionnelles. Élaboration, rédaction et animation du projet d'établissement ou de service. ANESM, mai 2010.

cette dynamique, il poursuit également des objectifs plus modestes qui visent à soutenir les personnes qui souhaitent accéder à un logement en milieu ordinaire de vie et à répondre à leurs besoins.

Afin d'assurer l'implication de l'ensemble du personnel, j'ai privilégié la mise en place de groupes à thèmes (accompagnement, logement, maladie mentale). La recherche d'appuis théoriques et le partage des expertises acquises par les différents professionnels, a pour objectif de parvenir à une conception commune. Chaque groupe sera coordonné par deux animateurs qui élaborent le thème puis travaillent avec le personnel dans le cadre de deux réunions. La restitution de ce travail est prévue dans une réunion de service et sera formalisée par un document écrit. Ce travail est planifié dans le courant du 4^{ème} trimestre 2010 et devrait permettre une finalisation du projet de service en fin d'année.

D'autre part, les méthodes d'intervention du service devront être redéfinies et articulées avec l'organisation mise en place dans la démarche qualité de l'association. C'est en effet au travers des outils de la démarche qualité que les modes opératoires sont exposés et évalués.

Enfin, tout comme dans le précédent projet de service, je compte prévoir un certain nombre d'objectifs pour les cinq années à venir. L'ouverture du foyer fait partie de ces objectifs, mais d'autres axes seront également à inscrire, comme l'évaluation de la stabilité des personnes qui accèdent à un logement personnel et qui ne sont de ce fait plus suivies par le service. D'autres difficultés seront également à traiter, comme la résistance, le refus de quitter le service ou la souffrance que génère le départ du service. Aussi, une analyse de ces questions devra être menée et, le cas échéant, il sera nécessaire de réfléchir à un rapprochement ou un partenariat avec le SAVS du GRIM qui a lui-même des besoins auxquels le service logement pourrait répondre.

Cette réorganisation du service apporte une réponse immédiate aux besoins repérés dans l'analyse de la problématique. D'autre part, la diversification des fonctions et le renforcement du travail d'équipe constituent une préparation à la deuxième phase d'évolution du service qui mènera à l'ouverture du foyer.

3.3 Proposer une offre d'hébergement adapté et modulable.

Après avoir présenté les actions à mener à court terme qui touchent à l'organisation du service, je présenterai maintenant un projet d'extension de ses capacités d'accueil et de diversification de ses modes d'hébergement. Il s'agira d'un foyer dont les objectifs mais

aussi son organisation et son articulation avec le dispositif actuel ont été étudiés. Les incidences administratives, budgétaires et matérielles ont été préparées afin de proposer ce projet au Conseil général.

3.3.1 Présentation du nouveau mode d'hébergement : le foyer.

A) Les objectifs du foyer.

Le service logement aide les personnes handicapées psychiques à accéder à un logement personnel. C'est donc un lieu de transition et il peut sembler curieux de compléter le dispositif par un mode d'hébergement de type foyer, qui est la plupart du temps synonyme de pérennité. En fait, l'ensemble du dispositif restera un lieu de transition, mais la porte d'entrée s'en trouvera diversifiée. L'entrée dans le service pourra s'adapter à la singularité de chacun, qui pourra accéder à un logement individuel, à un appartement collectif ou au foyer. Par la suite, une évolution entre ces différents modes d'hébergement pourra se réaliser.

Ce mode d'hébergement complémentaire sera constitué d'une structure collective mixte pouvant accueillir 8 personnes, ouverte 365 jours par an et 24 heures sur 24.

Son projet et son organisation prendront en compte les différentes recommandations de l'ANESM et en particulier celle de novembre 2009, visant à « *concilier vie en collectivité et personnalisation de l'accueil et de l'accompagnement* »⁶⁹ : elle souligne la nécessité d'adapter les contraintes que génère toute vie en collectivité afin que chaque personne bénéficie d'un accompagnement individualisé contribuant au développement ou au maintien de son autonomie.

Le foyer sera rattaché au Service d'Accompagnement Renforcé et d'Insertion par le Logement du GRIM et fonctionnera en prenant appui sur l'organisation de ce dernier. De ce fait, le principe d'un lieu de transition reste acquis et la durée du séjour doit être harmonisée pour l'ensemble des modes d'hébergement, soit 3 ans.

Ce lieu de vie, intégré au service logement proposera un nouveau mode d'hébergement en complément de l'existant. Il apportera une réponse davantage adaptée aux différentes demandes d'accompagnements et d'hébergements qui sont adressées au service. Notamment, des personnes sortant d'une hospitalisation pourront bénéficier d'un lieu plus contenant et plus sécurisant que le logement individuel ou collectif vers lequel elles pourront aller par la suite.

⁶⁹ www.anesm.sante.gouv.fr

B) Caractéristiques de la population du foyer.

Les caractéristiques principales du public accueilli dans le foyer sont semblables à celles du service logement, c'est-à-dire des femmes et des hommes vivant seuls, âgés de 20 à 60 ans, souffrant d'une problématique psychique, et ayant suffisamment conscience de leurs difficultés psychiques pour s'engager durablement dans une démarche de soins.

En revanche, les difficultés auxquelles ces personnes sont confrontées ne leur permettent pas d'accéder à un logement autonome, même avec l'aide d'un accompagnement renforcé tel que celui qui est proposé actuellement par le service logement. Une souffrance dans leur rapport à la solitude, dans leur difficulté à se protéger des autres, parfois un envahissement par les difficultés à gérer leur vie quotidienne, sont des manifestations de la maladie ou les conséquences d'une longue période d'hospitalisation entraînant une perte de certaines compétences. Ces éléments sont une source de déstabilisation psychique parfois insurmontable et constituent une réelle incapacité à vivre seul.

La présence du personnel mais également des usagers, associées à un cadre structurant avec des journées planifiées, sont autant d'éléments qui aideront ces personnes à acquérir de nouveaux repères. Pour cela, elles devront avoir un minimum de compétences mobilisables même si ces dernières sont encore limitées.

Leur comportement devra aussi leur permettre de s'inscrire dans une vie de groupe. En ce sens, les attitudes agressives ou les personnes sujettes aux addictions ne pourront prétendre à l'accueil dans cette structure. Ces exigences garantiront le comportement « pacifié » de chacun, gage d'un cadre de vie serein que chaque résident est en droit d'attendre. Aussi, avant toute orientation d'une personne vers ce type d'hébergement, le service prescripteur devra examiner le rapport à la maladie et l'adhésion au soin, le mode de relation aux autres, le niveau de l'autonomie dans la vie quotidienne. La procédure d'admission du service devra intégrer une mesure de ces trois indicateurs qui permettront de constituer un groupe homogène (personnes présentant des difficultés ou des comportements compatibles) qui sera la base de la qualité de vie du foyer.

D'autre part, les résidents devront être en capacité de participer aux activités collectives en s'investissant dans les différentes tâches ménagères, notamment la préparation des repas encadrés par les AMP. Ils devront présenter une autonomie suffisante ou des compétences suffisamment mobilisables leur permettant de gérer la vie quotidienne lors des périodes d'absence du personnel éducatif du foyer (week-ends, jours fériés).

La proximité avec le lieu d'accueil, mais aussi avec les occupants des autres logements du service, est un élément de réassurance. Mais ils devront savoir demander de l'aide (appeler un médecin ou l'UMA) notamment la nuit car il n'y aura pas de veilleur.

Compléter le projet de service par ce nouveau mode d'hébergement, c'est garantir un parcours d'insertion adaptable à la particularité du handicap psychique qui inscrit les personnes dans des parcours rarement linéaires : les trajectoires de vie pourront conduire les bénéficiaires à évoluer d'un type d'hébergement vers un autre, en visant le développement de l'autonomie mais aussi l'adaptation à une phase de « régression ».

C) Préparer la mise en œuvre du projet et son articulation avec le dispositif actuel.

Le règlement de fonctionnement du service restera adapté à ce foyer, en revanche les règles de vie de ce collectif devront être conçues lors de l'ouverture du foyer. Les bénéficiaires et les nouveaux personnels participeront à leur élaboration ce qui garantira leur adaptation aux besoins du groupe et facilitera leur acceptation par tous.

Nous avons vu qu'en interne, l'équipe du service est prête à intégrer cette évolution du service. Elle a été associée au traitement de la problématique et à sa résolution au travers de la réflexion et de l'élaboration du projet de foyer. D'autre part, le plan d'adaptation à court terme du service, constitue aussi une préparation à l'intégration de ce nouveau mode d'hébergement dans le dispositif actuel. Je dirais qu'aujourd'hui le service est prêt à développer ce nouveau mode d'hébergement.

3.3.2 Les incidences administratives, budgétaires et matérielles.

L'association a validé ce projet, cependant deux obstacles majeurs doivent encore être levés : l'autorisation d'ouverture et le financement de l'opération, et d'autre part la recherche d'un bâtiment adapté aux exigences du projet.

A) L'autorisation d'ouverture.

Lors de la présentation du projet de foyer, le Conseil général a témoigné de son intérêt pour cette évolution du service sans pour autant inviter l'association à présenter un dossier au CROSMS.

L'accord du CROSMS en 2001 concernait un effectif de 30 personnes, mais en 2006 une extension a porté l'effectif du service à 39. Cette augmentation de l'effectif pouvait être réalisée sans passage au CROSM dans la limite légale de 30 % de l'effectif.

Cependant, compte tenu de la promulgation de la loi HPST du 31 juillet 2009 et de l'installation des ARS en juillet 2010, ce projet relèvera du nouveau régime d'autorisation défini à l'article 124 de la loi.

Le récent décret du 27 juillet 2010⁷⁰ présente les conditions de la nouvelle procédure d'autorisation qui s'appuiera sur des commissions d'appel à projet. Le projet de ce nouveau mode d'hébergement a été écrit, ainsi il peut être présenté rapidement à une commission d'appel à projet.

B) Le personnel.

Compte tenu de la première phase de réorganisation du service engagée en 2010, les fonctions des référents sociaux ont été recentrées et allégées par le recrutement de l'AMP et de l'agent d'entretien. De ce fait l'augmentation de 5 places de l'effectif pourra être absorbée par les 3.75 référents sociaux actuels : un référent social du service logement aura la responsabilité du suivi social des 8 résidents. Ainsi, les référents sociaux du service logement accompagneront les 44 personnes accueillies, avec comme support de travail, l'élaboration et la mise en œuvre du projet d'accompagnement individuel de chacun des bénéficiaires ainsi que l'articulation de la prise en charge avec les services de soins en psychiatrie.

Dans son travail d'accompagnement, le référent social responsable du foyer sera soutenu par deux AMP chargées plus particulièrement de la gestion de la vie quotidienne du foyer. Pour cela, les AMP mettront en place des activités (ménage, courses, préparation des repas, hygiène de vie...) qui auront pour but d'assurer le fonctionnement du collectif mais aussi de développer et de consolider les compétences des résidents.

Ce foyer demande un investissement éducatif plus important que celui qui est apporté sur les autres types d'hébergement afin d'assurer une présence journalière permanente : les deux temps plein d'AMP interviendront en alternance soit le matin, soit l'après midi et la soirée.

Le personnel éducatif du foyer veillera à l'ambiance, aux relations interpersonnelles et à la dynamique de groupe. Pour cela, tout comme dans les appartements collectifs, ils mettront en place des temps de régulation, de manière à favoriser l'expression de chacun, à gérer les conflits et à organiser la gestion collective de la vie du foyer.

D'autre part, pour pallier au besoin global du service logement durant la période d'été, le recrutement d'un travailleur social est à prévoir pendant 3 mois, soit 0,25 ETP pour l'année. Il permettra d'organiser les congés du personnel sur la période estivale (essentiellement juillet et août) car le service est ouvert 365 jours par an. En effet, le personnel est prioritairement en congé sur ces deux mois afin de concentrer son action

⁷⁰ Décret 2010-870 du 27 juillet 2010 relatif à la procédure d'appel à projet mentionné à l'article L. 313-1 du CASF.

sur le reste de l'année. L'activité du service est alors réduite. Mais il est cependant indispensable de garantir la qualité de la prise en charge et la sécurité, par un renfort en personnel sur une période où l'effectif est réduit de moitié : le niveau d'intervention en personnel doit rester adapté durant cette période.

Enfin, pour apporter un soutien dans le cadre des bilans des projets d'accompagnement ainsi que dans la phase de sortie du dispositif, le temps de travail de l'assistante sociale sera augmenté de 0.25 ETP.

Le niveau de présence éducative requis par le foyer a un impact sur le ratio d'encadrement de l'ensemble du service qui passe de 0.27 à 0.30. L'évolution des effectifs⁷¹ et l'augmentation du ratio d'encadrement auront une incidence budgétaire.

C) Le budget prévisionnel.

Conformément aux indications formulées par le Conseil général lors des premiers contacts, le projet sera mis en œuvre par une réaffectation des moyens actuels (fermeture d'un logement collectif de 3 places) et des mesures nouvelles (5 places). Il s'agit donc d'une augmentation de l'effectif de 5 places qui réclamera des moyens financiers supplémentaires afin de prendre en compte les diverses charges de fonctionnement ainsi que les charges de personnel nécessaire à la réalisation du projet.

Concernant le bâtiment, compte tenu du coût financier de l'opération et d'une stratégie associative de ne pas investir dans l'immobilier, l'opération immobilière devra être réalisée par une régie sociale qui mettra le bâtiment à disposition de l'association moyennant un loyer.

Par ailleurs, la convention d'aide sociale du service prévoit de laisser l'ensemble de leurs revenus à la disposition des bénéficiaires. De ce fait, et avec un objectif d'apprentissage, ils peuvent assurer l'intégralité des charges inhérentes à leur vie dans le logement. Ainsi, l'impact financier des charges liées au bâtiment sera quasi nul. Les charges seront inscrites dans le compte de résultat, et compensées par des produits provenant des loyers versés par les résidents.

En revanche, les charges variables du budget prévisionnel qui seront affectées par l'augmentation de l'effectif, sont à majorer de 9 %, ce qui correspond au pourcentage d'augmentation de l'effectif (39/44).

L'ensemble de ces mesures a un impact budgétaire qui est a été calculé dans un budget prévisionnel⁷². Dans la situation actuelle avec un effectif de 39 personnes, le coût annuel

⁷¹ Cf. annexe n° 7 : tableau d'évolution des effectifs en personnel du service logement.

⁷² Cf. annexe 7 bis : budget prévisionnel du service logement intégrant le projet de foyer.

à la place au budget prévisionnel 2010 est de 16 929 €. Il atteindra 17 490 € en incluant le foyer dans son organisation et il pourra alors accueillir 44 personnes.

L'augmentation du coût annuel à la place est de 3.31 %, mais il doit cependant être mis en corrélation avec la mise en place d'un type d'hébergement qui nécessite plus de personnel et qui a un coût supérieur au dispositif actuel.

Mais cette évolution du service sera plus adaptée aux besoins des personnes handicapées psychiques. Elles auront de meilleures conditions de vie, ce qui devra favoriser leur stabilisé psychique et faciliter leur accès à un logement personnel. Ces personnes ont un désir profond de vivre comme tout un chacun et d'acquérir cette autonomie de vie.

D'autre part, même si cette autonomie reste relative et demande une prise en charge psychiatrique ou parfois d'un SAVS, elle reste d'un coût bien inférieur pour la collectivité au regard des coûts de prise en charge d'un hôpital psychiatrique ou d'un foyer d'hébergement.

Enfin, pour réduire le coût du projet pour le Conseil général, la section d'investissement sera financée par une subvention de la Fondation de France. Cette subvention a été accordée en juin 2010 pour le montant prévisionnel du budget d'investissement du projet, soit 28 569 €. Elle permettra de financer l'équipement des chambres et des espaces collectifs en évitant le recours à l'emprunt. Ce financement viendra renforcer les fonds propres du service et constitue un argument pour solliciter à nouveau le Conseil général.

D) Le projet architectural.

Sa conception doit permettre d'allier un confort de vie individuel et collectif. Pour cela, la surface habitable sera d'environ 250 m² sur 1 ou 2 niveaux, et devra respecter les normes de sécurité et d'accessibilité en vigueur.

Le coût maximum du loyer par résident devra être adapté à leur revenu, qui est la plupart du temps constitué d'une AAH, complétée le cas échéant par une MVA (Majoration pour la Vie Autonome) et une allocation logement. De ce fait, le loyer ne devra pas dépasser 350 € hors charges de chauffage, eau, électricité : l'ensemble de ces charges seront à répartir sur les 8 résidents.

D'autre part, l'implantation du foyer doit intégrer une contrainte forte, liée à son indispensable localisation dans un rayon de 1 à 2 kms du lieu d'accueil qui est situé en zone urbaine.

Pour préparer le passage à une phase opérationnelle, des contacts ont été pris avec la mairie du 9^{ème} arrondissement et des régies HLM afin de leur exposer le projet ainsi que les besoins en termes de bâtiment. D'autre part, le travail sur ce projet a été inscrit dans

le cadre de « la formation partagée »⁷³ du Grand Lyon qui depuis 2002 a initié un partenariat avec les hôpitaux psychiatriques de l'agglomération et les organismes concernés par la santé mentale (social, médico-social, logement, associations). Chaque partenaire a identifié des besoins différents : gérer la tranquillité des locataires pour les régies, assurer l'insertion des personnes handicapées psychiques pour les services sanitaires et sociaux. L'enjeu pour l'agglomération étant de concilier un toit et la tranquillité pour tous.

Le projet de foyer a donc été travaillé dans ce cadre avec des personnels des services de soins, des régies sociales et de la mairie du 9^{ème} arrondissement. Le projet en a été amélioré et a été présenté à une régie sociale de Lyon associée à cette formation : ALLIADE.

Une demande a été faite auprès d'un cabinet d'architecte (MV Réalisation à Caluire) qui réalisera une étude à partir d'un cahier des charges afin de vérifier si ce projet est réaliste en terme architectural et financier.

Ces démarches concernant le bâti peuvent paraître prématurées, mais une opportunité immobilière pourrait nous permettre de réactiver ce projet auprès du Conseil général. Dans le cas contraire, la recherche du bâti s'appuiera sur la constitution de ce réseau lorsque le Conseil général aura donné son accord.

Parallèlement, une autre piste est suivie afin de préparer une ouverture rapide du foyer : une veille est apportée afin de relocaliser l'un des 4 logements collectifs actuels, si une opportunité d'un appartement contigu à l'un de ces logements se présentait. Cette solution viendrait en remplacement de la construction d'un bâtiment pour le foyer.

3.3.3 L'évaluation du projet.

Cette démarche de réorganisation et d'évolution du service concerne l'ensemble des acteurs qui sont en droit d'attendre des résultats. Leur satisfaction devra être évaluée, elle sera un indicateur de la qualité du service. Mais ce sont les personnes accueillies qui sont les premières concernées, c'est donc vers elles que doit se tourner en priorité la mesure de la satisfaction. Actuellement, elle est recueillie dans le cadre des groupes d'expression qui ne sont cependant pas totalement satisfaisants car généralement seule la moitié des bénéficiaires y participent.

En conséquence, un indicateur de la satisfaction globale du service sera intégré au bilan annuel du projet d'accompagnement de chaque bénéficiaire. Il devrait recueillir plus de

⁷³ www.adestr.asso.fr/Lettre/Lettre5/PDF/psy-logement.pdf

réponses et notamment auprès des personnes qui ont des difficultés à s'associer à des actions collectives telles que le groupe d'expression.

Naturellement, l'analyse de la satisfaction des bénéficiaires doit prendre en compte leur point de vue, mais il est indispensable d'assurer un suivi de certains indicateurs généraux qui seront des voyants assurant un rôle de veille : pourcentage des entrées en logement, retour à l'hébergement d'origine, durée du séjour, taux d'occupation des logements, taux d'hospitalisations. Ainsi, le taux de retour à l'hébergement d'origine et en corollaire le taux d'accès à un logement personnel seront particulièrement significatifs de l'amélioration de la qualité du service et de son efficience.

D'autre part, le fonctionnement de ce foyer devra intégrer le processus de démarche qualité de l'association. Les modalités d'intervention des professionnels seront formalisées conformément aux engagements pris dans le manuel qualité. L'équipe du foyer sera associée à l'élaboration de ces procédures afin de faciliter leur application.

Les audits internes réalisés dans le cadre de la démarche qualité permettront de vérifier l'effectivité de ces procédures : chaque service de l'association est audité au moins une fois par an et un compte-rendu d'audit met en évidence les écarts éventuels entre les procédures présentées et leur mise en œuvre. Puis un plan d'amélioration permet d'apporter les ajustements nécessaires.

En dernier lieu, compte tenu du cadre de la loi, ce nouveau service devra être évalué en interne dans les 5 ans suivant sa date d'ouverture et soumis à une évaluation externe comme l'ensemble des services de l'association.

Conclusion de la troisième partie :

J'ai présenté dans cette troisième partie, l'analyse de la problématique repérée dans le service et j'ai exposé les réponses que je comptais apporter. Ces évolutions sont inscrites dans une temporalité constituée d'étapes successives dont certaines sont en cours d'exécution. Mais la phase finale de l'ouverture du foyer demande encore à être planifiée et intégrée dans le prochain CPOM en accord avec le Conseil général.

Malgré cela, les changements nécessaires à l'extension du service par la création de ce foyer ont été anticipés et préparés afin de faciliter leur mise en œuvre. Le renforcement du partenariat avec les services de soins, une organisation qui améliore la qualité de ses interventions ainsi qu'une diversification des modes d'hébergement assureront la réalisation de cet objectif.

Je suis convaincu de l'intérêt de ce projet. Cependant, bien qu'il ne présente pas un coût excessif et soit en cohérence avec les orientations du schéma départemental du Rhône, sa réalisation reste incertaine. En effet, les choix budgétaires du département n'en permettront peut-être pas sa réalisation. Dans ce cas de figure, il sera nécessaire d'examiner une mise en œuvre à coût constant. Cela demandera alors de repenser son articulation avec les services de l'association qui interviennent dans le champ de l'accompagnement et de l'hébergement : SAVS, service logement et maison du GRIM.

Conclusion :

Mon entrée en formation CAFDES en 2008 a coïncidé avec une phase de la vie du service qui exigeait une analyse de ses résultats et de son organisation. Cette formation et ce mémoire ont été une opportunité de réaliser et de formaliser ce travail.

Ainsi, j'ai montré que l'évolution des politiques sociales et de la conception du handicap ont construit une démarche d'inclusion et d'égalité des droits. Ce contexte rend possible l'insertion dans la cité de certaines catégories de personnes handicapées psychiques.

Mais pour faciliter cette insertion, des freins restent cependant à lever et concernent les représentations négatives de la maladie mentale, l'articulation du sanitaire et du social, et enfin une réelle prise en compte des besoins d'une population qui relève aujourd'hui du champ d'intervention médico-social. Le secteur associatif doit prendre part à ces évolutions. Il a aussi la responsabilité de révéler les besoins, d'assurer leur inscription dans les outils de planification de l'action médico-sociale et d'inventer de nouveaux modes d'intervention sociale.

Cette dynamique d'insertion peut être facilitée par des structures de transition comme le service logement qui doit cependant vérifier l'efficacité de son dispositif d'intervention. Cette problématique des personnes qui ne peuvent accéder ou se maintenir dans un logement du service en appelle à ma responsabilité. J'ai choisi de l'aborder de manière très pragmatique afin de parvenir à des solutions opérationnelles. Ainsi, les constats et l'analyse réalisés dans ce mémoire, m'ont amené à programmer une stratégie d'évolution du service qui offrira un accompagnement sanitaire et social coordonné, des interventions adaptées aux caractéristiques des personnes handicapées psychiques et enfin des modes d'hébergement diversifiés et évolutifs.

Cette nouvelle offre d'hébergement renforcera le dispositif. Il proposera alors un itinéraire d'insertion sociale personnalisé et évolutif, qui pourra s'adapter à des parcours non linéaires qui caractérisent le handicap psychique.

Le travail conduit dans ce mémoire, a conforté mon positionnement qui implique la prise en compte des besoins des usagers par une indispensable structuration et clarification de l'action des professionnels. Elle demande la rationalisation de l'organisation et la formalisation d'une méthodologie qui doit s'ancre dans un processus de démarche qualité et d'évaluation. Cela requiert des techniques et des outils de management que j'ai pu déployer sur ce service.

Mais la rationalisation du travail comporte le risque du repli du personnel sur sa fonction et sur la technique au détriment de la relation. C'est pourquoi, je pense qu'il est

indispensable d'amener les professionnels à une réelle attention pour le bien-être des usagers et de soutenir leur implication dans la vie de l'institution. Cela pourra se faire par une responsabilisation du personnel dans l'amélioration des modes d'intervention et dans l'élaboration du projet de service qui constitue une référence commune.

Ce mode de management renforce la motivation, évite l'usure professionnelle et favorise la bientraitance des usagers. Il devra s'appuyer sur une politique de développement des compétences, par la formation et l'évolution professionnelle. Celle-ci aura pour fondement des valeurs humaines visant le respect et la promotion des personnes accueillies comme du personnel.

Néanmoins, si cette manière de diriger me paraît plus adaptée aux besoins des établissements médico-sociaux d'aujourd'hui, je crois qu'il n'y a pas de certitude et qu'il est nécessaire de savoir composer et s'adapter à chaque contexte institutionnel.

Au service logement, les actions à court terme, qui constituaient un premier axe des réponses à la problématique abordée dans ce mémoire, ont commencée à être engagées. La seconde phase qui conduira à la création du foyer reste à déployer. Mais, d'autres questions devront être examinées dans l'avenir. Elles concernent par exemple les personnes qui ne souhaitent pas quitter le service.

Par ailleurs, des défis attendent l'association. Ils concernent l'organisation du temps de travail, l'articulation des différents services du pôle hébergement/accompagnement et la structuration d'un organigramme hiérarchique adapté à la stratégie de développement que l'association doit adopter prochainement.

Pour terminer, je préciserai que les personnes handicapées psychiques ont besoin d'une solidarité effective de la nation qui leur permettra de vivre une pleine intégration. Cela demande de prendre en compte la réalité des troubles mentaux, en évitant de s'enfermer dans des positions idéologiques qui tendraient à un excès de sécurité ou de confiance. Un projet de réforme de la loi de 1990 actuellement à l'étude⁷⁴, concerne les personnes suivies en psychiatrie et leurs modalités de prise en charge. Les personnes handicapées psychiques seront concernées par ce texte. Afin de garantir leur inclusion sociale et de faciliter leur accès à un logement, aux soins, à une activité et à des structures de soutien adaptées, cette loi devra rechercher le difficile équilibre entre protection, soins et insertion.

⁷⁴ Projet de loi n° 2494, relatif aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge, mai 2010.

Bibliographie

Textes législatifs et réglementaires :

ORGANISATION DES NATIONS UNIS, 2008. Convention relative aux droits des personnes handicapées, entrée en vigueur le 3 mai 2008,
Disponible sur internet : www.un.org

UNION EUROPÉENNE, 2000. Charte des droits fondamentaux, adoptée le 7 décembre 2000,
Disponible sur internet : www.europarl.europa.eu/charte/pdf/texte_fr.pdf

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE, 1970. Loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière. *Journal Officiel de la République Française*, 3 janvier 1971, p.67.

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE, 1975. Loi n° 75-534 du 3 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées (abrogée). *Journal Officiel de la République Française*, 1 juillet 1975, p.6596.

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE, 2002. Loi 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale. *Journal officiel de la République Française*, 3 janvier 2002, p.124.

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE, 2002. Loi 2002-73 du 17 Janvier 2002 de modernisation sociale. *Journal officiel de la République Française*, 18 janvier 2002, p.1008.

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE, 2005. 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 de la République Française*, 12 février 2005, p.2353.

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE, 2007. Loi n°2007-290 du 5 mars 2007 instituant le droit au logement opposable et portant diverses mesures relatives à la cohésion sociale, *Journal Officiel de la République Française*, 6 mars 2007, p. 4190.

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE, 2009. Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. *Journal Officiel de la République Française*, 22 juillet 2009, p. 12184.

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE, 2007. Décret 2007-975 du 15 mai 2007 fixant le contenu du cahier des charges pour l'évaluation des activités et de la qualité des prestations des établissements et services sociaux et médico-sociaux, *Journal Officiel de la République Française*, 16 mai 2007, p. 9373.

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE, 2010. Décret 2010-870 du 26 juillet 2010 relatif à la procédure d'appel à projet et d'autorisation mentionnée à l'article L. 313.1 du code de l'action sociale et des familles, *Journal Officiel de la République Française*, 27 juillet 2010, p. 13846.

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE, 1996. Ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée. *Journal Officiel de la République Française*, 25 avril 1996, p. 6314.

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE, 2010, Projet de loi n° 2494, relatif aux droits des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de prise en charge, étude d'impact. *Assemblée Nationale*, mai 2010.

Disponible sur internet : www.assemblee-nationale.fr/

Textes d'orientation et recommandations :

SROS 3, Schéma Régional d'Organisation Sanitaire, période 2006-2010, ARH Rhône Alpes, [Consulté le 12 février 2010].

Disponible sur internet : <http://www.bdsp.ehesp.fr/Fulltext/403883/>

Plan psychiatrie et santé mentale 2005-2008, [consulté 12 septembre 2009]

Disponible sur internet : www.cnsa.fr/IMG/pdf/plan_2005-2008.pdf

PRIAC Rhône Alpes, 2008-2012 [consulté le 12 septembre 2009]

Disponible sur internet : www.rhone-alpes.sante.gouv.fr/social/handicap/

Schéma départemental du Rhône personnes âgées, personnes handicapées. 2009-2013 : Vivre ensemble [consulté 22 juillet 2010].

Disponible sur internet : www.rhone.fr

Recommandation de bonnes pratiques professionnelles, Mise en œuvre de l'évaluation interne dans les établissements et services visés à l'article 312-1 du CASF, mars 2008. [Consulté 22 juillet 2010], Disponible sur internet : anesm.sante.gouv.

Recommandation de bonnes pratiques professionnelles, Concilier vie en collectivité et personnalisation de l'accueil et de l'accompagnement, septembre 2009. [consulté 15 janvier 2010], disponible sur internet : anesm.sante.gouv.

Recommandation de bonnes pratiques professionnelles, Elaboration, rédaction, et animation du projet d'établissement ou de service, juin 2010. [consulté 22 juillet 2010], disponible sur internet : anesm.sante.gouv.

Livres :

BAPTISTE R. *Reconnaître le handicap psychique*. Lyon : Chronique sociale, 2005. 165 p.

BAPTISTE R. *Changer le social ?*. Lyon : Chronique Sociale, 2006. 192 p.

BERGERET J. *La personnalité normale et pathologique*. Paris : Dunod, 1996. 330 p.

BERNOUX P. *La sociologie des organisations*. Paris : Seuil, 1985. 382 p.

BOUTINET J-P., DENOYEL N., PINEAU G., ROBIN J-Y. *Penser l'accompagnement adulte*. Paris : PUF, 2007. 369 p.

CROZIER M., FRIEDBERG E. *L'acteur et le système : les contraintes de l'action collective*. Paris : Seuil, 1992. 500 p.

DJAOUI E. *Intervenir au domicile*. Rennes : presses de l'EHESP, 2008. 278 p.

FOUCAULT M. *Histoire de la folie à l'âge classique*. Paris : Gallimard, 1972. 688 p.

JAEGER M. *L'articulation du sanitaire et du social*. Paris : Dunod, 2006. 166 p.

MINTZBERG H. *Le management, voyage au centre des organisations*. Paris : Éditions d'Organisation, 1989. 570 p.

MIRAMON J-M., COUET D., PATURET J-B. *Le métier de directeur, techniques et fiction*. Rennes : Editions ENSP, 2005. 270 p.

PEDENIELLI J-L., GIMENEZ G. *Les Psychoses de l'adulte*. Armand Colin : 2009. 125 p.

ROCHE B., MARFOGLIA F. *L'art de manager, éléments pour comprendre, clés pour agir*. Paris : Ellipses, 2006. 137 p.

STIKER H.j., PUIG J., HUET O. *Handicap et accompagnement. Nouvelles attentes, nouvelles pratiques*. Paris : Dunod, 2009. 192 p.

TOUTUT J.-P. *Management éthique en pratique dans les établissements sociaux et médico-sociaux*. Paris : Seli Arslan, 2007. 156 p.

ZRIBI G., SARFATY J. *Handicapés mentaux et psychiques. Vers de nouveaux droits*. Rennes : Editions de l'Ecole nationale de la santé publique, 2008. 127 p.

Articles, rapports, revues :

LEFREVRE P. Approches conceptuelles du management. *Les cahiers de l'actif*, juillet-octobre 2002, N°314-317, pp.27-34.

Les modèles du soin psychique : évolutions actuelles. *FASM, Pratiques en santé mentale*, août 2008, n°3, 87 p.

BROUARD C., ROUSSEL P. *Handicap en chiffres 2005*. Paris, CTNERHI, juillet 2005, 119 p.

BAILLON G., VIDAL-NAQUET P. A. Handicap psychique et insertion sociale, *Vie sociale, CEDIAS-Musée social*, 2009, n°1, pp. 5-29.

Documents électroniques : articles, études et rapports.

BARREYRE J.-Y. Évaluer les situations de handicap psychique, *Bulletin d'information du CREA Bourgogne*, N°297, 2009 [consulté le 18 juillet 2010].

Disponible sur internet : http://www.creaibourgogne.org/04_02_articles_open.php?lien=04/archives/2009/297-11-1.pdf

BARREYRE J.-Y., MAKDESSI Y. Recherche-action en matière d'évaluation du handicap psychique. Volet 1. Recherche documentaire, Délégation ANCREAI Ile-de-France, CNSA, CEDIAS, 2007 [consulté 20 mai 2010].

Disponible sur internet :

http://www.cnsa.fr/IMG/pdf/hand_psy_biblio_VOLET1definitif_CNSA.pdf

BLANC P., JARRAUD-VERNGNOLLE A. Les maisons départementales des personnes handicapées sur la bonne voie : premier bilan, quatre ans après la loi du 11 février 2005, *Rapport d'information sénat*, n° 485, 2009. [consulté 28 août 2010].

Disponible sur internet : www.senat.fr/rap/r08-485/r08-4851.pdf

CHARZAT M. Pour mieux identifier les difficultés des personnes en situation de handicap du fait de troubles psychiques et les moyens d'améliorer leur vie et celle de leurs proches. Rapport à Mme Ségolène ROYAL ministre délégué à la famille, à l'enfance et aux personnes handicapées, Mars 2002, 138p. [Consulté 18 novembre 2009].

Disponible sur internet : <http://lesrapports.ladocumentationfrancaise>.

CLAVERANNE J.-P., handicap psychique et insertion sociale et professionnelle, Rapport 2005-03 du CESR Rhône-Alpes. [consulté 12 septembre 2009].

Disponible sur internet : www.rhonealpes.fr/

CLERY-MELIN P, KOVESS V., PASCAL J-C. Plan d'action pour le développement de la psychiatrie et la promotion de la santé mentale, 15 septembre 2003. 106 p. [consulté 21 mars 2010].

Disponible sur internet : <http://www.psydoc-france.fr/professi/rapports/clery-melin.pdf>

COLDEFY M., LE FUR P., LUCAS-GABRIELI V. et al. Cinquante ans de sectorisation en France, IRDES, *Questions d'économie de la santé*, n° 145-Août 2009 [consulté 21 mars 2010]. Disponible sur internet : www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes145.pdf

COUTY E., Mission et organisation de la santé mentale et de la psychiatrie, rapport à Mme Roselyne BACHELOT, ministre de la santé et des sports, janvier 2009. 84 p. [consulté 5 octobre 2009]. Disponible sur internet : www.sante-sports.gouv.fr

DESCAMPS JM., SENTEIN D. et SENTEIN L. Perspectives sociales et médico-sociales Les défis du futur, Montpellier, Ed. Espace Sentein [consulté 23 août 2010].

Disponible sur internet : <http://tracking-fr.com/?lioU2Z>

Évaluation des actions du schéma 2004-2008, *CREAI Rhône Alpes*, 10 octobre 2008.
www.rhone.fr.

Face à la crise : une obligation de résultat, Haut comité pour le logement des personnes défavorisées, 11^{ème} rapport, décembre 2005. 130 p. [consulté 8 septembre 2009].

Disponible sur internet : <http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr>

Formation partagée du grand Lyon [Consulté le 23 août 2010].

Disponible sur internet : www.grandlyon.com/.../Sante_psychique_logement.pdf

Handicap psychique : de la reconnaissance aux réponses de terrain, *CREAI Rhône Alpes*, 2007, dossier N° 139 [Consulté 18 Juillet 2010].

Disponible sur internet : collectifaramis.free.fr/documents/livret/CREAldossier139.pdf

IRDES, Base de données Eco-santé France 2009 [consulté 21 mars 2010].

Disponible sur internet : www.ecosante.fr/france.htm.

KOVES-MASFÉTY V. La santé mentale l'affaire de tous. Centre d'analyse stratégique, *La documentation française*, n° 24-2010, [consulté 23 août 2010].

Disponible sur internet : strategie.gouv.fr.

L'accueil et l'accompagnement des personnes handicapées psychique, UNAFAM, CNSA, UNCASS, UNA, [consulté 22 septembre 2009].

Disponible sur internet : www.unafam.org

Le livre blanc des partenaires de santé mentale France, avec une proposition de plan d'urgence en 2003 [consulté 12 septembre 2009].

Disponible sur Internet : infos@unafam.org

Les dépenses de prévention et les dépenses de soins par pathologie en France, DRESS, *Études et résultats*, N° 504, juillet 2006 [consulté 21 mars 2010].

Disponible sur internet : www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er504/er504.pdf

Les établissements pour adultes handicapés en Rhône-Alpes. *La lettre de la DDRASS* n°2009-03 [consulté le 28 mars 2010].

Disponible sur internet :

http://www.rhone-alpes.sante.gouv.fr/infostat/acrobat/adultes_handicapes_es_2006.pdf

L'évolution des opinions des français sur les questions sociales entre 2002 et 2007, DRESS, *Études et résultats*, N°652, 2008 [consulté le 21 mars 2010].

Disponible sur internet : <http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er-pdf/er652.pdf>

MAINGUENE A. Les établissements pour adultes handicapés : des capacités d'accueil en hausse. Résultats provisoires de l'enquête ES 2006, *Études et résultats* - Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, n°641, juin 2008 [consulté 21 mars 2010].

Disponible sur internet : www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er-pdf/er641.pdf

NOURY D., SEGAL P., AUBIN C. Étude d'administration comparée sur les dispositifs de compensation du handicap en Europe : Rapport thématique sur la politique du handicap en Europe, IGAS, septembre 2003. 88 p. [consulté 8 septembre 2009].

Disponible sur internet : www.vie-publique.fr > Repères

Santé psychique et logement, un habitat adapté aux besoins de chacun. Millénaire 3, centre ressources prospective du grand Lyon, 2009 [Consulté 7 septembre 2010].

Disponible sur internet : www.millenaire3.com

Site Internet :

www.anesm.sante.gouv.fr

www.cnsa.fr

www.coordination69.asso.fr

www.croix-marine.com

www.ecosante.fr/france.htm.

www.fnapsy.org

www.grim69.org

www.mnasm.com

www.travail-solidarite.gouv.fr

www.unafam.org

www.who.int/

www.sante-sports.gouv

Liste des annexes

Annexe n° 1 : Organigramme de l'association GRIM.

Annexe n° 2 : Carte des secteurs de psychiatrie publique du Rhône

Annexe n° 3 : Organigramme du service logement du GRIM.

Annexe n° 4 : Processus accompagnement, logigramme.

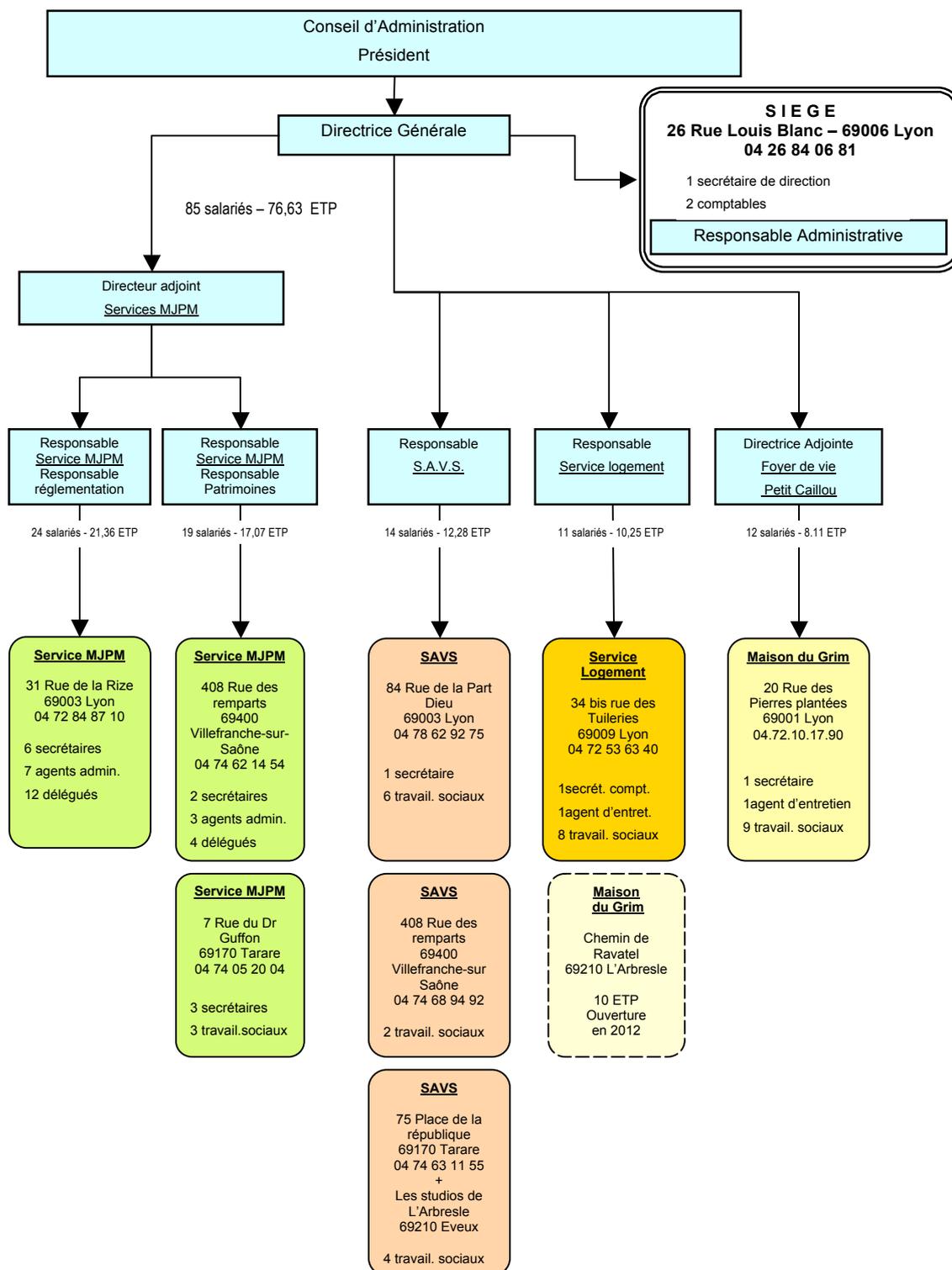
Annexe n° 5 : Étude de besoins.

Annexe n° 6 : Convention de partenariat.

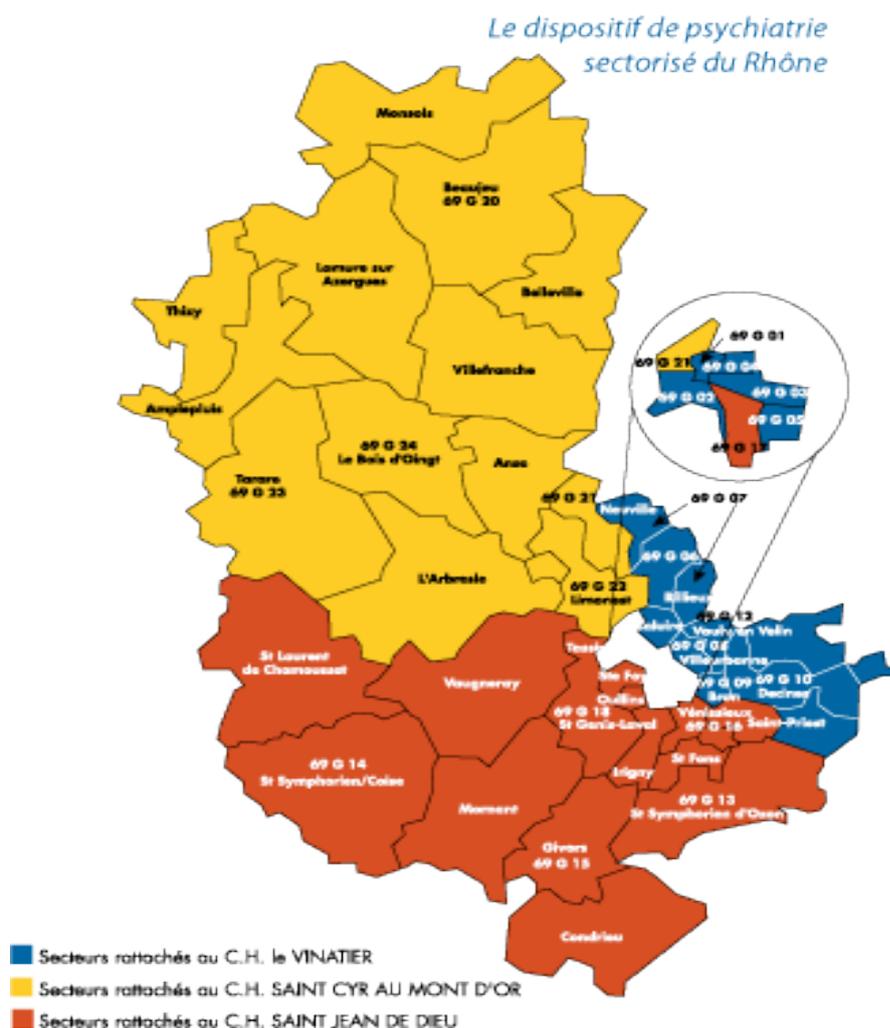
Annexe n° 7 : Tableau d'évolution des effectifs en personnel du service logement

**Annexe n° 7 bis : Budget prévisionnel du service logement
intégrant la création du foyer.**

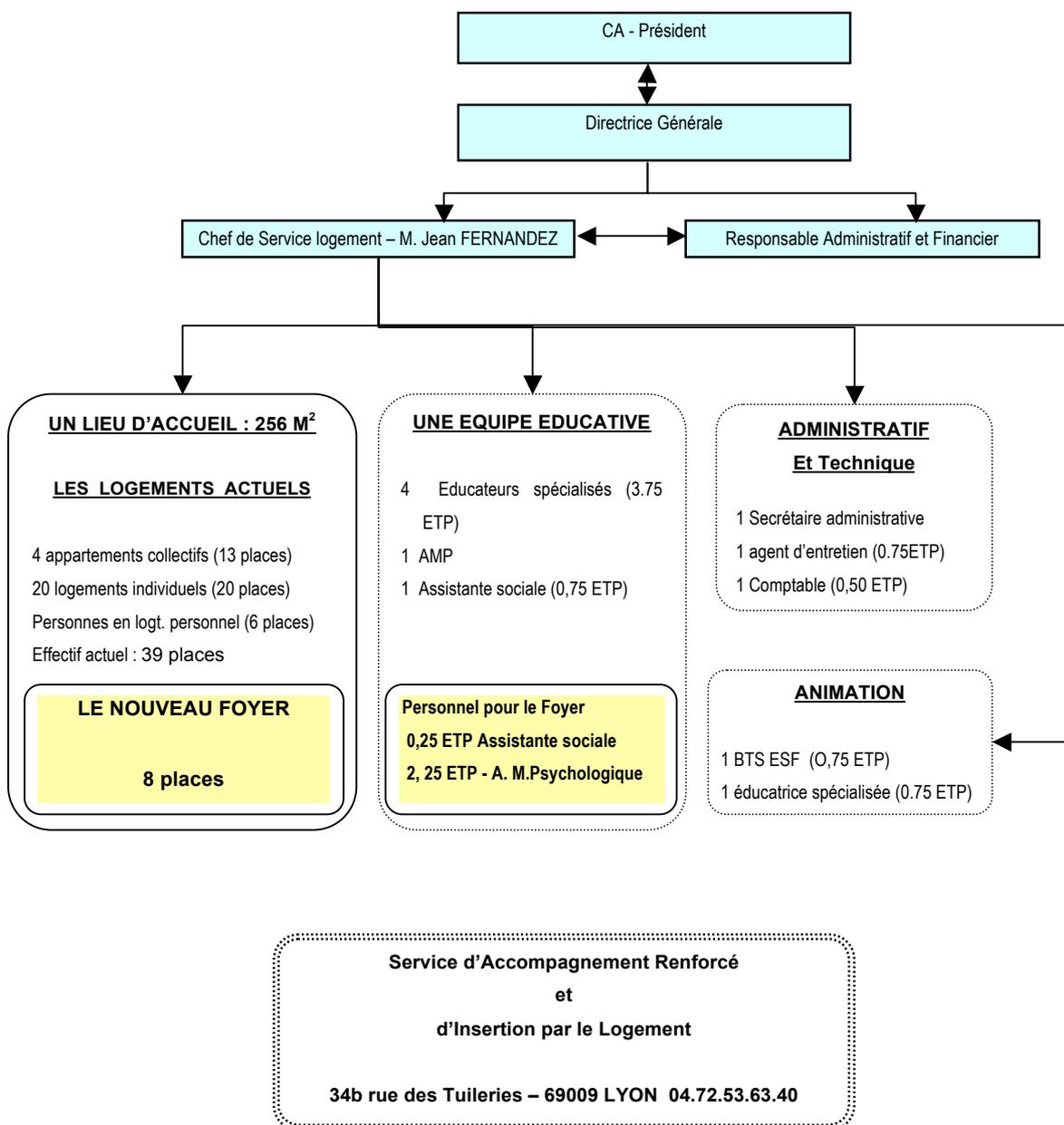
Annexe n° 1 : Organigramme de l'association GRIM.



Annexe n° 2 : Carte des secteurs de psychiatrie publique du Rhône



Annexe n° 3 : Organigramme du service logement GRIM.



Annexe n° 4 : Fiche processus accompagnement, logigramme

	FICHE PROCESSUS		
	Version : 1 du 6/02/09	Page V / 115	Codification : SLFPAC
Processus : Service LOGEMENT - ACCOMPAGNEMENT			

Pilote : Chef du service logement

Finalités :

- Faciliter l'accès à un logement à la sortie de l'hôpital, d'un foyer ou de sa famille.
- Entrée dans le logement par une période d'essai de 3 mois.
- Mettre en œuvre un partenariat actif avec le service de soins permettant notamment de faciliter la gestion des situations de crise,
- Améliorer les conditions de vie des personnes accueillies, en matière de vie quotidienne, de santé, de vie sociale ou de travail,
- Acquérir l'autonomie nécessaire pour accéder à un logement personnel à la sortie du service logement.
- Aider la personne à élaborer un projet d'accompagnement adapté à ses besoins et capacités,
- Mettre en œuvre le projet d'accompagnement et l'évaluer tous les ans,

Processus amont :

- Logement – Évaluation

Processus aval :

- 0

Données d'entrée :

- Courrier de proposition d'un logement

Données de sortie :

- Courrier de sortie des effectifs

Indicateurs :	Fréquence mesure
Facturation prix de journée (14235 journées/an.)	Annuelle
Nombre de sorties des effectifs vers logement personnel 80% des sorties	Annuelle
Nombre de projet d'accompagnement signés 100%	Annuelle

Procédures associées :

- Procédure gestion des logements : entrée FPAC/P01
- Procédure gestion des logements : sortie FPAC/P02
- Procédure animation FPAC/P03
- Procédure Maintenance des logements FPAC/O4

Annexe n° 5 : Étude de besoins N° 1

ETAT DES SORTIES APRES UN LOGEMENT du GRIM : 2002 à 2009

	Date admis- -sion	Date sortie	Service de soin de référence	Date Contrat de résidence	Type logt à l'entrée	logt GRIM à la sortie	Type de sortie
1	06/12/02	08/04/03	St Jean de dieu	05/03/2003	famille	I	RHO
2	09/12/02	30/04/03	St Jean de dieu	30/01/2003	appart perso	I	A
3	22/07/02	25/10/03	St Jean de dieu	01/11/2002	CHRS	I	A
4	09/08/02	10/11/03	St Jean de dieu	01/11/2002	hôpital	I	RHO
5	11/04/03	15/10/03	Vinatier	25/06/2003	hôpital	C	A
6	19/05/03	19/11/03	St Jean de dieu	0	famille	C	RHO
7	01/02/03	18/12/03	Autre : privée	21/03/2003	appart thérap	P	A
8	31/10/02	25/01/04	St Cyr	01/05/2003	appart perso	C	A
9	07/03/03	30/04/04	Vinatier	30/04/2003	appart thérap	C	A
10	01/06/03	30/04/04	St Jean de dieu	23/12/2003	famille	I	RHO
11	05/03/03	30/04/04	St Cyr	26/06/2003	famille accueil	I	ALA
12	09/12/02	30/06/04	St Cyr	26/09/2003	foyer thérap	C	A
13	30/08/04	30/09/04	St Jean de dieu	30/08/2004	famille	C	RHO
14	07/08/02	08/11/04	St Jean de dieu	01/11/2002	foyer	I	A
15	16/04/04	30/11/04	St Cyr	0	appart perso	P	A
16	04/07/03	31/07/05	St Cyr	26/09/2003	hôpital	C	A
17	13/01/03	31/08/05	Vinatier	0	CHRS	P	ALA
18	08/10/04	30/09/05	Vinatier	08/10/2004	CHRS	C	A
19	25/09/03	30/04/06	St Cyr	01/12/2002	appart perso	C	A
20	07/10/03	15/05/06	Vinatier	27/01/2004	CHRS	C	A
21	31/08/04	15/05/06	autre : neuro	31/08/2004	famille	C	ALA
22	28/08/02	30/04/06	St Cyr	appart. Pers.	hôpital	P	ALA
23	09/12/04	31/05/06	St Cyr	15/11/2005	famille	C	A
24	16/11/05	31/05/06	St Jean de dieu	24/03/2006	appart thérap	C	A
25	01/04/03	13/07/06	Vinatier	26/09/2003	hôpital	C	RHO
26	05/12/03	31/08/06	Vinatier	27/02/2004	famille	C	ALA
27	29/06/04	30/09/06	St Cyr	29/06/2004	appart perso	I	ALA
28	04/07/03	31/12/06	Autre : APUS	20/11/2003	appart thérap	I	ALA
29	18/07/02	30/06/07	St Cyr	appart. Pers.	appart perso	P	ALA
30	19/09/03	30/06/07	Vinatier	appart. Pers.	hôpital	I	ALA
31	09/01/06	31/03/07	St Jean de dieu	31/05/2006	hôpital	C	RHO
32	14/11/03	30/06/07	St Cyr	appart. Pers.	appart perso	P	A
33	06/11/02	31/08/07	St Jean de dieu	appart. Pers.	foyer postcure	P	ALA
34	14/10/02	30/06/07	St Cyr	appart. Pers.	appart perso	I	ALA
35	30/01/07	07/09/07	Vinatier	30/01/07	CHRS	I	A
36	07/04/03	31/12/07	St Jean de dieu	appart. Pers.	famille	P	ALA
37	22/11/04	31/12/07	Vinatier	appart. Pers.	foyer thérap	I	ALA
38	3/05/06	30/09/08	St Cyr	03/05/06	hôpital	I	ALA
39	31/8/05	31/01/2009	St Jean de dieu	31/08/2005	famille	C	ALA
40	28/01/04	31/01/2009	Vinatier	28/01/2004	famille	P	ALA
41	27/01/08	31/03/2009	St Jean de dieu	27/11/2008	hôpital	C	RHO
42	19/06/06	13/06/2009	St Jean de dieu	20/09/2007	CHRS	I	A
43	27/02/04	15/06/2009	Vinatier	27/02/2004	CHRS	P	ALA
44	20/6/07	31/07/2009	Vinatier	20/06/2007	famille	C	A
45	26/05/03	31/08/2009	Vinatier	07/03/2003	famille	P	ALA
46	27/9/08	30/09/2009	St Jean de dieu	29/09/2008	hôpital	I	RHO
47	17/09/09	28/12/2009	Vaugneray	17/09/2009	hôpital	C	A
48	2/04/08	28/12/2009	St Jean de dieu	02/04/2008	hôpital	I	RHO

Etat des types de sorties après un passage par un logement du GRIM 2002 à 2009

ALA	Accès Logement Autonome	19	40%
RHO	Retour Hébergement d'Origine	19	40%
A	Autres sorties	10	20%
Total		48	

Annexe n° 5 : Étude de besoins N° 2

ETAT DES SORTIES EN COURS D'ÉVALUATION : 2002 à 2009					
	Date admission	Date sortie	Service de soin de référence	Cause de l'arrêt	Cat
1	28/08/02	31/10/02	St Jean de dieu	refus projet logement par la sœur	D
2	27/11/02	20/01/03	Vinatier	Refuse d'attendre un logement	R
3	13/02/03	26/05/03	Vinatier	Refus décohabitation familiale	D
4	03/10/03	15/01/04	St Jean de dieu	ré hospitalisation	F
5	19/09/03	26/01/04	St Cyr	budget/dettes incompatible avec un logement	Dv
6	8/3/04	23/04/04	St Cyr	hôpital puis errance	Rup
7	28/5/04	04/10/04	Autre : Chavannerie	décohabitation familiale pas prête	D
8	2/7/04	pas entré	St Jean de dieu	réorienté foyer intra	F
9	16/04/04	30/11/04	St Cyr	refus accompagnement, alcool	R
10	18/6/04	30/11/04	St Jean de dieu	refus accompagnement	R
11	25/6/04	pas entré	Vinatier	retourne vivre en famille	D
12	7/4/05	04/07/05	St Jean de dieu	pas d'adhésion = hôpital	R
13	25/6/05	30/11/05	Vinatier	instabilité ++	F
14	10/10/05	29/09/06	Vinatier	pb alcool et articulation des services de soins	Dv
15	13/2/06	05/09/06	Vinatier	diffulté décohabitation familiale	D
16	13/2/06	29/09/06	St Cyr	Décohabitation familiale impossible	D
17	16/06/06	09/02/07	C. Thrér. Du VIONS	besoin foyer thér : erreur orient	F
18	22/2/07	30/04/07	Vinatier	Décohabitation fam impossible	D
19	23/3/07	01/10/07	Privé	rupture de toute prise en charge (soins et social)	Rup
20	23/03/07	08/01/08	St Jean de dieu	trop fragile reste dans l'appartement thérapeutique	F
21	22/12/06	29/01/08	St Jean de dieu	projet pas adapté	F
22	30/10/2007	30/03/2008	Vinatier	Refus décohabitation familiale	D
23	25/10/07	29/04/08	St Jean de dieu	arrêt traitement, déséquilibre ++	Rup
24	19/01/2009	23/03/2009	Vinatier	Proposition logement personnel qu'il préfère au GRIM	DV
25	19/02/2009	23/07/2009	Clinique Notre Dame	refus image que renvoient les autres bénéficiaires	R

Récapitulatif des causes de sorties en cours d'évaluation 2002 à 2009		
D	Problème famille décohabitation	8
F	fragilité, besoin de plus d'étayage	6
R	Refus accompagnement	5
Rup	Rupture de soins	3
DV	Divers	3
		25

Annexe n° 5 : Étude de besoins N° 3

Projet de Foyer : étude de besoins Sorties après un passage par un logement du GRIM sans accéder à un logement personnel 2002 - 2009								
	Type d'appart à la sortie	Service de référence / Hôpital d'origine	Hébergement d'origine (H, famille, foyer...)	Date d'admission	Date de sortie	Préconisation de Foyer		
						Avis interne	Avis externe	Commentaires
1	C	St Cyr,	Famille	04/07/03	31/07/05	oui		besoin foyer
2	I	St J. de D	Hôpital	15/09/08	30/09/09	oui		
3	I	St J. de D.	Famille	06/12/02	08/04/03	non	non	problèmes avec le cadre
4	C	St Cyr,	Appartement	30/10/02	25/01/04		non	appartement
5	C	St J.de D,	URPS L'envol	09/01/06	31/03/07	oui	non	projet d'appart
6	I	St J. de D,	Hôpital	09/08/02	10/11/03	oui		
7	C	Vinatier	Hôpital	01/04/03	13/07/06	oui	oui	Besoin d'un étayage contenant
8	PR	St Jean de Dieu	Parents	19/05/03	19/11/03	oui	oui	fragilisée par le fait d'être seule
9	C	Vinatier	sans logement	11/04/03	15/10/03	oui	oui	besoin présence éducative
10	C	Vinatier	Foyer Prélude	30/04/03	30/04/04	non		
11	C	St Cyr,	appartement	25/09/03	30/04/06	oui	oui	hospitalisée
12	C	Clinique Vaugneray	appartement thérapeutique	16/11/05	31/05/06	oui	oui	Besoin présence famille
13		St Cyr	appartement	16/04/04	30/11/04	non		
14		St Cyr,	famille	09/12/02	30/04/03	oui		décédé
15	C	St J. de D	famille	30/08/04	30/09/04	non		
16	C	Vinatier	famille	20/06/07	31/07/09	oui		
17		St Cyr,	Foyer les Célestins	09/12/02	30/06/04	oui	non	besoin prise en charge soutenue
18	I	St Jean de Dieu,	appartement "résidence"	07/08/02	08/11/04	oui	oui	besoin structure sécurisante
19	C	St Cyr,	famille	09/12/04	31/05/06	non		à évaluer
20	C	Vinatier,	Centre Feydel	07/10/03	15/05/06	oui	oui	
21		St Cyr	appartement	14/11/03	30/06/07	non		
22	C	St J. de D,	hôpital	27/11/08	31/03/09	oui		
23	C	Vinatier	Vaugneray	14/05/09	28/12/09	oui		
24	I	Vaugneray	Vaugneray	14/05/09	31/12/09	oui		
25	I	St Jean de Dieu,	CHRS	22/07/02	25/10/03	non	oui	avec un traitement ajusté
26	PR	Psy privé	Appart. thérapeutique	01/02/03	18/12/03	oui		
27	C	Vinatier	CHRS	08/10/04	30/09/05	oui	oui	Vit avec sa famille
28	I	psychiatre privé	famille	01/06/03	30/04/04	oui	oui	plus de contact depuis 2006
29	I	Vinatier,	CHRS Feydel	30/01/07	07/09/07	oui	oui	structure intermédiaire
				TOTAL	oui	21 (72,4%)	11 (38%)	
					non	7 (24,1%)	4 (13,8%)	
					sans réponse	1 (3,5%)	14 (48,2%)	

Annexe n° 5 : Étude de besoins N° 4

Projet de Foyer : étude de besoins Sorties en cours d'évaluation 2002 - 2009							
	Service de référence / Hôpital d'origine	Hébergement d'origine (H, famille, foyer...)	Date d'admission	Date de sortie	Préconisation de Foyer		
					Avis interne	Avis externe	Commentaires
1	St J de Dieu	Villa d'Hestia	18/06/04	30/11/04	non		besoin soins
2	Vinatier,	appart thérap.	10/10/05	29/09/06		oui	vit dans la rue
3	Vinatier	Famille	22/02/07	30/04/07			
4	Vinatier	Famille	27/11/02	20/01/03			
5	Vinatier	Famille	30/10/07	31/03/08		oui	foyer
6	Clinique de Vaugneray	appartement thérapeutique	16/06/06	09/02/07		oui	appartement communautaire
7	Vinatier	Famille	13/02/03	26/05/03			
8	St J de Dieu	Hôpital	03/10/03	15/01/04			
9	Vinatier	Studio oasis	23/02/09	23/07/09	oui		
10	St Cyr,	Hôpital	19/09/03	26/01/04			
11	Vinatier	Foyer	25/06/04	pas entré	oui	oui	étayage contenant
12	St Cyr,	Famille	13/02/06	29/09/06		oui	étayage éducatif
13	St J de Dieu	SJD	25/10/07	29/04/08			
14	St Cyr,	Appartement	16/04/04	30/11/07			
15	Clinique La Chavannerie	appartement	28/05/04	04/10/04			Travailleur social absent
16	Vinatier	appartement individuel	25/06/05	30/11/05		oui	renvoyé d'un peu partout
17	St J de Dieu	Sonacotra	28/08/02	31/10/02			
18	Psychia privé	CHRS	23/03/07	01/10/07	oui	oui	
19	Clin.Vaugneray	Appart. Thérap.	23/03/07	08/01/08	oui	oui	Foyer avant ind.
20	Vinatier	Famille	02/02/09	23/03/09	non		
21	Vinatier	Famille	13/02/06	05/09/06			secret professionnel
22	St Cyr,	Foyer	07/04/05	04/07/05		oui	hospitalisé
23	St J. de Dieu	Hôpital	02/07/04			non	problèmes cadre
24	St Cyr,	St Cyr	08/03/04	23/04/04		non	déni de la maladie
25	Vinatier	Vinatier	22/12/06	29/01/08		oui	besoin de soin
			TOTAL	oui	4 (16%)	10 (40%)	
				non	2 (8%)	2 (8%)	
				sans réponse	19 (76%)	13 (52%)	

**Annexe n° 6 : Convention de partenariat entre les 3 centres hospitaliers
et l'association GRIM**



**CONVENTION DE PARTENARIAT
ENTRE
L'ASSOCIATION GRIM
ET LES CENTRES HOSPITALIERS
DE**

- **ST CYR**
- **ST JEAN DE DIEU**
- **VINATIER**

V. 4 Nov 2009 toutes modifications vérifiées

CONVENTION de PARTENARIAT

Entre :

L'Association GRIM

Le Rodin
26 rue Louis Blanc
69006 Lyon
Représentée par son Président M. BAPTISTE

Et d'autre part :

- Le Centre Hospitalier St Cyr au mont d'or
Rue J. B. Perret
69450 St Cyr au Mont d'or
Représenté par M. VIVES, Directeur
Docteur POLI : Président de la CME
- Le Centre Hospitalier St Jean de Dieu - ARHM
290 route de vienne
69373 Lyon cedex 08
Représenté par M. MARESCAUX, Directeur Général
- Le Centre Hospitalier du Vinatier
95 bd Pinel
69677 Bron
Représenté par M. MEUNIER, Directeur
Docteur SALVARELLI : Président CME

Dans le respect de :

- Loi 2002-2 du 2 janvier 2002, dite de rénovation de l'action sociale et médicosociale,
- Loi 2005-102 du 11 février 2005 relative à l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées,

Et au vue de :

- Projet du service logement validé par le conseil d'administration le 19 Janvier 2004 (en cours d'actualisation),
- La convention d'habilitation au titre de l'aide sociale signée par le Conseil Général du Rhône et l'Association GRIM en date du 7 mars 2003 (article 3-1), et l'avenant n° 1 à la convention du 7 mars 2003 (article 1),
- Schéma départemental en faveur des personnes adultes handicapées,

Il est convenu et arrêté ce qui suit entre les parties contractantes :

V. 4 nov 2009 toutes modifications vérifiées

Article 1^{er} : Objet de la convention

Cette convention a pour objectif de définir un cadre général au partenariat entre les trois Centres Hospitaliers assurant les missions de service public de psychiatrie de secteur dans le département du Rhône et l'Association GRIM.

Elle vise également à préciser dans le cadre du « contrat d'accompagnement et de soin » (annexe 2), les modalités de mise en œuvre d'un partenariat opérationnel entre les services de soins pour adultes et les services de l'Association GRIM afin de faciliter et coordonner la prise en charge des personnes accueillies.

Le projet de chacun des services du GRIM présente dans le détail :

- Sa mission
- Les modalités d'intervention du personnel éducatif,
- L'organisation générale.

Une synthèse du projet du service logement est jointe dans l'annexe 1 de cette convention.

Article 2 : Les personnes en situation de handicap psychique

La loi du 11 février 2005 pour « l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées » apporte la première reconnaissance officielle du « handicap psychique ». Elle concerne des personnes présentant des troubles psychiques graves qui sont certes améliorés par le soin psychiatrique, mais qui rencontrent souvent des difficultés dans leur vie sociale : la société a une obligation de compenser les conséquences de ce handicap.

L'expression « handicap psychique » est aujourd'hui reconnue et utilisée par la plupart des acteurs du champ sanitaire et médico-social. Cette terminologie concerne des personnes atteintes d'une pathologie mentale grave qui se retrouvent de ce fait « en situation de handicap psychique » dans un environnement donné.

La MDPH est seule habilitée à accorder cette reconnaissance au regard de l'étude d'un dossier et d'un certificat médical précisant la nature des troubles psychiques. Elle assure également l'orientation vers l'établissement médico-social adapté aux besoins de chacun.

Ainsi, des personnes autrefois prises en charge uniquement par le champ sanitaire peuvent relever aujourd'hui du champ social ou médico-social.

La mise en présence des acteurs de ces deux champs est une opportunité permettant de répondre ensemble mais de manière spécifique aux besoins des personnes concernées.

Article 3 : Définition des champs d'action au plan sanitaire et au plan social.

➤ Les services sanitaires établissent des diagnostics et des programmes de soins adéquats aux pathologies rencontrées afin de soulager les patients et de les aider à formuler et à réinvestir leur projet de vie.

➤ Les services sociaux accompagnent et apportent un soutien aux personnes souffrant de troubles psychiques afin de répondre à leurs besoins et d'assurer leur insertion sociale.

V. 4 nov 2009 toutes modifications vérifiées

Ces services répondent aux besoins des personnes accueillies : une demande peut être clairement formulée par le bénéficiaire ou bien évoquée par des actes ou des comportements qui doivent être pris en compte et toujours discutés avec la personne concernée.

L'objectif est de favoriser une acceptation des personnes souffrant de pathologies mentales par la société, d'éviter le rejet et de faciliter l'accès à un logement de droit commun.

Une collaboration efficace entre services de soin et services sociaux, prendra appui sur une connaissance mutuelle des prestations proposées ainsi que sur le respect du rôle de chacun.

Article 4 : Partenariat entre les centres hospitaliers et l'association GRIM

L'association GRIM, créée en 1987, gère aujourd'hui 3 services :

- Un SAVS (Service d'accompagnement à la vie sociale) : 168 places implantées sur Lyon, Villefranche et Tarare,
- Un service tutélaire, créé en 1993 et qui gère aujourd'hui environ 1500 mesures, implantées sur Lyon, Villefranche et Tarare,
- Un service d'accompagnement renforcé et d'insertion par le logement de 39 places, ouvert en 2002 à Lyon.

Cette convention concerne aujourd'hui plus particulièrement le service logement, mais elle pourrait évoluer par une modification ou un avenant, à un partenariat avec les services tutelles et le SAVS.

Article 5 : Communication

Un exemplaire de cette convention sera communiqué au Conseil Général du Rhône.

Les représentants des trois hôpitaux signataires de cette convention assureront la communication de ce document aux différents secteurs relevant de leurs établissements respectifs.

Article 6 : Evaluation et Modification de la convention.

La première convention signée le 7 décembre 2005, a été évaluée et un nouveau document a été élaboré par les parties concernées.

Lors de sa mise en pratique, cette nouvelle convention pourrait révéler des points de faiblesse. Aussi, à la demande de l'une des parties signataires, une évolution pourrait être examinée. Ces modifications seraient prises en compte dans le cadre de la signature d'une nouvelle convention ou d'un avenant au présent document.

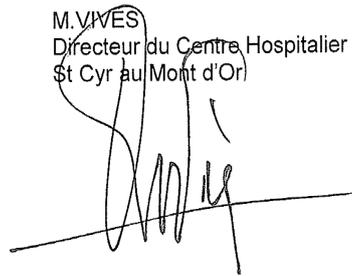
Enfin, il sera indispensable de réaliser une évaluation de cette convention à une échéance de trois ans afin d'analyser la pertinence de ce cadre ainsi que les résultats obtenus. L'objectif d'une telle démarche étant également de maintenir l'articulation de ce document avec les projets des différents établissements et avec leurs pratiques professionnelles.

Fait à Lyon, le 17 Mars 2010

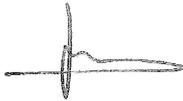
M. BAPTISTE
Président de l'Association GRIM



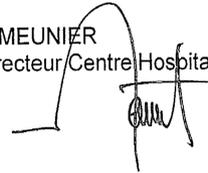
M. VIVES
Directeur du Centre Hospitalier
St Cyr au Mont d'Or



M. MARESCAUX
Directeur Général du Centre Hospitalier
St Jean de Dieu



M. MEUNIER
Directeur Centre Hospitalier du Vinatier



V. 4 nov 2009 toutes modifications vérifiées

Annexe n° 7 : Tableau d'évolution des effectifs en personnel du service logement

	Fonction	Total ETP	Effectifs personnes accueillies	Ratio d'enca-drement	Coût Annuel en points
Situation intégrant le projet d'adaptation à court terme	1 Directeur (0,25 ETP), 1 Chef de service, 3,75 Éducateurs spécialisés, 1 Assistante sociale (0,75 ETP), 1 Aide Médico-Psychologique, 0.75 Animatrice (ES) 0.75 Animatrice atelier cuisine (BTS ESF) 1 Secrétaire, 0.75 agent d'entretien (CUI) 1 Comptable (0,50 ETP),	10,50	39	0,27	78 700
Situation après extension Par le foyer	Idem + AS (0.25) et 2.25 AMP	13	44	0,30	91 400

Annexe n° 7 bis : Budget prévisionnel du service logement intégrant la création du foyer

	BP 2010	Mesures nouvelles : Foyer	BP 2010 Après extension
Effectif	39	5*	44
Dépenses	783 954	146 092	930 046
Produit de la tarification	660 239	109 304	769 543
Coût annuel à la place	16 929	21 861	17 490
Nombre de journées (80%)	11 388	1 460	12 848
Prix de journée	57.98	74.87	59.90