



**FAVORISER AU SEIN D'UN S.A.M.S.A.H., L'ACCÈS AU
LOGEMENT D'ADULTES SOUFFRANT DE TROUBLES
PSYCHIQUES, PAR LA MOBILISATION DES PARTIES
PRENANTES**

Delphine CREPIN

2010

cafdes



Remerciements

J'adresse mes premières pensées à ma petite fille née pendant la période de formation du CAFDES et mon compagnon qui m'ont soutenue tout au long de ces semaines. Ils ont su faire preuve de beaucoup de patience et de compréhension pour me donner la force utile à la réalisation de ce travail.

Je remercie Christèle BOUALI, directrice d'établissement et Michèle DORIVAL, vice-présidente d'ISATIS, pour leurs conseils éclairés et leur guidance durant toute la conception de ce mémoire.

Je remercie l'ensemble des bénéficiaires de l'association que j'ai pu accompagner ou rencontrer et avec lesquels j'ai pu apprendre et mesurer tout le chemin à parcourir pour une meilleure place dans la société.

Je salue les équipes pour leur engagement et les valeurs que nous partageons ensemble, ce socle commun sans lequel je ne pourrais réaliser mon travail.

Enfin, je remercie le directeur général et les administrateurs de l'association pour m'avoir fait confiance et donnée la chance de pouvoir évoluer professionnellement.

Sommaire

INTRODUCTION	1
1 SANTE MENTALE ET TROUBLES PSYCHIQUES	3
1.1 DE LA MALADIE MENTALE AU HANDICAP PSYCHIQUE	3
1.1.1 Quelques repères	3
A) Les définitions de la santé mentale et des maladies mentales	3
B) Depuis 2005, la reconnaissance du handicap psychique.....	4
1.1.2 Regard sur les orientations et les pratiques européennes	6
A) Une politique européenne pour répondre à des besoins en évolution	6
B) Deux expériences européennes significatives	7
C) Les orientations et engagements territoriaux	8
1.1.3 L'association ISATIS.....	9
A) Objet, missions et organisation de l'association.....	10
B) La culture et les valeurs associatives	11
1.2 LES PERSONNES SOUFFRANT DE TROUBLES PSYCHIQUES	11
1.2.1 Les troubles psychiques	12
1.2.2 Le quotidien d'une personne handicapée psychique	13
1.2.3 Les représentations sociales du handicap psychique	14
1.2.4 L'organisation des soins psychiatriques	15
A) L'évolution des soins psychiatriques	16
B) La réhabilitation psychosociale.....	16
1.2.5 L'insertion sociale des personnes souffrant de troubles psychiques.....	18
A) La citoyenneté	18
B) L'intervention des familles, des usagers et des professionnels.....	20
1.3 LE LOGEMENT DES PERSONNES SOUFFRANT DE TROUBLES PSYCHIQUES	22
1.3.1 Le logement, passeport pour une inscription sociale	22
A) Les représentations sociales du logement	22
B) L'hébergement et le logement	23
C) La politique en faveur de l'accès au logement en France	25
1.3.2 Les modes de vie des personnes souffrant de troubles psychiques	27
A) Précarité psychique et sociale et le Mal-logement	27
B) Le logement de droit commun : l'aboutissement d'un parcours	29

2 LE SAMSAH : UNE REPONSE AU BESOIN D'ACCOMPAGNEMENT DANS L'ACCES A UN LOGEMENT.....	30
2.1 LE SAMSAH D'ISATIS.....	30
2.1.1 L'histoire et la création	31
A) L'histoire du SAMSAH.....	31
B) Le SAMSAH d'ISATIS.....	31
2.1.2 Les personnes accueillies	32
A) Les caractéristiques des bénéficiaires du SAMSAH	32
B) La demande de logement.....	33
C) L'identification des besoins des personnes.....	33
2.1.3 L'accompagnement médico-social	35
A) L'accompagnement global	35
B) Le processus d'accompagnement.....	37
C) L'ouverture sur l'extérieur : des parties prenantes indispensables	39
2.2 L'ORGANISATION DU SAMSAH	42
2.2.1 Les équipes de direction	43
A) Les liens entre la direction générale et les directeurs	43
B) Les liens entre la directrice et la chef de service.....	44
C) Le lien entre la directrice et l'équipe administrative.....	45
2.2.2 L'équipe pluridisciplinaire	45
A) L'organigramme du SAMSAH	46
B) Les fonctions et les rôles des professionnels.....	47
C) Le fonctionnement de la pluridisciplinarité	48
D) Les modes de coordination	49
2.2.3 Le type de management.....	50
A) Le choix de la créativité et de la responsabilisation	50
B) La gestion de la spécialisation d'intervention	51
2.3 LES LIMITES INTERNES ET EXTERNES AU FONCTIONNEMENT DU SAMSAH ET LEURS CONSEQUENCES SUR L'ACCOMPAGNEMENT DES PROJETS D'ACCÈS AU LOGEMENT	52
2.3.1 Les limites liées à l'organisation interne	53
A) La dilution du sens de la pratique d'accès au logement.....	53
B) Le manque de continuité de l'activité	53
C) Le cloisonnement des missions	53
D) Des besoins d'accompagnement social initialement sous-estimés.....	54
E) Des parties prenantes pas assez sollicitées à l'externe.....	54
2.3.2 Les limites liées au contexte extérieur	55

A) Les problématiques psychiques et l'urgence sociale	55
B) Le FSL, un dispositif réglementé	56
C) La stigmatisation des personnes handicapées.....	56
D) Un marché immobilier saturé.....	57
3 REORGANISER LE SAMSAH POUR FAVORISER L'ACCES A UN LOGEMENT AUTONOME : UNE DYNAMIQUE A CONSTRUIRE AVEC L'ENSEMBLE DES PARTIES PRENANTES.....	57
3.1 CONDUIRE LA DÉMARCHE ET ENGAGER LE CHANGEMENT.....	58
3.1.1 Mobiliser les ressources humaines	58
A) Communiquer en interne	59
B) Responsabiliser les professionnels du SAMSAH.....	61
3.1.2 Fédérer l'ensemble des parties prenantes autour du projet de service.....	62
A) Le projet de service, un outil dynamique	62
B) Redonner du sens à la mission d'accompagnement et au projet individualisé centrés sur le logement	63
C) Piloter la démarche.....	63
3.2 RÉORGANISER EN INTERNE POUR OPTIMISER LA MISSION D'ACCÈS AU LOGEMENT	65
3.2.1 Redéployer la mission d'accès au logement	65
A) Impliquer les bénéficiaires, les familles et de nouveaux membres de l'équipe	65
B) Apporter les moyens nécessaires au projet d'accompagnement.....	67
3.2.2 Développer les instances de coordination.....	69
A) L'évaluation de l'autonomie du bénéficiaire.....	69
B) L'outil informatique	70
C) D'autres outils collaboratifs.....	71
3.3 CONSTRUIRE DES RÉPONSES ADAPTÉES AVEC L'EXTERNE.....	72
3.3.1 Définir une stratégie d'ouverture sur l'extérieur	72
A) Développer le réseau de professionnels	73
B) Donner les clés pour mettre en œuvre le travail en réseau.....	73
3.3.2 Construire le partenariat	74
3.3.3 Soutenir et dynamiser les liens avec l'externe	75
A) Réaffirmer la politique associative de communication externe.....	75
B) Créer des occasions de rencontres professionnelles.....	75
3.4 FAIRE VIVRE LA QUALITÉ DU SERVICE	76
3.4.1 Manager les compétences	76
A) S'inscrire dans la politique globale de formation	76
B) Agir sur les compétences	77

3.4.2 L'évaluation interne du SAMSAH	78
A) Mener la démarche d'évaluation interne	79
B) Identifier les indicateurs de réussite	80
C) Piloter le Plan d'Amélioration Continue	81
3.4.3 Inscrire le plan d'action dans le temps et hiérarchiser les priorités	81
CONCLUSION.....	83
BIBLIOGRAPHIE	85
LISTE DES ANNEXES	I

Liste des sigles utilisés

AIVS :	Agence Immobilière à Vocation Sociale
AHI :	accueil Hébergement Insertion
ANAH :	Agence NAtionale de l'Habitat
ANESM :	Agence Nationale de l'Evaluation Sociale et Médico-sociale
AWIPH :	Agence Wallonne d'Insertion des Personnes Handicapées
AAH :	Allocation d'Adulte Handicapé
ACTP :	Allocation Compensatrice pour une Tierce Personne
AGAPSY :	Association Gestionnaire pour l'Accompagnement des personnes handicapées PSYchiques
APL :	Allocation Personnalisée au Logement
ARS :	Agence Régionale de Santé
CADA :	Centre d'Accueil de Demandeurs d'Asile
CATTP :	Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel
CCAS :	Centre Communal d'Action Sociale
CDAPH :	Commission des Droits et de l'Autonomie de la Personne Handicapée
CHRS :	Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale
CHU :	Centre d'Hébergement d'Urgence
CHS :	Centre Hospitalier Spécialisé
CMP :	Centre Médico Psychologique
CNIL :	Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés
CRESUS :	Cellule Relais d'Entrée et de Soins pour les Usagers en Santé mentale
CROSMS :	Comité Régional de l'Organisation Sanitaire et Médico-Sociale
CSM :	Centre de Santé Mentale
CPH :	Centre Provisoire d'Hébergement
CUI :	Contrat Unique d'Insertion
DALO :	Droit Au Logement Opposable
DDASS :	Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
DIPC :	Document Individuel de Prise en Charge
DRASS :	Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales
DGAS :	Direction Générale de l'Action Sociale
ESAT :	Etablissement et Service d'Aide par le Travail
ESSMS :	Etablissement et Service Sociaux et Médico-Sociaux
FAM :	Foyer d'Accueil Médicalisé
FNA-Psy :	Fédération NAtionale des patients en Psychiatrie

FSL :	Fond de Solidarité au Logement
GEM :	Groupe d'Entraide Mutuelle
GPEC :	Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences
HCLPD :	Haut Comité pour le Logement des Personnes Défavorisées
ISATIS :	Intégration, Soutien, Accompagnement au Travail et Insertion Sociale
LHSS :	Lits Halte Soins Santé
MAS :	Maison d'Accueil Spécialisée
MDPH :	Maison Départementale des Personnes Handicapées
OMS :	Organisation Mondiale de la Santé
PACA :	Provence Alpes Côte d'Azur
PDALPD :	Plan Départemental d'Action pour le Logement des Personnes Défavorisées
PLA-I :	Prêt Locatif Aidé d'Intégration
PLIE :	Plan Local pour L'Insertion et l'Emploi
PLUS :	Prêt Locatif à Usage Social
PLS :	Prêt Locatif Social
PNAI :	Plan National d'Action pour l'Inclusion sociale
PNSE :	Plan National Santé-Environnement
PRIAC :	PRogramme Interdépartemental d'ACcompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie
PRSP :	Programme Régional de Santé Publique
RISP :	Relais Insertion Sociale et Professionnelle
RQTH :	Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé
RSA :	Revenu de Solidarité Active
SAD :	Service d'Accompagnement à Domicile
SAMSAH :	Service d'Accompagnement Médico-Social pour personnes Adultes Handicapés
SASTH :	Service d'Accompagnement et de suivi des Travailleurs Handicapés
SAVS :	Service d'Accompagnement à la Vie Sociale
SEM :	Société d'Economie Mixte
SISM :	Semaine d'Information en Santé Mentale
SRS :	Service Relais Santé
SROS :	Schéma Régional d'Organisation Sanitaire
SRU :	Solidarité et Renouvellement Urbain
UDAF :	Union Départemental des Associations Familiales
UMD :	Unité pour Malades Difficiles
UNAFAM :	Union Nationale des Amis et FAmilles de Malades mentaux

Introduction

Directrice d'un complexe d'établissements et services sociaux et médico-sociaux au sein de l'association ISATIS, située à Nice dans les Alpes-Maritimes, mon regard vient se porter spécifiquement dans ce mémoire sur la question de l'accès à un logement de droit commun pour les adultes souffrant de troubles psychiques accompagnés au sein de notre service SAMSAH.

ISATIS accueille des personnes dont le désavantage social, consécutif à un dysfonctionnement psychique, vient perturber l'inscription dans la vie sociale, professionnelle et citoyenne.

Dès 2001, l'association s'est mobilisée pour apporter une réponse aux demandes des personnes, d'intégration dans la cité à partir du domicile. Le service d'accompagnement à domicile est créé avec pour missions l'accès et le maintien dans un logement autonome au cœur de la ville. Ce service, d'abord expérimental, est devenu en 2008 un Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés (SAMSAH). Présente au démarrage de cette mission en qualité de Chef de service puis en qualité de Directrice, j'ai soutenu cette transformation en service médico-social afin de le faire évoluer dans le cadre des politiques publiques et de consolider l'offre de service.

Depuis deux ans, le SAMSAH propose une offre de service favorisant l'autonomie des personnes pour permettre leur intégration dans la société ; le domicile prend une place primordiale dans cette perspective d'insertion sociale. C'est pourquoi, un accompagnement de proximité, au plus près des bénéficiaires et de leur environnement familial, social et professionnel y est engagé.

Cent vingt personnes sont accueillies sur le département des Alpes-Maritimes et 35% d'entre elles expriment le désir de vivre dans un logement autonome.

Cette demande légitime naît d'une part, du besoin de sortir d'hébergements temporaires, précaires, familiaux ou sanitaires, devenus inadaptés à leur situation et d'autre part du besoin de se construire socialement à travers un lieu de vie où peut se projeter davantage et se construire une identité personnelle et sociale.

Pourtant, le logement reste une problématique sociale sensible pour toute personne en proie à différentes formes de précarité. La population que nous accompagnons est directement touchée par la situation du mal-logement décrite par la fondation Abbé Pierre¹. Les freins se surajoutent lorsqu'il faut remplir les conditions d'accession à la location : la stigmatisation autour de ce handicap est forte et elle véhicule des représentations de violence, d'agressivité et d'imprévisibilité ; mais aussi des exigences du secteur immobilier,

renforcées par un marché saturé, des loyers excessifs dans le parc privé et une pénurie de logement dans le parc social. Enfin, un hiatus est perceptible entre d'une part la promulgation de lois instituant l'accès aux droits des personnes handicapées, à la citoyenneté, l'autonomie et un droit au logement opposable (loi du 11/02/2005 et loi DALO du 5 mars 2007) quand d'autre part, leur application ne peut être que partielle voire impossible au regard des besoins à couvrir et du manque de logement.

Aussi, il m'a semblé important de mener ce travail dans un premier temps autour des concepts bordant celui du handicap psychique et du logement. L'évolution de la prise en charge des personnes, sanitaire puis sociale, a ouvert le champ des possibles et dans le même temps a conduit à la création de nouveaux univers professionnels spécialisés.

Je présenterai ensuite le SAMSAH son action en faveur de l'accès au logement et ses parties prenantes, pour mettre à jour la nécessité d'amélioration au sein de son organisation.

Enfin, l'ensemble des éléments contextuels m'ont conduite à m'interroger sur les réponses concrètes à apporter pour favoriser cette autonomie et évolution citoyenne chez chacun des bénéficiaires d'ISATIS désireux de vivre dans son propre logement. Le constat d'une nécessité de réinventer de nouvelles solutions en s'appuyant sur les acteurs existants et impliqués dans cette dimension politique sociétale me paraît évidente. Ils sont les « parties prenantes » d'un système complexe au carrefour de nombreux enjeux politiques, économiques et sociaux. La mobilisation des acteurs à l'interne comme à l'externe fera l'objet de choix stratégiques et managériaux tant dans la démarche de communication que dans celle d'élaboration d'un projet commun, avec pour fil conducteur la qualité du service rendu à la personne accueillie, en relation avec la politique menée par l'association.

¹ Fondation Abbé Pierre, 15ème Rapport annuel , *L'état du mal logement en France*, 2010.

1 SANTE MENTALE ET TROUBLES PSYCHIQUES

Mon objectif est de présenter d'ores et déjà les personnes atteintes de troubles psychiques, ainsi que le contexte sociétal dans lequel elles évoluent. Cette population est encore aujourd'hui mal perçue et souvent incomprise dans sa réalité quotidienne et sa possibilité d'évolution.

Je vais parcourir dans un premier temps les notions et les orientations prises par les politiques publiques relatives à la santé mentale avant d'aborder les caractéristiques des personnes handicapées psychiques et leur situation au regard du logement.

1.1 DE LA MALADIE MENTALE AU HANDICAP PSYCHIQUE

Avant d'entrer dans le cœur de la problématique, la clarification de l'ensemble des concepts me semble importante pour border le sujet et ses enjeux. Il me faut donc commencer par situer ce qui caractérise la « bonne » santé mentale puisqu'elle est l'objectif à atteindre pour chacun des acteurs. Et, parce que la santé nous ramène vers les termes de maladie, de troubles et de handicap, j'expliquerai comment chacun d'entre eux revêt un sens en lien avec le vécu des personnes et avec les différentes formes de réponses, allant du sanitaire au social.

1.1.1 Quelques repères

L'ensemble des définitions a évolué en fonction des avancées de la science médicale mais aussi de la prise en compte dans la société des personnes malades. Elles participent à la compréhension des notions et tendent sous l'influence des politiques européennes à s'ouvrir vers d'autres secteurs.

A) Les définitions de la santé mentale et des maladies mentales

L'organisation Mondiale de la Santé, en 2001, pour spécifier la santé mentale s'inspire de la définition de la santé. Elle s'appuie sur une dimension résolument positive, élargie au concept de la qualité de vie ; il s'agit dès lors d'observer la santé mentale du côté d'une « bonne santé » et non du côté de la maladie.

Si « La santé est un état complet de bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité »² et pour l'OMS, la qualité de vie est « la perception qu'a un individu de sa place dans l'existence, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lesquels il vit, en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes ». Alors, la santé mentale est un état de bien-être

² Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, tel qu'adopté par la Conférence internationale sur la Santé, New York, 19-22 juin 1946 et entré en vigueur le 7 avril 1948.

au sein de la société qui sous-entend pour chacun d'être capable de s'adapter aux conditions de vie et d'être acteur dans sa communauté.

La prise en charge de la santé mentale s'organise à partir d'une politique sanitaire et de santé publique ; elle vise à améliorer la santé mentale des citoyens. Elle implique des acteurs plurisectoriels, représentés principalement par la médecine psychiatrique et les secteurs du social, de l'éducatif, des transports, de l'environnement, des églises et des clubs de vie sociale. L'enjeu est majeur pour notre pays, dans lequel un Français sur cinq présente un niveau de détresse psychologique significatif³. L'OMS incite les politiques à prendre en compte les grands problèmes affectant la santé mentale et encourage la pluri-sectorialité.

La promotion de la santé mentale doit améliorer la vie de tous. Or, il est identifié que les maladies mentales surviennent lorsque les différents facteurs psychologiques, sociaux, environnementaux ne garantissent plus un équilibre.

Trois dimensions distinctes sont répertoriées : les troubles mentaux, la détresse psychologique et la santé mentale positive. À partir des années 50, l'avancée des traitements a permis de faire sortir de l'hôpital des patients et d'envisager avec eux leur réinsertion sociale. Le vocabulaire change et le terme de « trouble mental » apparaît. Dans les années 90, les notions de souffrance psychologique et de détresse font leur apparition parallèlement aux conditions de vie précaires des populations observées dans la société. Elles ne constituent pas en soi une pathologie puisqu'elles sont réactionnelles mais leur évaluation détermine au regard de leur durée et de leur intensité le risque d'un trouble psychique et le besoin d'une prise en charge sanitaire.

Enfin plus récemment, l'aspect positif de la santé mentale est défini par l'expression subjective de l'accomplissement, de la réalisation de soi, et par l'identification de capacités mobilisables pour faire face aux difficultés rencontrées dans sa vie.

À ISATIS, c'est la terminologie de « troubles psychiques » qui est employée. La personne n'est plus un patient lorsqu'elle se présente au SAMSAH mais un « bénéficiaire » d'un service.

B) Depuis 2005, la reconnaissance du handicap psychique

La notion de handicap liée à des incapacités notamment sociales et cognitives a longtemps été ignorée ou englobée par les politiques ou institutions publiques avec le handicap mental par déficience intellectuelle. Depuis 2005, une loi a reconnu le handicap psychique. Je vous propose de retracer l'avènement de cette étape cruciale.

³ Centre d'analyse stratégique, Rapport : *La santé mentale, l'affaire de tous ; pour une approche cohérente de la qualité de vie*, novembre 2009.

a) *L'histoire de la reconnaissance*

Trois périodes s'observent dans la mise en évidence du handicap psychique.

En 1975, l'influence médicale est primordiale dans les orientations prises par le législateur sur le handicap. Les psychiatres défendent l'idée d'un traitement des maladies, incompatible avec l'assistance rattachée au handicap. La maladie mentale ne relèverait donc que de la psychiatrie et la notion de handicap psychique n'est pas encore inscrite.

Il faut attendre les années 1980, pour que la notion de handicap commence à faire référence à la déficience, à l'incapacité et au désavantage⁴. L'action des associations⁵ prend de l'ampleur car dans le même temps, la psychiatrie diminue ses places d'hospitalisation pour ouvrir des centres de soins en suivi ambulatoire. Les patients sont de retour dans la cité et des besoins sociaux apparaissent. Puis, un guide barème est créé en 1993 dans le but d'évaluer les déficiences et les incapacités des personnes handicapées, et de donner accès à des aides sociales financières (Allocations Adultes Handicapés) ou humaine (Allocation Compensatrice pour une Tierce Personne). La déficience psychique y est énumérée pour l'enfant et l'adulte.

Le handicap psychique est mentionné plus ouvertement dans la loi du 11 février 2005, pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, même si son évocation est encore faite avec précaution dans la nouvelle définition du handicap et sous couvert de l'énumération d'altérations de fonctions dont celle du psychisme.

b) *La nouvelle définition du handicap*

Cette loi n°2005-102, pose à l'article L114 sa nouvelle définition :

« 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 cognitives ou psychiques, d'un poly-handicap ou d'un trouble de santé invalidant. ».

Cette définition introduit pour la première fois la présence d'un désavantage social consécutif à une « altération des fonctions psychiques ». Le handicap est perçu en fonction de la personne et de son environnement. Il ouvre des droits à compensation pour redonner aux personnes les chances d'une inscription sociale et citoyenne. La définition, large, aborde le principe d'accès aux droits (à la vie sociale, la citoyenneté, la vie professionnelle,

⁴ Selon la Classification Internationale des Handicaps du Professeur WOOD. L'OMS fera évoluer cette classification en 2001 avec la CIF, Classification Internationale du Fonctionnement.

⁵ Avec la loi d'orientation n°75-534 du 30 juin 1975 en faveur des personnes handicapées

la scolarité, les ressources, un droit à compensation, l'accessibilité), et avance les garanties de nouvelles perspectives pour les personnes handicapées.

1.1.2 Regard sur les orientations et les pratiques européennes

L'ampleur des problématiques en santé mentale amène les politiques européennes à se mobiliser de plus en plus. Les situations de souffrance psychique concernent aujourd'hui l'ensemble des populations et tous les domaines de leur vie sociale (travail, enseignement...). Le besoin d'agir et de prévenir est fort au regard des coûts financiers et face au risque de dilution d'une cohésion sociale.

A) Une politique européenne pour répondre à des besoins en évolution

Plusieurs rapports⁶ parus ces dernières années montrent combien l'enjeu de société est important face au constat dramatique d'une augmentation de la fragilité psychique des personnes, étendue aujourd'hui à toutes les personnes vulnérables et marginalisées. Le coût des soins en santé mentale représente 3% à 4% du PIB des Etats membres à savoir, 436 milliards d'euros par an.

La maladie mentale est un problème grandissant pour l'Union Européenne⁷ (UE). 27 % des Européens d'âge adulte connaissent au moins une forme de mauvaise santé mentale au cours d'une année donnée (troubles anxieux et dépression) et 59 000 personnes se suicident chaque année, dont 90% sont dus à des troubles mentaux. La stigmatisation des malades mentaux demeure une réalité. Elles se heurtent à des appréhensions et à des préjugés qui augmentent les souffrances personnelles et aggravent l'exclusion sociale.

L'enjeu est celui du maintien durable d'une bonne cohésion sociale et d'un développement économique satisfaisant. L'Europe, en 2005, à l'issue d'une conférence ministérielle de l'OMS, pose donc les premiers jalons d'une stratégie pour l'amélioration de la gestion des maladies mentales et pour la promotion du bien-être.

Les pays européens présentent des disparités dans leur fonctionnement et leurs réponses de traitement de la santé mentale. En revanche, ils ont tous subi des restrictions de financement venant fragiliser la qualité des réponses apportées aux personnes. C'est pourquoi en 2006, le Parlement Européen fait de la santé mentale une priorité et demande à ce que des réponses communes soient trouvées. En 2008, un « Pacte Européen pour la santé mentale »⁸ est signé par les Etats membres pour la mise en place d'une stratégie transversale incluant le secteur sanitaire, de l'enseignement et du travail.

Il pose des recommandations autour de cinq domaines d'actions : la prévention du suicide

⁶ Commission de l'environnement, de la santé publique et de la sécurité alimentaire, *Rapport européen sur la santé mentale*. Janvier 2009. Et Commission Européenne, Conseil de l'Europe et OMS, Conférence sur la Santé Mentale. Helsinki. Janvier 2005.

⁷ Commission Européenne, Livre vert, *Améliorer la santé mentale de la population : vers une stratégie sur la santé mentale pour l'Union Européenne*. 2005.

et de la dépression, la santé mentale dans la jeunesse et dans l'enseignement, la santé mentale sur le lieu de travail, la santé mentale des personnes âgées et la lutte contre la stigmatisation et l'exclusion sociale.

B) Deux expériences européennes significatives

a) *L'expérience italienne de Trieste*⁹

J'ai souhaité présenter l'expérience italienne de Trieste en raison de son originalité au regard de l'axe social du traitement des troubles psychiques. L'approche humaniste y est centrale avec la volonté notamment de redonner un statut de citoyen aux personnes en leur permettant l'accès aux dispositifs du droit commun (logement, activité sociale, travail...) autour d'une prise en charge pluridisciplinaire sanitaire et sociale. En 1978, sur la vision anticipatrice du psychiatre Franco Basaglia, la loi 180 impose la fermeture des hôpitaux psychiatriques. Il crée un modèle d'accompagnement des malades, instituant la réinsertion à partir d'un étayage pris dans le réseau associatif, familial et institutionnel territorial. Quatre centres de santé mentale (CSM) organisent 7 jours sur 7 et 24h sur 24 les soins pour 250000 habitants. À ce dispositif sont annexés uniquement six lits aux urgences de l'hôpital général.

Les projets individualisés, thérapeutique et social, se coordonnent avec la participation active de la personne. Une seule règle est imposée : un suivi sanitaire obligatoire. De plus, les familles sont complètement intégrées au processus d'accompagnement. Basaglia a fortement insisté sur la possibilité de trouver des logements dans la cité pour les personnes ; car selon lui, le logement, au-delà d'être un lieu de vie, est aussi ce qui vient toucher à l'ensemble des règles et des rapports sociaux qui s'instaurent autour du domicile.

b) *L'institution Belge, Le Courtil*

Dans le cadre de la formation CAFDES, j'ai choisi de réaliser un stage en Belgique au sein de l'association Le Courtil. Cette institution a développé dans l'ensemble de ses prises en charge un secteur destiné aux jeunes adultes souffrant de troubles psychiques, dont un des services est ouvert sur le milieu ordinaire de vie, via l'accès à un logement transitoire. Le soutien actif et la place de l'institution en tant que partenaire doivent permettre d'aider à l'élaboration personnelle de la personne pour l'inviter à reconstruire un nouveau rapport à elle-même, aux autres, à la société. La personne est encouragée à inventer son parcours, et à partir de ses propres moyens à s'inscrire dans le monde et à s'y faire une place.

⁸ Pacte européen pour la santé et le bien-être signé lors de la conférence Européenne, *Tous ensemble pour une meilleure santé mentale et un mieux être en Europe*. Juin 2008.

⁹ *Trieste : 30 ans après la fermeture des hôpitaux psychiatriques, un exemple pour le développement durable et l'insertion sociale* LACHAT D. Juin 2010.

Les modalités de l'accompagnement trouvent leur source dans le travail clinique, dont le premier pan vise l'identification de la structure de personnalité. L'ensemble des établissements et services offre une souplesse dans les différentes possibilités d'inscription à l'institution et favorise ainsi le travail sur le projet « particularisé ». Des passerelles entre structures sont possibles lorsqu'il faut ajuster au fonctionnement de la personne l'offre d'accueil qui lui donnera toutes les chances de se réaliser.

Le service des studios permet à de jeunes adultes psychotiques d'être accompagnés alors qu'ils ne peuvent supporter la vie en communauté. Indirectement, c'est aussi le moyen de les aider à se préparer à une vie plus autonome et à la sortie de l'institution.

Ces formes d'accompagnement sont des alternatives à l'hospitalisation. Elles produisent de nombreux effets positifs d'une part sur les personnes au regard de leur insertion citoyenne, d'autre part sur la diminution de la stigmatisation et d'un changement de regard sur la folie. Enfin en terme de coût financier, les prises en charges sont extrêmement moins élevées. Je retiens de ces deux expériences la richesse d'une culture institutionnelle forte, d'un positionnement éthique clair et porté par des concepts théoriques et philosophiques, et une place première donnée à l'usager. Les offres de services y sont pensées en totale adéquation avec les spécificités de la population et dans une souplesse qui permette des ajustements permanents pour favoriser l'évolution des personnes. En France, ces modèles ne se sont pas développés dans l'organisation des soins psychiatriques. Des expériences ont été menées du côté des associations de familles ou d'ex-usagers de la psychiatrie pour ouvrir des portes qui jusque-là étaient restées closes.

C) Les orientations et engagements territoriaux

Les politiques en santé mentale continuent d'évoluer pour tenter de trouver des réponses plus adaptées. Les rapports réguliers en santé mentale montrent cette volonté d'avancer et de sortir des carcans idéologiques et de représentations sociales négatives des troubles psychiques, mais du chemin reste encore à parcourir.

a) *Au niveau national*

Plusieurs rapports en santé mentale en 2002 et 2003 ont défini pour la 1^e fois des recommandations en ce domaine¹⁰ (plan d'action, information, formation, aide aux associations, programmes d'études et de recherche) et mettent en évidence le lien entre la souffrance psychique et l'exclusion sociale¹¹.

¹⁰ Ministère de l'emploi et de la solidarité, Rapport Charzat, *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. (138 p).

¹¹ Ministère des affaires sociales, du travail et de la solidarité, Rapport Parquet *Souffrance psychique et exclusion sociale*, 2003.

La loi du 11/02/2005 en a émergé et a apporté une réponse spécifique avec la création de groupe d'entraide mutuelle (GEM), structure d'accueil, auto gérée par les personnes souffrant de troubles psychiques et parrainée par une institution partenaire.

Depuis 2005, des rapports en santé mentale soutiennent la création de structures et services médico-sociaux, le rapprochement entre les secteurs psychiatrique, social et médico-social, un développement des pratiques prenant en compte les usagers et les familles et enfin une culture de l'évaluation.

Actuellement, c'est la promotion de la santé mentale¹² dans une visée de développement durable qui est mise en avant. Des préconisations d'actions poussent à proposer des réponses en s'appuyant sur tous les acteurs de la société (pouvoirs publics, employeurs, enseignants, soignants, associations...). Elles sont de l'ordre de la sensibilisation, la formation, la responsabilisation, l'autonomisation, le développement des compétences émotionnelles, sociales et cognitives, la promotion de mode d'organisation du travail plus efficient.

b) Au niveau régional et départemental

La région PACA¹³, suite au constat d'absence de prise en charge adaptée pour cette population¹⁴, s'est engagée à favoriser la prévention et l'accompagnement pour l'amélioration de l'insertion sociale et professionnelle des personnes, notamment autour de la dimension du logement et de l'emploi en milieu ordinaire et protégé. Le PRIAC 2009-2013 pose une orientation prioritaire pour le développement des prises en charge médico-sociales, parce que de nombreux patients sont maintenus à l'hôpital par manque de place dans des structures plus adaptées. Ces orientations incitent à l'amélioration des coopérations entre la psychiatrie et le secteur social et médico-social.

Le schéma départemental des Alpes-Maritimes, présenté en 2007, reprend ces orientations.

1.1.3 L'association ISATIS

Les acteurs en santé mentale se sont développés pour apporter des solutions d'intégration aux personnes souffrant de troubles psychiques. Partout en France des associations, des fondations, issues soit du monde de la psychiatrie ou de mouvement de familles, se sont créées. ISATIS s'est implantée en région PACA¹⁵ et œuvre avec l'ensemble des acteurs pour une reconnaissance des besoins et une évolution constante des politiques publiques en ce domaine.

¹² Centre d'analyse stratégique, Rapport « La santé mentale, l'affaire de tous ». 2009.

¹³ PRSP 2005-2009, Eléments de contexte et premières propositions. 2005 et SROS Psychiatrie et Santé mentale. 2006.

¹⁴ CESR Région Rhône-Alpes, Rapport n° 2005-03, *Handicap psychique et insertion sociale et professionnelle*. 2005

¹⁵ cf annexe n°1 Carte d'implantation régionale de l'association.

A) Objet, missions et organisation de l'association

L'association ISATIS a pour but de favoriser l'intégration sociale et professionnelle des personnes souffrant de troubles psychiques, en fonction de leurs demandes. Depuis 1995, des actions sociales et médico-sociales ont été mises en place pour offrir des prestations individualisées d'accompagnement et de soutien aux personnes souffrant de troubles psychiques. La réponse aux besoins des personnes s'opère en associant en étroite collaboration les acteurs du soin, du social et de l'emploi. Quarante-deux établissements et services spécialisés accueillent près de trois mille personnes à fin 2008. Les lieux sont répartis en vingt trois sites couvrant les huit départements des régions PACA et Corse.

Ses principaux moyens d'action sont la création et la gestion d'établissements et services, l'échange et la transmission de nouvelles connaissances acquises avec d'autres institutions poursuivant un but identique ou parallèle, des campagnes visant à améliorer la représentation sociale de la maladie psychique dans l'opinion publique, des réunions d'informations, des conférences, des expositions, et de façon générale tous moyens permettant d'atteindre les buts de l'association.

Des équipes de professionnels, en étroite collaboration avec les partenaires du réseau de la santé mentale et de l'action sociale, évaluent les demandes et mettent au service des personnes accueillies des moyens personnalisés pour répondre à leurs besoins. La diversité des besoins et des attentes des personnes souffrant de troubles psychiques a conduit ISATIS à proposer des réponses favorisant les évolutions des parcours d'insertion. Elle emploie cent cinquante salariés pour mener ces missions d'accueil et d'accompagnement.

L'association est actuellement gestionnaire de services et établissements sociaux et médico-sociaux suivant : des Services d'Accompagnement et de suivi des travailleurs handicapés (SASTH), des Services Relais Santé (SRS), des SAMSAH, des Foyers d'Accueil Médicalisé (FAM), des Etablissements et Service d'Aide par le travail (ESAT), des Foyers d'Hébergement et enfin des Groupes d'Entraide Mutuelle (GEM).

Sur mon périmètre d'action, « Alpes-Maritimes littoral », je dirige un complexe¹⁶ d'établissement et services comprenant : un FAM sans hébergement, deux SAMSAH, deux services d'insertion professionnelle, un service expérimental d'actions de formation et de conseils aux entreprises publiques et privées et un Service Relais Santé destiné aux bénéficiaires du RSA.

Quatre cents personnes sont accompagnées chaque année au sein de l'ensemble des Etablissements et Services Sociaux et Médico-Sociaux (ESSMS). Les zones

¹⁶ cf annexe n° 3 Organigramme de la direction territoriale

géographiques s'étendent de Nice vers Cannes, Antibes et le pays Grassois. Les actions sont menées par sept équipes de professionnels représentant 34 salariés pour 28 ETP.

B) La culture et les valeurs associatives

L'association loi 1901 s'est créée en 1995 avec au sein de son conseil d'administration une majorité de membres représentants des familles. Elles étaient à cette époque membres actifs de la section départementale de l'UNAFAM¹⁷ et souhaitaient créer pour leurs enfants ou proches malades des structures proposant une alternative à l'hospitalisation.

Au fur et à mesure de l'évolution et de la professionnalisation de l'association, le conseil d'administration s'est modifié pour intégrer aujourd'hui une proportion équilibrée entre personnes de la société civile issues en grande partie du secteur social et médico-social, dont le président et des personnes représentants des familles. Cette configuration présente l'avantage d'orientations et de décisions concertées où le besoin des personnes, l'éthique et la compréhension du secteur, peuvent être partagées et porteuses de nouvelles réponses en adéquation avec les orientations des politiques publiques. Le double regard est donc un atout associatif.

En 2002, l'association a posé par écrit les valeurs et les engagements qu'elle soutient. Très attachée à cette dimension éthique, j'ai investi le groupe de travail et contribué à l'élaboration du projet associatif¹⁸ et d'une charte interne de l'accompagnement. Aussi, il en ressort que le bénéficiaire est en droit d'attendre, un accompagnement conforme aux principes définis par la charte d'ISATIS¹⁹. À savoir, la prise en compte de la personne dans sa globalité, une pratique réalisée sur le principe de la confidentialité, des missions identifiées et spécifiques aux différents professionnels, en concertation permanente, une pratique de partenariat et de réseau, des formations, des supervisions pour soutenir la spécialisation et une qualité de travail.

1.2 LES PERSONNES SOUFFRANT DE TROUBLES PSYCHIQUES

L'insertion des personnes souffrant de troubles psychiques est complexe. Depuis la sortie des malades de l'hôpital psychiatrique et l'avancée des traitements, les conditions sont réunies pour permettre aux personnes d'exercer leur citoyenneté à travers une insertion sociale et/ou professionnelle dans la société. Le regard extérieur reste néanmoins encore un frein à cette insertion car aujourd'hui encore, la maladie psychique fait peur. Sa

¹⁷ L'UNAFAM, Union National des Amis et Famille des Malades psychiques, est créée en 1963¹⁷. Elle a pour but l'information, l'entraide auprès des familles concernées par la maladie psychique ainsi que l'orientation des personnes vers des structures, la promotion et le soutien à la création de structures d'accompagnement, le développement de la recherche en santé mentale et la représentation des personnes malades. Elle regroupe 15000 familles autour de 97 délégations départementales.

¹⁸ cf annexe n° 4 Le projet associatif

¹⁹ cf annexe n° 5 Charte de l'accompagnement ISATIS,

chronicité et ses fluctuations rendent son appréhension incertaine tant du côté de la personne en souffrance que de son environnement. Sans intervention spécifique, le risque d'exclusion devient inévitable.

1.2.1 Les troubles psychiques

Il est important de préciser les différents angles sous lesquels peuvent être abordés les troubles psychiques, puisqu'il en résulte des statuts et des formes de prise en charge différents.

La survenance des troubles psychiques provient d'un enchaînement multifactoriel avec un cumul de causes environnementales, biologiques et psychologiques.

Selon une classification médicale, apparaissent des catégories de maladies mentales que sont les psychoses, les névroses et les états limites. Les affections mentales, communément dénommées maladies mentales, ont fréquemment des conséquences importantes sur la vie quotidienne et l'insertion sociale et professionnelle des personnes :

- Les psychoses et notamment la schizophrénie sont caractérisées par une profonde perturbation de la pensée et des sentiments qui affectent la communication, la perception et l'image de soi, s'accompagnant de délire, et éventuellement d'hallucinations, et de repli sur soi, d'indifférence aux problèmes quotidiens. Ces troubles peuvent provoquer la perte des acquis et de l'autonomie. La schizophrénie, qui débute généralement chez l'adolescent ou le jeune adulte, est la forme la plus fréquente. Elle est communément estimée à environ 1 % de la population en France, ce qui représenterait donc environ 600.000 personnes. 215 000 schizophrènes seraient soignées en psychiatrie chaque année²⁰.

- Les troubles dépressifs graves et les troubles maniaco-dépressifs sont caractérisés par des épisodes alliant l'humeur triste avec une perte de l'intérêt et du plaisir, prolongé et souvent récidivant, alternant éventuellement avec des épisodes d'agitation et d'exaltation extrême. Deux enquêtes régionales en population générale ont montré des taux de prévalence, dans l'année, de la dépression majeure de 6 à 7 %²¹.

- Les troubles obsessionnels et compulsifs graves, amenant la personne à des actes répétitifs irrépressibles et à des rituels prolongés et épuisants, affectent gravement la vie quotidienne et la vie sociale, de même que les phobies, ou encore les troubles anxieux s'accompagnant d'angoisse paroxystique. Les deux enquêtes mentionnées ci-dessus faisaient apparaître : 3,4 % de personnes souffrant ou ayant souffert au cours de l'année écoulée de phobies, et plus de 54 % d'anxiété généralisée.

²⁰ G. VIDON, *Les schizophrénies en France*, Paris : Frison Roche. 2000.

²¹ KOVASS V., LOPEZ A., PENOCHET J.C., REYNAUD M., *Psychiatrie années 2000, organisations, évolutions, accréditation*, Ed. Flammarion, Collection Médecine – Sciences, 2000.

Certaines de ces manifestations symptomatiques isolées ou associées peuvent être rencontrées en situation d'insertion à des degrés divers, quelle que soit la nature de la pathologie.

1.2.2 Le quotidien d'une personne handicapée psychique

La maladie psychique entraîne chez la personne des limitations dans sa vie sociale. Sous l'emprise d'angoisse massive, les personnes peuvent grâce à des traitements psychotropes parvenir à réduire les symptômes invalidants. Malgré tout, la déficience psychique atteint les capacités de lien à l'autre ; alors le handicap social existe et contraint la personne à de nombreux efforts pour se réinsérer.

Les personnes souffrant de troubles psychiques se caractérisent par un vécu présentant :

- des situations de rupture (isolement, absence de relations, désocialisation, repli sur soi),
- la perte d'intérêt pour les activités (absence d'activité, ennui),
- la perte de contact avec la réalité, l'absence de repères dans la société,
- et la difficulté à se mobiliser autour d'un projet.

Le handicap psychique mène à des hospitalisations en psychiatrie pour des durées qui peuvent varier de quelques semaines à plusieurs mois, afin d'y recevoir un traitement en vue de stabiliser la pathologie.

La personne conserve toutefois une fragilité importante entraînant des difficultés d'insertion dans la vie normale. De ce fait, elle se trouve fréquemment en situation d'exclusion.

En l'absence d'accompagnement, certaines personnes handicapées psychiques abandonnent leur traitement, rechutent, allant parfois jusqu'à la clochardisation, et pouvant passer à des actes dangereux pour eux-mêmes (suicide, conduite addictive) ou pour autrui (actes délictueux, agressivité ...).

Le trouble psychique ne touche pas une partie de soi, mais il touche la personnalité dans son ensemble. Il met donc en cause l'identité de la personne ; sa nature est souvent l'objet d'un déni par la personne elle-même, parfois par une partie de son entourage.

Les causes du handicap sont diverses : troubles dépressifs graves, états psychotiques ou névrotiques, états limites, détérioration mentale liée à l'âge, à des intoxications ou à des affections neurologiques.

Les déficiences psychiques sont multiples : troubles de la pensée (délires), de la perception, de la communication, du comportement, de l'humeur, de la conscience et de la vigilance, du sommeil, troubles cognitifs (mémoire, attention, jugement, orientations temporelle et spatiale), troubles de la vie émotionnelle et affective, expression somatique des troubles psychiatriques.

La personne souffrant de troubles psychiques n'a pas de point d'appui pour établir des repères entre ses idées et la réalité ou pour les différencier, manque des moyens que la plupart des personnes possèdent autour d'elles, s'isole, rompt tout lien social, devient vulnérable. Elle a perdu une partie de ses capacités. Pourtant, les déficiences et les capacités sont évolutives, quelles que soient la nature et les caractéristiques du trouble en cause.

Ces déficiences peuvent entraîner de nombreuses incapacités dans la vie quotidienne : toilette, habillement, courses et problèmes alimentaires, cuisine, entretien, déplacements, obligations administratives, finances, santé..., mais ces handicaps se manifestent aussi dans d'autres domaines de la vie sociale, affective et intellectuelle.

La souffrance peut prendre alors des formes intolérables pour le patient comme pour son entourage, sa famille. La souffrance psychique est complexe, difficile à cerner ; elle devient alors une urgence.

Les personnes vivent parfois avec leurs parents et la cohabitation est problématique, angoissante, éventuellement source de violences en cas de crise ; les personnes handicapées psychiques peuvent alors mettre leur vie et celle d'autrui en danger. Les familles peuvent arriver à une situation d'épuisement ou de rejet de la personne.

D'aspects extérieurs dérangeants, les troubles psychiques ont mauvaise presse dans l'opinion publique pourtant²², 20 % des français auront à connaître des troubles de dépression au cours de leur vie ; et les troubles psychiques sévères touchent 3 à 5 % des personnes durant leur existence.

1.2.3 Les représentations sociales du handicap psychique

Les représentations sociales sont une forme de connaissance spécifique, une pensée sociale élaborée et partagée qui s'appuie sur le sens commun. Elles se rattachent à la culture des groupes et visent la compréhension et la maîtrise de l'environnement social.

Les représentations sociales des maladies mentales ont évolué en même temps que l'approche médicale et sociale qui en était faite. Aujourd'hui en France, l'image des personnes présentant des troubles psychiques, construite par la société à travers les médias mais aussi à travers des orientations politiques, continue à être négative. Elle est en effet associée à la violence, l'imprévisibilité et la dangerosité.

Les professionnels n'échappent pas à ce sens commun bien qu'ils aient une connaissance plus poussée des troubles, de leurs conséquences et des modes de prises en charge. J'ai pu constater, à ISATIS au sein des équipes, quelques raccourcis dans l'élaboration de la

²² Conseil Economique et Social, Rapports JOLY, juillet 1997 et Rapport PIEL et ROELANDT, De la psychiatrie à la santé mentale, juillet 2001.

pensée qui, s'ils ne sont pas repris par un tiers, peuvent avoir un effet néfaste et cloisonnant sur le parcours du bénéficiaire. Par exemple, une personne accompagnée sur le SAMSAH avait, du fait de son mode de relation aux autres, l'habitude de faire échouer tous ses projets ; l'épuisement de ses référents face à cette attitude a abouti à la construction de la pensée commune d'absence de « guérison », rien n'est possible. Dans ce cas, c'est l'analyse de la pratique en supervision qui a permis aux professionnels de s'extraire un instant d'une pensée réductrice et d'en construire une nouvelle, plus « complexe », à même d'expliquer les tenants et les aboutissants des comportements observés ; et par conséquent de pouvoir ouvrir vers de nouvelles pistes d'accompagnement.

Récemment, une enquête²³ a été menée auprès de 36000 personnes en France. Ses résultats montrent que trois termes émergent dans le discours pour définir la maladie mentale : la folie, la maladie mentale et la dépression. Ils sont associés à des degrés de gravité des troubles. Aussi pour la population générale,

- *Le fou est celui qui tue ; il doit prendre des médicaments et ne pourra jamais être guéri totalement.*
- *Le malade mental est violent (inceste, viol...) ; il présente des hallucinations, des délires et une déficience intellectuelle ; il a un problème médical qu'il ne pourra jamais guérir totalement.*
- *Le dépressif a des difficultés psychologiques ; il est violent envers lui uniquement (suicide) ; il peut guérir.*

Ces représentations stigmatisent les personnes et viennent freiner leur projet de réinsertion. D'une part, parce qu'elles reçoivent ces jugements et n'osent plus la relation déjà très difficile ; et d'autre part parce qu'elles voient des portes se fermer quand elles recherchent un logement ou un emploi. La réalisation de notre mission prend en compte cet aspect et ma fonction de directrice au sein de l'association consiste à rechercher des leviers pour aider l'ensemble des acteurs impliqués dans le processus d'accès au logement, à sortir de ces représentations sociales.

Le secteur psychiatrique fait l'objet lui aussi de nombreuses représentations (enfermement, errance, isolement, camisole chimique...). Il a pourtant considérablement évolué dans ces modes de prise en charge pour replacer le patient en tant que personne dans la cité.

1.2.4 L'organisation des soins psychiatriques

De l'asile à la désinstitutionalisation, la médecine psychiatrique a fait son chemin. Le soin n'est plus seulement un traitement chimique, il devient aussi un accompagnement et un

²³ Enquête « Santé mentale en population générale » organisée par le Centre de Collaboration de L'Organisation Mondiale de la Santé (CCOMS) et la DREES, 1999 - 2003.

soutien dans des actions de réinsertion des malades. La psychiatrie est aujourd'hui dans un contexte de réforme majeure où, face à la pénurie de professionnels et au manque de moyens, elle est contrainte de revenir sur son action première chimio-thérapeutique et psychothérapeutique.

A) L'évolution des soins psychiatriques

La médecine psychiatrique débute en France au 19^{ème} siècle. Elle est assez démunie pour soigner les malades mentaux dit « aliénés ». Les hôpitaux sont loin des villes et les médecins observent plus qu'ils ne soignent pour construire une classification des pathologies psychiatriques. Les conditions de vie dans les lieux de soins sont très précaires. La souffrance morale n'y est pas prise compte.

Les découvertes des traitements psychotropes et particulièrement des neuroleptiques, à partir des années 1950 sont venues modifier la perception des malades. Sous traitement, l'agitation, le délire, les hallucinations sont diminués et la personne peut alors retrouver des capacités. La sortie des hôpitaux commence à être pensée.

Dans les années 1970, le mouvement humaniste ouvre la voie des psychothérapies et le courant d'antipsychiatrie se développe ; il défend la conception d'une prise en charge des malades en dehors de l'institution (désinstitutionalisation ou psychiatrie communautaire). L'organisation d'une nouvelle forme de soins psychiatriques avec le principe de la sectorisation (1985) apparaît en France. Les patients sont suivis en ambulatoire, au sein de centre de proximité en ville (Centre Médico-Psychologique). Des structures intermédiaires entre hôpital et CMP sont aussi créées, tels que des hôpitaux de jour, des Centres d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel (CATTP). Le travail se réalise dans et avec l'environnement direct de la personne.

B) La réhabilitation psychosociale

« La réhabilitation psychosociale se définit comme « les actions à développer pour optimiser les capacités persistantes d'un sujet malade et atténuer les difficultés résultant de conduites déficitaires ou anormales » ; ses buts consistent à « améliorer le fonctionnement de la personne de façon à ce qu'elle puisse avoir du succès et de la satisfaction dans le milieu de son choix avec le moins d'intervention professionnelle possible ». »²⁴

C'est après la seconde guerre mondiale, aux Etats Unis dans un premier temps que le concept de réhabilitation naît. Il est porté par la volonté d'agir en faveur des personnes handicapées pour leur garantir des droits et une dignité. Il s'appliquera aux malades mentaux dans les années 60-70 suite au mouvement de désinstitutionalisation ; les

²⁴ Gilles VIDON, La réhabilitation dans tous ses états, p 42, dans La réhabilitation psycho-sociale en psychiatrie, Edition Frison-Roche, 1995.

malades sont dans la rue et les associations se créent pour permettre la réinsertion des personnes dans une concertation des soins et des actions sociales.

En France, la réhabilitation psychosociale s'est très peu développée en raison du fonctionnement par sectorisation de la psychiatrie, mais également par manque de moyens ; en effet, les équipes de soins sectorisées ont eu pour mission surtout la prévention sanitaire. Elles ont intégré dans leur équipe des assistantes sociales ; en revanche le travail de partenariat avec les associations et les équipes sociales dans la cité n'a pas véritablement été concrétisé.

La fermeture des lits en psychiatrie se poursuit. La réduction de moyens financiers ainsi que la pénurie de moyens humains contribuent à la diminution des actions sociales pouvant être engagées par quelques secteurs de la psychiatrie.

Aujourd'hui l'état des lieux des dispositifs de soins psychiatriques dans les Alpes-Maritimes est le suivant :

- Des Centres Hospitaliers spécialisés à Nice, Antibes, Cannes et Grasse,
- Un Hôpital Psychiatrique avec UMD (Unité pour Malades Difficiles), Association loi 1901, « Sainte Marie » à Nice,
- 3 cliniques psychiatriques
- 2 Structures intersectorielles de réhabilitation par le travail, l'Atelier Thérapeutique Agricole et l'Atelier Thérapeutique Polyvalent et le service CRESUS, gérés par le pôle de réhabilitation psychosocial de l'Hôpital Sainte-Marie, et 1 intersecteur de toxicomanie,
- 1 pôle hébergement, comprenant des appartements thérapeutiques, un service d'accueil familial,
- Des Centres Médico-Psychologiques (CMP), des Hôpitaux de jour et centres thérapeutiques à temps partiels (CATTP).

La collaboration du service SAMSAH avec les secteurs de psychiatrie se réalise à partir des suivis des bénéficiaires, afin de garder une pertinence dans leur parcours et dans leurs projets de soin et social. Une convention est signée entre l'association et le service CRESUS de l'Hôpital Sainte-Marie, afin de faciliter l'organisation des relais entre le sanitaire et le médico-social. Par exemple, l'équipe du SAMSAH a pu en passant par CRESUS faciliter le retour vers le soin d'un bénéficiaire et éviter le passage douloureux des urgences psychiatriques de la ville. Les liens engagés avec les structures sanitaires sont à soutenir de façon régulière car ils restent fragiles en raison des différences de cultures professionnelles et des incompréhensions qui peuvent en découler.

1.2.5 L'insertion sociale des personnes souffrant de troubles psychiques

Les personnes handicapées psychiques expriment leur demande d'intégration à la communauté. Leur place dans la société a changé et leur statut de citoyen également, principalement depuis les lois du 2 janvier 2002 et du 11 février 2005²⁵. La compensation de leur handicap est aujourd'hui possible ; des orientations et des prestations en aide humaine ou technique sont accordées par les Maisons Départementales des Personnes Handicapées, pour favoriser leur projet d'insertion sociale et professionnelle.

A) La citoyenneté

a) *La définition*

« La citoyenneté est définie comme la jouissance des droits civiques attachés à la nationalité, c'est à dire la jouissance de l'ensemble des droits privés et publics qui constituent le statut des membres d'un Etat donné qui les reconnaît comme tels. Dans ce sens, le citoyen est celui qui, appartenant à la « cité », dispose de droits (droit de vote, d'éligibilité, d'accès à la fonction publique...), est soumis à des devoirs et doit respecter les lois de l'intérêt général. »²⁶

Dans l'Antiquité, le privilège d'être citoyen était accordé uniquement à l'élite masculine. Ensuite, la révolution française a mis en exergue la réunion des droits juridiques, politiques et de la personne à travers la déclaration des droits de l'homme et du citoyen. Un extrait de cette déclaration, « Les Hommes naissent libres et égaux en droits », rappelle l'universalité de la citoyenneté. Cependant, la complexité du monde et des sociétés ne permet pas toujours à tous les citoyens d'exercer leur citoyenneté, y compris dans les pays démocratiques. Par exemple, l'abstentionnisme électoral montre que le droit de vote est de moins en moins utilisé.

La personne handicapée, selon sa situation personnelle et son niveau d'autonomie, peut se voir retirer des droits afin d'être protégée contre certains de ses propres comportements désadaptés ou contre des actes malveillants de la part d'autrui ; c'est le cas lorsqu'elle est sous protection juridique.

Sa prise en charge en établissement et service social ou médico-social a été repensée en 2002 en resituant la personne au centre du dispositif d'accueil, insistant alors sur ses droits et ses devoirs au sein de l'institution. En 2005, une nouvelle loi réaffirme cette volonté de citoyenneté des personnes handicapées en élargissant son étendue au niveau de la

²⁵ Lois n° 2002-2 rénovant l'action sociale et médico-sociale.

Loi n° 2005-102 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.

²⁶ Larousse, Encyclopédie, www.larousse.fr, 21/07/2010.

société par la création d'un droit à compensation du handicap dans les domaines de la vie sociale et professionnelle, du logement, de l'accessibilité...

b) Sa prise en compte dans le secteur social et médico-social

De plus en plus, il est reconnu aux personnes handicapées des droits leur permettant de retrouver l'exercice d'une forme de citoyenneté. Le secteur social et médico-social a été encadré par des lois venues modifier radicalement la relation entre l'institution et l'utilisateur. En effet, la personne a changé de place : elle est passée du statut « d'assisté » à celui de « client », personne bénéficiaire d'un service rendu par l'institution.

La loi n°2002-2 du 2/01/2002 a rénové l'action sociale et médico-sociale. Ses deux grands principes sont la garantie des droits des usagers et la promotion de l'innovation sociale et médico-sociale. L'article L116-1 (art. 2 de la loi) précise : « *l'action sociale et médico-sociale tend à promouvoir dans un cadre interministériel, l'autonomie et la protection des personnes, la cohésion sociale, l'exercice de la citoyenneté, à prévenir les exclusions et à en corriger les effets* ». La personne accueillie est abordée dans la loi, sous l'angle d'une meilleure reconnaissance d'un sujet citoyen en définissant les droits et libertés individuels. Des outils spécifiques y sont identifiés afin que les établissements et services puissent mettre en œuvre cette approche : livret d'accueil, charte des droits et libertés, contrat de séjour ou document individuel de prise en charge, recours à une personne qualifiée en cas de conflit, conseil à la vie sociale ou autre forme de participation, règlement de fonctionnement et projet d'établissement ou de service.

Ce changement majeur dans le secteur m'apparaît primordial dans son apport éthique bien qu'il ait pu questionner sur le paradoxe entre « protection » et « liberté » des personnes. Il est selon moi essentiel d'entendre les demandes des personnes, pour notre cas par exemple d'accéder à un logement autonome. Cette demande constitue le moteur de chacun des acteurs quand bien même, elle est réalisable à plus ou moins long terme. Le cadre d'accueil au SAMSAH pose les conditions dans lesquelles l'objectif va se concrétiser, à savoir comment le projet s'élabore par des rencontres régulières puis se confronte à la réalité d'un marché immobilier par la lecture d'offres ou d'une autonomie à acquérir. Aux professionnels de ne pas céder à la demande de la personne, « tout, tout de suite », mais en revanche d'accueillir son désir et sa demande « citoyenne » car elle existe à travers cela.

La loi n° 2005-102 du 11/02/2005 aborde la citoyenneté du côté du droit également, mais ici, appliqué au sein de la société. « *Toute personne a le 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 »²⁷.

La personne handicapée aspire à ne plus être considérée comme une personne à part. La loi de modernisation du 17/01/2002 posait déjà le principe d'un droit à compensation, renforcé par la loi du 4/03/2002, relatives aux droits des malades. Elle réaffirme que toute personne handicapée a droit quelle que soit la cause de sa déficience à la solidarité de l'ensemble de la collectivité nationale. En 2005, ce sont six dispositions essentielles qui la constituent : le droit à la compensation, la garantie de ressources, la scolarisation, l'emploi, l'accessibilité et la création des Maisons Départementales des Personnes Handicapées (MDPH).

Les aides de toute nature prennent en compte l'accueil et l'accompagnement nécessaires en fonction de besoins exprimés par les personnes handicapées et/ou évalués par les équipes pluridisciplinaires des MDPH.

Au regard de ces législations, je suis garante, dans les services et les établissements, d'un accueil qui respecte cette dimension éthique. La pratique à ISATIS a toujours pris en compte la singularité des personnes et la parole de chacun comme point de rencontre et de départ de projet. L'ouverture encore récente des droits renforce notre position dans le travail éducatif pour accompagner les personnes dans l'exercice de leur citoyenneté. Cependant, le rôle de l'institution, de facilitateur d'accès aux droits mais également d'éducateur pour la reconnaissance de devoirs, s'oppose parfois aux limites et difficultés des personnes à appréhender le monde.

B) L'intervention des familles, des usagers et des professionnels

Les familles, les usagers et les professionnels se sont mobilisés pour faire reconnaître le handicap psychique et pour promouvoir la citoyenneté des personnes souffrant de troubles psychiques. Organisés en mouvements associatifs, leur reconnaissance les conduisit à participer aux instances de décisions nationales.

Les actions de l'UNAFAM ont été mises à contribution pour faire évoluer les mentalités et les dispositifs d'accueil. Elle a édité Le livre blanc²⁸ des partenaires en Santé Mentale qui proposait, en 2001 déjà, le besoin d'une prise en charge spécifique pour les personnes souffrant de troubles psychiques. Il a été suivi d'un Plan d'urgence en 2003 réaffirmant de nouveau ces besoins. L'UNAFAM a défendu l'ouverture des Clubs de vie sociale, appelés dans la loi de 2005 Groupe d'Entraide Mutuelle.

Les usagers sont représentés par la FNA-Psy²⁹, la Fédération Nationale des Patients en Psychiatrie. Elle œuvre pour l'entraide, la protection et la défense des intérêts de ses

²⁷ Loi du 11/02/2005, pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.

²⁸ UNAFAM, Livre blanc des partenaires en santé mentale, 2001. Site Internet <http://www.unafam.org>

²⁹ <http://www.fnapsy.org>

adhérents. Elle facilite l'action des associations membres et agit sur la démystification de la maladie mentale dans l'opinion publique. Elle collabore à la création d'une charte de l'usager en santé mentale et au livre blanc de l'UNAFAM. Elle est à l'origine de la création des GEM, associations dirigées par des usagers dont l'objectif est l'entraide et le maintien d'une vie sociale dans la cité.

La Fédération AGAPSY³⁰, Fédération nationale des Associations Gestionnaires pour l'Accompagnement des Personnes Handicapées PSYchiques, se crée en 2008. Elle réunit les associations oeuvrant pour la réhabilitation psychosociale et professionnelle des personnes handicapées psychiques. Elle souhaite constituer une force de proposition et lutter contre les formes d'exclusion vécues par les personnes handicapées psychiques. Ses actions contribuent à fédérer les associations, à proposer une politique garante de la citoyenneté des personnes, à promouvoir les valeurs associatives au niveau national et enfin informer pour faire évoluer le regard sur le handicap psychique.

ISATIS a des liens avec ces trois acteurs. Aussi, sur le département des Alpes-Maritimes, j'ai proposé à la présidente de la section départementale de l'UNAFAM d'être présente au conseil à la vie sociale d'un établissement afin d'aider à l'évolution des réponses apportées aux personnes accueillies. De plus, l'association est invitée chaque année à participer à la journée de conférence de la Semaine d'Information en Santé Mentale (SISM), afin de contribuer à sortir de la stigmatisation du handicap et d'informer sur les nouveaux établissements et services existants.

Le lien avec la Fna-Psy s'organise depuis l'ouverture des GEM à Nice et Cannes, affiliés à cette fédération. Le partenariat se construit entre le SAMSAH et les GEM dans une collaboration centrée sur l'échange et le partage. Les professionnels orientent plus facilement les bénéficiaires vers le GEM et parallèlement ces premiers forment les usagers du GEM dans le cadre d'une permanence d'accueil et d'un atelier informatique sur le site du GEM.

Enfin, ISATIS est membre de la fédération AGAPSY³¹ depuis sa création. Des rencontres inter associatives, dans le cadre de journées de conférence, font connaître et enrichissent autour d'échanges sur la diversité des pratiques, la mise à jour des besoins de la population accompagnée et enfin des enjeux liés à l'évolution de notre secteur d'activité.

³⁰ <http://www.agapsy.org>

³¹ Le directeur général d'ISATIS est un membre actif du conseil d'administration de cette fédération.

1.3 LE LOGEMENT DES PERSONNES SOUFFRANT DE TROUBLES PSYCHIQUES

La démarche d'inscription dans un logement autonome est forte de symbole dans notre vie sociale. « **Habiter** », pour une personne souffrant de troubles psychiques, c'est accéder à un statut d'adulte citoyen valorisant et se couper d'une certaine forme de dépendance à l'égard de l'hôpital et/ou du milieu familial. Les politiques publiques dans le cadre de la loi du 11/02/2005 et du 5/03/2007 nous rappellent la promotion de la citoyenneté et l'égalité des droits et des chances pour les personnes handicapées et l'expression d'une citoyenneté par le droit d'accès à un logement personnel. Aussi elles s'engagent à apporter aux personnes une réponse personnalisée pour leur permettre d'accéder à ce projet de vie dans un lieu d'intimité, choisi et investi.

La politique sociale en faveur du logement a évolué en même temps que le nombre de personnes fragilisées dans leur mode de vie. Des dispositifs divers sont nés au fur et à mesure des problématiques révélées. Pourtant les réponses apportées sont encore incertaines dans leur résultat car elles se confrontent à des réalités individuelles, immobilières ou législatives mal coordonnées.

1.3.1 Le logement, passeport pour une inscription sociale

Les termes, « Se loger », « habiter », revêtent des significations particulières chargées symboliquement de sens allant de la protection à celle « d'être soi ». Les personnes précarisées socialement et psychiquement rencontrent des difficultés pour accéder à la fois à la dimension matérielle, concrète du logement, mais aussi à sa dimension plus abstraite, symbolique. La réalité psychique et la réalité du monde social s'entrecroisent et montrent qu'elles sont, ensemble, sources de blocage dans la réalisation de projet d'accès au logement.

A) Les représentations sociales du logement

La maison, le logement s'inscrivent dans la vie des individus dès leur plus jeune âge. Le jeu de la cabane et le dessin d'enfant, par exemple, montrent comment très tôt l'adaptation sociale se réalise, la prise d'autonomie se vit dans la construction d'un lieu à soi. Il constitue en premier lieu un abri contre les éléments de la nature et permet donc de s'abriter de s'en protéger.

La construction « matérielle » rejoint la construction d'une identité à travers un processus d'appropriation et d'investissement d'un lieu, d'un espace. Les repères intimes, relationnels, posés dans cet espace constituent les bases pour qu'il devienne un « chez soi ». L'expression « rentrer chez soi » est, d'ailleurs, employée pour évoquer son lieu de naissance ou un lieu adopté au cours de sa vie.

Se loger représente aussi un acte de civilisation puisqu'il implique la personne dans la place qu'elle a à prendre au sein d'un groupe. Le logement est associé à une adresse : celle-ci indique l'endroit où elle vit et informe sur son état civil.

Sur le plan plus sociologique, l'analyse des représentations sociales³² de l'exclusion montre que le logement est associé très largement à l'emploi. En effet, de plus en plus les personnes vivant avec des minima sociaux ou de petits boulots, voire d'emploi stable mais faiblement qualifié ne peuvent pas garantir leur accès à un logement. Le logement est devenu le vecteur d'intégration/exclusion et l'image du SDF côtoie celle du demandeur d'emploi longue durée ou du «travailleur pauvre». Cet aspect est très mal vécu par certains des bénéficiaires d'ISATIS, pour lesquels l'image du SDF est insoutenable et dont les démarches en raison de leurs besoins d'être logé, les obligent à s'adresser aux mêmes endroits d'accueil d'urgence. Dernièrement, un bénéficiaire refusait catégoriquement d'être orienté vers ces structures bien qu'il soit contraint de quitter rapidement son logement suite à des problèmes avec son logeur et l'agence immobilière.

Du côté des représentations sociales, relatives à la perte d'un logement, une étude européenne³³ a montré que trois facteurs venaient dans l'esprit collectif expliquer ce risque : la perte de l'emploi, les addictions et les ruptures familiales.

B) L'hébergement et le logement

a) *Les définitions*

La distinction entre logement et hébergement tient essentiellement à la nature du lieu de vie, à son cadre juridique et aux liens contractuels existant entre le logeur et le logé. L'hébergement est assimilé aux structures d'accueil collectif alors que la notion de logement renvoie à l'habitat individuel ou de la famille.

L'hébergement :

« L'accueil en hébergement est destiné à des personnes sans domicile ou contraintes de le quitter en urgence, en situation de précarité et connaissant des difficultés d'ordre sociales »³⁴

Les personnes hébergées n'ont ni bail à signer, ni loyer à payer et ne bénéficient pas des aides personnelles au logement. Elles sont reçues pour des périodes limitées dans des structures, pour être orientées et accompagnées vers des solutions de relogement appropriées. L'ensemble des structures regroupe les centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS), les centres d'hébergement d'urgence (CHU), les hébergements

³² Revue Sortir de la rue, Fiche bibliographique n°3, *Les représentations sociales des personnes sans abri.*, Conférence de consensus Les sans-abri, Paris 2007,

³³ Enquête Eurobaromètre, dans la fiche bibliographique n°3 de la conférence de consensus « les sans-abris » Paris 2007.

³⁴ Guide des dispositifs d'hébergement et de logement adapté, DGAS, DGALN-DHUP, p 3, 2008.

de stabilisation, les nuitées d'hôtel, les logements et chambres conventionnées à l'aide au logement temporaire et les résidences hôtelières à vocation sociale, les centres d'accueil des demandeurs d'asile (CADA), les dispositifs d'hébergement des demandeurs d'asile, les Centres Provisoires d'Hébergement (CPH), les centres maternels et les Lits Halte Soins Santé (LHSS). Elles représentent le dispositif d'hébergement et d'insertion des personnes sans domicile (AHI).

Les personnes hébergées sont prioritaires pour l'accès à un logement social dans le cadre des dispositifs mis en place par les Plans Départementaux d'Action pour le Logement des Personnes Défavorisées (PDALPD). Elles peuvent notamment après six mois d'accueil dans ces structures faire appel à leur droit d'accès au logement par application de la loi DALO³⁵.

Le logement

Il renvoie à l'occupation de lieu de vie temporaire ou durable où la personne paye un loyer et contractualise sa présence par la signature d'un bail ou d'un titre d'occupation. Elle bénéficie des aides aux logements (APL ou Allocation logement) ainsi que des aides existantes pour faciliter l'accès et le maintien dans un logement (FSL).

Il faut cependant distinguer le « logement » pour les personnes ayant droit au dispositif du PDALPD et le logement de droit commun. Le premier fait référence à des formes d'habitation dont l'accès est destiné uniquement à des personnes sans abri ou mal-logées ; il s'agit des « logements-foyers », c'est à dire des résidences sociales, des maisons-relais et résidences accueil ou des foyers jeunes travailleurs et foyers de travailleurs migrants. Les foyers pour personnes âgées et personnes handicapées entrent également dans ce dispositif bien qu'ils ne puissent être sollicités que dans certains cas précis.

Le second, le logement de droit commun, correspond au logement mis sur le marché immobilier par des propriétaires désireux de louer leur bien. Le droit commun est en ce sens rattaché à la possibilité de tout à chacun, parce qu'il est citoyen, d'accéder à ses droits (santé, social, logement...). Il ne dépend pas des PDALPD.

b) Le mal-logement

L'appellation de « situation de mal-logement » s'est construite depuis les années 2000. La fondation Abbé Pierre en est à l'origine et l'associe aujourd'hui dans son dernier rapport au terme de zone de « non logement ». Elle désigne les situations de personnes vivant dans des logements insalubres ou trop petits compte tenu du nombre d'occupants, chez des tiers, dans des campings....

³⁵ Loi n° 2007- 290 DALO instituant le droit au logement et portant diverses mesures en faveur de la cohésion sociale.

Le mal-logement est déterminé selon cinq dimensions : l'absence de logement, la difficulté d'accès au logement, les mauvaises conditions d'habitat, les difficultés de maintien dans un logement, et la mobilité difficile (pouvoir quitter son logement pour un autre plus adapté).

Les chiffres du logement sont aujourd'hui³⁶ les suivants :

- 2 millions de personnes vivent dans des conditions de logement difficiles
- 100 000 sont sans domicile fixe
- 500 000 sont privées de domicile personnel
- 1,2 millions de demandeurs de logements sociaux
- 8 millions de personnes pauvres en France, vivant sous le seuil de pauvreté (908€/mois) et présentant un risque élevé d'être confrontées à la problématique du logement.
- 3 millions de ménages en recherche de logement par an, dont 2 millions trouvent une solution.
- 500 000 ménages en impayés de loyers
- Diminution de 500 000 logements locatifs depuis 2 ans
- Le loyer représente ¼ du budget des ménages sur leurs dépenses liées au logement.

Le bilan 2010 de la Fondation Abbé Pierre est pessimiste. Le logement apparaît comme une source majeure d'inégalité et d'appauvrissement des personnes. Les difficultés d'accès au logement se renforcent par la constatation de revenus faibles et d'offres immobilières inadaptées. Les bénéficiaires d'ISATIS et du SAMSAH sont directement concernés par cette situation du mal logement. Leur précarité psychique et sociale les conduisent vers ces voies d'exclusion.

C) La politique en faveur de l'accès au logement en France

a) *L'histoire et les priorités nationales*

Depuis plus de 25 ans, les associations ont œuvré pour proposer des outils et répondre aux besoins de logement des personnes. En 1953, l'aide sociale à l'hébergement est créée et financée par l'Etat. Les Centres d'Hébergement et de Réinsertion Sociale sont jusque dans les années 1980 les seuls lieux d'hébergement social. A partir des années 80, différents dispositifs se succèdent et/ou se complètent avec par exemple, les baux glissant, les logements-relais, l'hébergement d'urgence au sein d'hôtel meublés et de centres d'hébergements, les logements d'insertion, l'aide au logement temporaire, le numéro d'urgence 115 et encore les résidences sociales.

En 2007, la loi DALO a institué le droit au logement opposable et a apporté diverses mesures en faveur de la cohésion sociale. Ses principales dispositions sont les suivantes :

³⁶ Fondation Abbé Pierre, 15^{ème} Rapport annuel, *L'état du mal-logement en France*, 2010.

→ article 1^{er} de la loi DALO : « le droit à un logement décent et indépendant (...) est garanti par l'Etat à toute personne qui, résidant sur le territoire français de façon régulière et dans des conditions de permanence définies par décret en conseil d'Etat, n'est pas en mesure d'y accéder par ses propres moyens ou de s'y maintenir »

→ La mise en œuvre de cette garantie de logement est prévue d'une part, selon un recours amiable ouvert aux personnes dites prioritaires et en demande de logements. Le préfet doit leur attribuer un logement au sein du contingent préfectoral. Une commission de médiation émet un avis qui, s'il n'est pas suivi des faits, dans un délai anormalement long, peut amener l'Etat à être condamné.

La crise du logement est sous-tendue notamment par une construction insuffisante de logement social (800000 logements manquant en France). De plus, les aides au logement ne viennent plus compenser les loyers trop élevés. En découlent environ 600 000 logements considérés comme de l'habitat indigne où les habitants subissent des risques sanitaires graves³⁷. Un chantier national prioritaire, 2008-2012, en lien avec le plan d'action pour l'inclusion sociale (PNAI) et le plan national « Santé-environnement » (PNSE), a été initié par l'Etat pour lutter contre l'habitat indigne.

b) L'état des lieux du logement dans les Alpes-Maritimes

Le département des Alpes-Maritimes est le territoire, après l'île de France, le plus touché par les difficultés liées au logement. Sur 666 644 logements ordinaires, 30% sont des résidences secondaires et 10% restent vacants³⁸.

Le nombre de logements sociaux (40000) est insuffisant malgré des constructions entreprises chaque année (entre 4500 et 5000 par an). Dix années sont estimées pour pouvoir répondre à l'ensemble des besoins sur le département.

Les trois causes avancées pour expliquer le manque de construction sont la vacance de logement, le coût du foncier deux fois plus élevé qu'en France, et les réticences de voisinage vis à vis de la dégradation de leur cadre de vie.

La mobilité des personnes est faible compte tenu de la hausse des loyers ; aussi 21000 logements sont sous occupés et 3000 sont sur-occupés. Les propriétaires sont de plus en plus réticents face aux situations de précarité par peur des impayés et connaissent mal les garanties (FSL et LOCA-Pass).

L'obligation de construire 20% de logement social dans les communes de plus de 3500 habitants, posée par la loi Solidarité et Renouvellement Urbain (SRU) n'est pas respectée. Vingt sept communes sur trente-six ne suivent pas ces directives.

³⁷ C. Le Gall, Dossier Les dessous de la crise du logement, La gazette santé Social, p25, N°30 Mai 2007.

³⁸ C. Beauville, Livre blanc *Le logement, l'enjeu des Alpes-Maritimes*, Etat généraux du logement, janvier 2005.

Les aides au logement couvrent moins qu'ailleurs le montant du loyer et leur progression n'ont pas suivi celle des loyers. Les impayés de loyers augmentent et de plus en plus de personnes sollicitent la prise en charge de leurs dettes locatives ou le maintien de l'APL pour éviter leur expulsion (7000 ménages en 2003).

Les places en hébergement sont insuffisantes et les centres d'urgences sont complets de novembre à mai.

Au regard de ces constats, le plan départemental d'Action pour le Logement des Personnes Défavorisées 2006-2010, a relevé des actions à mettre en place³⁹ :

→ Améliorer l'animation du dispositif et la connaissance des besoins des populations pour établir un suivi territorial partagé avec les collectivités,

→ Accroître et diversifier l'offre en logements très sociaux

→ Garantir l'accès au logement et le maintien dans des lieux.

L'étendue des besoins est telle qu'il semble difficile de pouvoir y faire face. De nombreuses personnes sont contraintes dans ces conditions de vivre dans les lieux de fortune qui viennent aggraver encore un peu plus leur précarité et leur fragilité psychiques.

1.3.2 Les modes de vie des personnes souffrant de troubles psychiques

Les personnes souffrant de troubles psychiques se retrouvent régulièrement confrontées au mal-logement. La déficience psychique peut elle-même en être la cause. Les parcours personnels sont jalonnés d'embûches, puis de concrétisation de modes de vie plus stables, lorsque la maladie psychique s'estompe avec la prise d'un traitement et une prise en charge adaptée. Les conditions précaires de vie sociale restent cependant également des freins pour ce public à la mise en place d'un projet de vie citoyenne.

A) Précarité psychique et sociale et le Mal-logement

a) L'imbrication des troubles psychiques et de l'exclusion du logement

En 2005, le HCLPD⁴⁰ a mis en exergue la prégnance des troubles psychiques parmi les personnes exclues du logement et les besoins pour cette population. 26% de patients hospitalisés pourraient sortir des services, mais sont sans logement décent et 90% des associations spécialisées dans le droit au logement manque de savoir faire avec ce public et ne peuvent apporter de réponse adaptée.

Les troubles psychiques conduisent à des ruptures diverses. Ils peuvent donc provoquer les difficultés liées au logement ; par exemple, les manifestations délirantes source de persécution ou encore l'amas d'immondices dans le logement entraînent des conflits avec

³⁹ Séance plénière du comité régional de l'habitat, 8 juin 2006.

⁴⁰ 11^{ème} rapport du Haut Comité pour le Logement de Personnes Défavorisées, Face à la crise : une obligation de résultat, décembre 2005.

le voisinage, avec le propriétaire ... En revanche, les difficultés d'accès au logement et les conditions de vie au sein des logements lorsqu'ils sont insalubres ou dans des zones d'habitation sensibles peuvent être aussi la cause de souffrance psychique ou de décompensation⁴¹ psychique.

Cette population se trouve donc doublement concernée par le risque d'exclusion du logement.

b) Les différentes modalités d'habitat

Des initiatives ont été menées pour loger les personnes souffrant de troubles psychiques, mais elles restent insuffisantes. Plusieurs types de structures sociales, médico-sociales, ou logement de droit commun à partir de partenariats se sont développés. Toutes ne présentent pas les mêmes conditions de vie et renvoient au niveau d'autonomie des personnes et à leur capacité à vivre seule ou non.

◆ Dans le secteur médico-social, les **Maisons d'Accueil Spécialisé (MAS)** et les **Foyers d'Accueil Médicalisé (FAM)** sont des lieux de vie durables et médicalisés destinés à accueillir des personnes lourdement invalidées par leurs troubles.

◆ Les **appartements de coordination thérapeutique** sont gérés par les structures hospitalières. Ces sont des logements dans la cité où les occupants sont accompagnés sur le plan médical pour garantir le suivi et l'observance des traitements, soutenir psychologiquement et socialement.

◆ **L'appartement associatif** est un appartement sous-loué temporairement à la personne malade. Elle a droit aux mêmes conditions de loyer et d'aide au logement qu'un locataire. Les bailleurs sociaux peuvent par exemple donner en location à une association un logement et bénéficier d'une aide, anciennement appelée médiation locative, financée par le département.

◆ **Les familles gouvernantes** ont été développées par l'UDAF de la Marne. Les personnes sont logées en appartement associatif et sont aidées au quotidien par une gouvernante et une déléguée à la tutelle.

◆ **Le logement de droit commun « accompagné »** est développé par l'UNAFAM à partir de l'existence de club dans les quartiers. Le suivi et l'accueil se réalisent par des professionnels qui peuvent en l'absence de nouvelle des bénéficiaires intervenir à domicile.

◆ **Les pensions de famille ou Maisons relais et les résidences-accueil** : Ces trois dénomination de structures renvoient à la même forme de logement. Destinées aux

⁴¹ Le terme de décompensation psychique renvoie à une rupture de l'équilibre psychique qui permettait à la personne de s'adapter à son environnement. Cela signifie une rechute dans la maladie avec récurrence des troubles et des symptômes actifs.

personnes en grande exclusion dont des personnes souffrant de troubles psychiques, elles conjuguent la possibilité d'un logement privatif et d'une vie collective au sein du bâtiment. Un couple d'hôtes assure le soutien dans la gestion du quotidien et de la vie sociale.

B) Le logement de droit commun : l'aboutissement d'un parcours

a) *Les trajectoires personnelles*

Certains bénéficiaires d'ISATIS et notamment du SAMSAH expriment clairement leur volonté de vivre « comme tout le monde » dans un logement autonome. Parfois parce qu'il y a nécessité de pouvoir accueillir ses enfants, parfois, le soutien de la famille rend possible ce projet ou encore la présence d'un service d'accompagnement.

L'ensemble des dispositifs destinés aux personnes souffrant de troubles psychiques montre que des étapes intermédiaires peuvent être envisagées à travers les structures pour redonner aux personnes des repères et accompagner vers plus d'autonomie. Elles permettent le temps de l'élaboration psychique du projet et de l'assimilation pour la personne de ses capacités à réaliser son projet. Le passage dans une structure collective peut ainsi laisser la place à l'entrée dans un logement autonome. Les services d'accompagnement SAVS et SAMSAH sont des outils pour permettre l'accès et le maintien dans un logement ordinaire de droit commun. Des équipes sociales ou médico-sociales accueillent, accompagnent dans l'apprentissage de la gestion du quotidien et dans le maintien d'une vie sociale et des soins.

b) *Les types de logement « ordinaires »*

Les possibilités d'accéder à un logement ordinaire pour les personnes défavorisées sont soumises essentiellement à des conditions financières et de demande de garanties inaccessibles. Des moyens ont été pensés pour favoriser l'accès à un logement de droit commun. Il s'agit des logements en sous-location, des agences immobilières spécialisées à vocation sociale (AIVS) et des logements conventionnés dans le parc public et privé.

Les premiers sont des logements de transition définis par la loi DALO. Ils peuvent néanmoins avec un système de bail glissant, entre l'association gestionnaire, locataire du logement, et le sous-locataire, devenir un logement permanent.

Les agences immobilières à vocation sociale font de la médiation entre propriétaires privés et locataires. Elles garantissent aux propriétaires la solvabilité et un accompagnement social.

Enfin, les logements conventionnés du parc public et privé sont les moyens de garantir des loyers modérés. Il s'agit des conventionnements et de prêts spécifiques (PLA-I, PLUS, PLS) entre les bailleurs sociaux et les Sociétés d'Economie Mixte (SEM) et l'Etat pour le secteur public et l'Etat, L'Agence Nationale de l'Habitat (ANAH) et une collectivité locale pour le secteur privé.

CONCLUSION PARTIE 1

La route est longue pour une personne souffrant de troubles psychiques qui souhaite accéder à un logement de droit commun. Sa maladie l'entraîne dans des allers et retours entre l'hôpital et des lieux divers d'accompagnement et de vie. L'absence de logement social, les loyers excessifs dans le parc privé et les conditions de garantie et d'assurance bloquent la plupart du temps les plus démunis et les plus isolés. Des dispositifs existent, mais le cloisonnement entre les différents acteurs ne permet pas ou trop peu d'ouvrir à l'ensemble des besoins des personnes.

2 LE SAMSAH : UNE REPONSE AU BESOIN D'ACCOMPAGNEMENT DANS L'ACCÈS À UN LOGEMENT

Le SAMSAH de l'association ISATIS s'est inscrit dans la continuité des missions du service expérimental d'accompagnement à domicile dont l'objectif premier était l'accès au logement. L'ouverture récente du service médico-social à l'attention de personnes souffrant de troubles psychiques a conduit les professionnels vers de nouvelles pratiques pour faire fonctionner une pluridisciplinarité plus large et pour répondre à de nouveaux besoins des personnes.

Le bilan de deux années de fonctionnement est venu confirmer la pertinence de cette réponse auprès des personnes mais aussi la nécessité d'ajuster les actions pour les rendre plus adaptées et plus efficaces.

A partir de la présentation du SAMSAH et dans une visée de diagnostic, je soulignerai dans un premier temps les atouts du service et dans un second temps ses limites internes pour la réalisation de la mission d'accès au logement. À celles-ci, viendront se joindre les limites extérieures liées à la complexité de la maladie psychique et au contexte du logement.

2.1 LE SAMSAH D'ISATIS

Le SAMSAH s'est construit au regard de l'historique des services de l'association pour répondre aux besoins des personnes accueillies, mais aussi bien sûr, en fonction du cadre réglementaire dans lequel il s'inscrit. J'ai conduit la transformation du SAD en SAMSAH et ai accompagné les professionnels vers cette évolution. L'entrée dans le secteur médico-social, les nouveaux besoins des bénéficiaires orientés, et la pluridisciplinarité ont été les trois axes de travail à engager avec les professionnels.

2.1.1 L'histoire et la création

A) L'histoire du SAMSAH

Depuis 1999, dans les Alpes-Maritimes, les services d'ISATIS, tels que le RISP, le SAD et les SASTH, ont œuvré dans les missions d'évaluation et d'orientation du projet de vie, de l'accès au logement et de gestion de la vie quotidienne, de la vie sociale et professionnelle. Innovants et aujourd'hui porteurs d'un savoir-faire auprès des personnes souffrant de troubles psychiques, ils ont inspiré en grande partie le projet de création de SAMSAH.

Sur l'ensemble de ces services, le SAD a représenté significativement une réponse au besoin de logement des personnes. Ce service expérimental a été financé pendant six ans, dans le cadre d'un contrat de ville par la mairie de Nice. Il était inscrit au sein des actions de santé publique recensées dans les différents quartiers de la ville. Il a répondu à la demande d'insertion sociale par l'accès et le suivi dans un logement autonome de droit commun. L'équipe était constituée de quatre professionnels (1,9 ETP), dont deux travailleurs sociaux, une infirmière et une psychologue. Quatre-vingts bénéficiaires y ont été accueillis durant toute sa période de fonctionnement. Les résultats de cette action ont montré que 45% des personnes orientées par les services de psychiatrie avaient réussi à concrétiser leur projet de façon durable.

B) Le SAMSAH d'ISATIS

L'arrivée du SAMSAH dans le paysage des actions sociales et médico-sociales est récente. Ce nouvel outil d'accompagnement montre son originalité dans son approche globale des prises en charge, dans tous les domaines de la vie de la personne handicapée et au regard des deux champs de compétence, sociale et médicale. Il est un service où les suivis sont à la fois de proximité et souples dans l'appréhension des singularités de chacun des bénéficiaires. En cela, le SAMSAH offre un accompagnement adapté aux adultes souffrant de troubles psychiques.

L'aide aux personnes est tournée vers l'accès et le suivi dans le logement, la gestion de la vie quotidienne, de la santé, l'investissement d'une vie sociale et professionnelle. Les actions tendent à améliorer la qualité de vie de tous en passant par l'amélioration des aptitudes sociales, intellectuelles, cognitives, et physique. Par voie de conséquence, le service aux personnes joue un rôle auprès des familles qui se voient alors soulagées dans le relais possible vers les professionnels.

La double prise en compte du médical et du social, à l'interne et à l'externe, offre les possibilités d'un soutien global de la personne en respectant son inscription dans un environnement en milieu ouvert, avec lequel il doit apprendre à composer et à agir de façon autonome. Toutes les dimensions de l'accompagnement prennent un sens plus cohérent et plus global dans les prises en charge des personnes.

Le SAMSAH des Alpes-Maritimes a reçu son autorisation d'ouverture en juin 2008, pour 40 places. Un ratio d'une place pour trois suivis permet d'accueillir cent vingt personnes, réparties entre deux équipes localisées à Nice et à Cannes. Le secteur d'intervention sur une large partie du département rend compte d'une légitimité territoriale. Celle-ci se conjugue à une position de leadership d'ISATIS, seule association sur le département, à proposer des réponses sociales spécialement dédiées et adaptées à cette population, soutenue par une démarche proactive.

Ce projet s'inscrit dans le cadre du décret n°2005-223 du 11 mars 2005 et du décret n°2009-332 du 20 mars 2009, définissant le cadre d'intervention et les obligations du SAMSAH. Aussi, il est venu répondre aux orientations des politiques publiques et aux besoins du schéma départemental et du PRIAC appuyant la mise en œuvre d'actions d'accompagnement auprès de personnes handicapées psychiques.

2.1.2 Les personnes accueillies

Les personnes accueillies au SAMSAH sont orientées par la MDPH. Elles sont bénéficiaires de la loi du 11/02/2005⁴². Les troubles psychiques et les freins à l'insertion sont les deux critères d'orientation pour l'équipe de la CDAPH. Depuis son ouverture, 173 personnes ont été orientées vers le SAMSAH.

A) Les caractéristiques des bénéficiaires du SAMSAH

Je me suis appuyée sur les données statistiques de l'année 2009 pour rendre compte des personnes accueillies dans le service. Cent vingt-quatre personnes ont été accompagnées sur le service durant l'année. Ce sont 58% d'hommes et 42% de femmes, âgés en moyenne de 40 ans.

Elles vivent de nombreuses rechutes entraînant des hospitalisations en psychiatrie. Elles sont confrontées à une perte d'autonomie à laquelle s'ajoute une situation sociale précaire. Elles arrivent d'hospitalisations de longue durée faisant office d'hébergement, de prises en charge transitoires en CHRS ou en appartement thérapeutique, d'habitats précaires non adaptées ou encore du milieu familial suite à la dégradation de leurs relations. Leur projet d'accéder à un logement de droit commun est freiné par leur handicap, mais aussi par un contexte sanitaire et social défavorable. Elles sont le plus souvent contraintes de vivre dans des conditions qui ne favorisent pas leur évolution ou leur stabilisation psychique.

→ 68% présentent un parcours chaotique ponctué d'hospitalisations

→ 41% n'ont pas de lien stable et/ou régulier avec le secteur psychiatrique

⁴² Elles sont reconnues personnes handicapées, victimes d'accidents du travail, ou de maladies professionnelles, titulaire d'une pension d'invalidité ou d'une AAH.

- 89% vivent avec un minima social (AAH, RSA, ASS, Pension d'Invalidité)
- 87% sont célibataire, divorcé ou séparé; 63% vivent seuls, dont 9% avec leurs enfants
- 80% sont en rupture de lien social
- 77% sont sans mesure de protection
- 65% sortent d'hébergement
- 35% de logement autonome avec problème d'impayés de loyers, de voisinage
- 65% sont locataires dont 56% dans le parc privé
- 22% vivent dans des logements insalubres
- 29% sont hébergées gracieusement en famille

B) La demande de logement

J'ai constitué mon recueil d'informations à partir d'interviews auprès des professionnels du SAMSAH et particulièrement des travailleurs sociaux et d'un groupe de travail relatif au logement. Huit professionnels y ont collaboré, dont trois CESF, deux psychologues, une infirmière, et une secrétaire. J'ai proposé de travailler plusieurs phases d'analyse, dont la première fut celle de la demande et des besoins des personnes accueillies. La seconde a porté sur l'analyse des situations de blocage et d'urgence rencontrées avec les bénéficiaires et la troisième sur l'analyse du travail et réseau et du partenariat. Ces derniers points sont traités ultérieurement.

La demande de logement autonome s'exprime pour 30% des bénéficiaires.

Elle prend sa source soit dans le désir d'une équipe médicale, de la famille ou encore de la personne elle-même.

Majoritairement, les personnes en recherche de logement dans le service peuvent être rapidement en décalage avec la réalité du marché immobilier qu'ils connaissent peu ou perçoivent mal. L'ensemble des candidats au logement peut accéder le plus souvent à un studio ne dépassant pas 450€ pour bénéficier d'un « reste à vivre » suffisant au regard de leur budget et des aides au logement.

La plupart n'acceptent pas ou mal la vie collective. En revanche, quand ce besoin est présent, le manque de place en structure semi collective comme les résidences-accueil, entraîne l'équipe à accompagner vers le droit commun.

C) L'identification des besoins des personnes

J'ai choisi de recueillir des informations par le biais de plusieurs supports écrits adressés à différents partenaires. Dans un premier temps, il m'a semblé important de solliciter les

partenaires des secteurs, social (Association oeuvrant dans la réinsertion de personnes en difficulté, CCAS et Organisme tutélaire) et sanitaire (CMP), afin de confronter leur expérience de l'accueil d'adultes handicapés psychiques à celle des professionnels d'ISATIS. Dans un second temps, j'ai choisi de proposer aux bénéficiaires du SAMSAH la passation d'un questionnaire de satisfaction pour mesurer leurs attentes quant à leur projet de logement, l'expression de leur besoin et l'adéquation avec l'accompagnement réalisé.

a) L'enquête médico-sociale transmise aux professionnels du social et du soin

Cette enquête⁴³ a été construite dans sa première partie en présentant l'association ISATIS, l'action du SAMSAH puis en huit questions semi-ouvertes. Neuf structures (18 professionnels) y ont répondu, dont huit du secteur social et un du secteur sanitaire.

L'ensemble des partenaires met en avant la nécessité de répondre aux besoins des personnes handicapées psychiques par un accompagnement médico-social spécialisé (17 réponses sur 18). La majorité accueille dans leur service des personnes qui pourraient en bénéficier (15/18). Elles vivent actuellement dans des meublés précaires (16/18), à l'hôpital (12/18) ou dans un logement autonome (13/18). Ces professionnels travaillent avec des CHRS (16 /18) et des associations spécialisées (14/18) pour répondre à la problématique du logement. Les freins pour atteindre ce projet de logement sont classés par ordre d'importance de la façon suivante : 1- la recherche de logement ; 2- la situation financière ; 3- le marché immobilier ; 4- la discrimination liée au handicap ; 5- l'insuffisance des capacités à vivre seul. Enfin, les besoins les plus souvent énumérés relèvent de : 1- la vie relationnelle, 2- le logement, le budget, le suivi psychologique, 3- le soutien dans la prise d'un traitement médicamenteux, 4- l'insertion professionnelle.

Il s'agit bien, au regard des besoins observés, d'apporter à cette population les moyens pour être soutenue de façon adaptée dans les deux dimensions sociales que sont le lien aux autres et l'habitat.

b) Le questionnaire de satisfaction transmis aux bénéficiaires

Le questionnaire a été construit sur ma demande, par l'équipe, selon le modèle d'une enquête réalisée par l'AWIPH (MDPH belge wallonne). Il reprend un ensemble de questions fermées selon trois critères : l'accompagnement (accueil, recherche de logement, réponse aux besoins), les visites à domicile et démarches extérieures et les valeurs professionnelles. Un temps d'accueil collectif organisé par les professionnels pour la passation et la récupération des documents a permis de s'assurer de la compréhension et du retour du document. Cinq personnes sur quinze sollicitées se sont présentées au rendez-vous.

L'ensemble des bénéficiaires est satisfait de l'accompagnement réalisé dans ses dimensions d'organisation et éthique (une personne a attendu trop longtemps entre son orientation et l'accueil dans le service). Ils expriment, au regard de leur besoin, l'apport du service au niveau de la vie sociale et du soutien dans les démarches administratives et sociales (4 personnes/5) plutôt que médicales (1/5). Quatre ont réussi à trouver un logement adapté à leur situation et 1 personne a évité l'expulsion avec le soutien du service. La proximité de l'accompagnement, avec les visites à domicile, est vécue positivement et comme apportant soutien (5/5) et autonomie (4/5) dans les actions à entreprendre au quotidien. Les attentes exprimées pour améliorer le service s'orientent pour quatre personnes vers des réponses autour de la vie sociale (accueil collectif- temps de convivialité autour d'un café) tandis que deux propositions visent à ne rien changer.

La dimension sociale apparaît comme la plus importante à soutenir auprès des personnes accueillies.

2.1.3 L'accompagnement médico-social

A) L'accompagnement global

La notion d'accompagnement global apparaît au sein du décret qui définit la prise en charge en SAMSAH. La personne doit être soutenue et accompagnée dans tous les domaines de sa vie sociale, médicale et professionnelle au regard de ses désirs et de ses capacités. J'ai privilégié, de par mes expériences et mes fonctions actuelles, la mise en œuvre de deux pratiques permettant l'adéquation avec les attentes des politiques publiques :

- ◆ La prise en compte de la singularité du bénéficiaire
- ◆ L'élaboration avec lui de son projet de vie.

La singularité fait référence à l'individu, ses particularités, son mode de vie, son mode relationnel... Les professionnels du SAMSAH, dès les premiers accueils dans le service, identifient ces différents aspects et évaluent les besoins propres à la personne. Le soutien et l'aide auprès d'elle s'organisent dans son environnement proche, dans ce qu'elle peut accepter d'une relation à l'autre. La lecture clinique, du fonctionnement psychique et du mode relationnel est la base de travail de l'équipe. J'ai donc instauré des temps d'analyse de la pratique dont l'objectif est la réflexion partagée autour des situations d'accompagnement à partir d'une analyse clinique fine venant appuyer la connaissance de la personne et de son fonctionnement.

La singularité rappelle l'individualisation du projet de l'usager décrite dans la loi du 2/01/2002.

⁴³ cf annexe n° 6 Enquête médico-sociale

L'approche globale du projet traduit plus particulièrement le « projet de vie » évoqué dans la loi du 11/02/2005. Ce dernier est dans un premier temps abordé au sein de la MDPH lorsque la personne est orientée vers le SAMSAH. L'équipe pluridisciplinaire de la MDPH identifie des premiers besoins, lesquels justifient l'orientation vers le SAMSAH d'ISATIS. Le recueil de ce projet peut être échangé entre un professionnel du SAMSAH et un membre de l'équipe de la CDAPH. En effet, j'ai désigné un professionnel référent du lien entre l'équipe de la MDPH et l'équipe du SAMSAH afin de favoriser les relais d'information autour des situations de personnes orientées. Il s'agit, dans chaque équipe SAMSAH, des psychologues cliniciennes, car elles occupent un poste transversal entre les dimensions du soin et du social.

La pratique du service s'appuie sur l'élaboration avec la personne de son projet. Il doit tendre vers la recherche d'une meilleure qualité de vie, obtenue en ouvrant les possibilités de vie sociale, scolaire, professionnelle et citoyenne. Il aborde également les domaines de la vie quotidienne, inscrits autour du domicile. Il peut donc être très large ou centré uniquement sur certains aspects en fonction des besoins exprimés. Le terme de « projet » est flou voire inquiétant pour beaucoup de bénéficiaires en difficulté pour se projeter dans le temps. Leurs attentes sont soit dans l'instant, soit dans un idéal plaqué à une recherche de normalité.

L'équipe part donc, avant tout, du discours de la personne : que dit-elle à son arrivée dans le service ?, Quel sens y met-elle ? Quelles attentes a-t-elle pour son quotidien ? ..., avant d'évaluer des besoins divers. C'est ce discours qui constitue le projet car il se partage et rend compte de la personne, de ce qu'elle vit et comment.

Le projet vise par sa concrétisation le développement du potentiel de santé psychique et physique, des capacités intellectuelles et cognitives, afin que chaque personne soutenue acquière une autonomie suffisante pour la concrétisation de son insertion. Il renvoie donc à une méthodologie d'intervention mêlant participation active du bénéficiaire et pédagogie des professionnels. Aussi, les rencontres ne se passent pas toutes vers le domicile mais également dans le service pour inciter la personne à agir, à aller vers l'extérieur. Les démarches sont faites par le bénéficiaire et soutenues par la présence d'un professionnel en fonction du domaine d'intervention (la CISP s'il faut aller vers le pôle Emploi, la CESF si des papiers administratifs sont à refaire ou l'infirmière s'il s'agit d'une consultation médicale...).

L'ensemble des compétences professionnelles sociales et médicales, représentées dans le SAMSAH, offre un plateau technique à partir duquel chaque situation individuelle est explorée. Des temps de rencontres réguliers entre les professionnels référents et le bénéficiaire sont organisés tout au long de son parcours d'accompagnement autour de son projet.

Un document nommé « livret de parcours » intègre le projet écrit du bénéficiaire et son évolution. Il retrace les états des lieux de situations, les évaluations des capacités, des potentialités, des objectifs d'évolution et les choix de conduite pour les atteindre.

B) Le processus d'accompagnement

Plusieurs étapes intègrent l'accompagnement⁴⁴ : l'orientation, l'admission, l'évaluation initiale, l'accompagnement et la sortie. Ces étapes sont progressives et conditionnent la mise en place d'un parcours pour la personne dont la finalité est son insertion et l'amélioration de sa qualité de vie. Le processus organise les actions des professionnels qui, au regard de leur fonction, vont intervenir à chaque étape à des degrés divers.

L'orientation

Les personnes accueillies sont orientées par la MDPH, pour une période de 2 ans, suite à leur demande de renouvellement d'AAH ou de RQTH ou à l'issue d'un signalement par le réseau professionnel. La réception d'une notification d'orientation par la personne déclenche la prise d'un rendez-vous vers le SAMSAH. Cette première rencontre constitue le début de la phase d'admission.

L'admission

La direction générale a souhaité uniformiser cette procédure sur tous les SAMSAH de l'association.

Les professionnels de l'équipe réalisent les entretiens d'accueil. Ils se déroulent en binôme au sein du service ou parfois au domicile quand la personne ne peut se déplacer. Les binômes s'organisent afin que tous les professionnels aient pu rencontrer le bénéficiaire. Seul le médecin est sollicité dans cette étape de démarrage si le besoin de soin est important. Les premiers entretiens visent à faire connaissance avec la personne, à l'accueillir en lui présentant le service et comment elle peut y être accompagnée. Les documents d'information lui sont remis (livret d'accueil, règlement de fonctionnement et charte des droits et des libertés de la personne accueillie). À la fin de ces rencontres l'équipe partage ses informations avec le chef de service qui a délégation sur les validations d'admission et des suites à donner pour l'accompagnement au regard des priorités de suivi (social, médical ou professionnel). Un relais est fait auprès de la MDPH pour informer de l'entrée ou d'une demande de réorientation si nécessaire.

L'évaluation initiale

Tous les professionnels rencontrent la personne individuellement à l'issue de l'admission et réalisent une évaluation propre à ses compétences. Aussi, le recueil de situations sociale,

⁴⁴ cf annexe n° 7 Schéma de l'accompagnement au SAMSAH

professionnelle, médicale et psychologique s'étoffe et permet d'ajuster ce qui a commencé à être initié. Les informations sont réunies dans le dossier de l'utilisateur et partagées en équipe afin que chacun agisse en cohérence avec l'autre.

L'accompagnement

C'est le temps de l'élaboration du projet. Il débute par un premier écrit du bénéficiaire dans le cadre du Document Individuel de Prise en Charge (DIPC), où ses attentes y sont formulées. Ce temps est encadré par la CESF du service. Des entretiens réguliers, à fréquence individualisée, se mettent en place en fonction des priorités repérées et exprimées par la personne. Les échanges donnent lieu à une mise en action venant concrétiser les réponses aux besoins (mise en place d'un pilulier avec l'infirmière, recherche de logement avec la CESF, écrire son curriculum vitae avec la CISP...). Une attention particulière est posée sur la concrétisation du projet car la confrontation avec la réalité peut être vécue difficilement. Les abandons, les absences aux rendez-vous, les passages à l'acte, sont plus fréquents lorsque le projet commence à prendre forme et à s'inscrire dans le réel. Les psychologues soutiennent les personnes dans les démarches à entreprendre et valident, auprès des professionnels qui accompagnent sur le terrain, les potentialités du bénéficiaire pour cette concrétisation.

Des accueils collectifs sous forme d'ateliers sont également proposés. Ils ont vocation à mobiliser de nouvelles ressources chez les personnes et à évaluer les capacités relationnelles dans une configuration du groupe. Ces ateliers sont soit mutualisés au sein du complexe médico-social avec ceux du FAM (théâtre), soit initiés directement par le SAMSAH (sophrologie, vie sociale, éducation à la santé...).

Au cours de l'accompagnement un bilan annuel de l'accompagnement est transmis à la MDPH.

La sortie

Elle est signifiée dans plusieurs cas de figure : soit la personne a acquis suffisamment d'autonomie dans la gestion de sa maladie, de son quotidien, de son domicile, de son inscription dans le lien à l'autre ; soit elle demande à être réorientée vers une structure plus adaptée sanitaire ou médico-sociale.

La sortie peut être verbalisée par l'équipe ou par le bénéficiaire. Elle est toujours validée en réunion par la chef de service après concertation avec l'ensemble des professionnels référents du suivi. L'avis est partagé avec les partenaires extérieurs impliqués dans le suivi notamment auprès des médecins et des tuteurs.

Plusieurs entretiens, entre le bénéficiaire et ses référents, préparent à cette sortie.

Parfois, des abandons sont prononcés et le choix du bénéficiaire est toujours respecté au delà du besoin d'accompagnement toujours présent. Un relais est proposé et soutenu par l'équipe avant la sortie définitive pour envisager d'autres types d'aide et de soutien. Une

demande de fin d'accompagnement, écrite et explicitée par les référents, est demandée à la MDPH.

Sur l'ensemble du processus d'accompagnement, j'interviens dans une mission de contrôle qui s'organise dans le lien de coordination avec la chef de service, dans la lecture de tous les documents sortants vers le prescripteur et dans la demande d'évaluation de l'activité du service. L'accompagnement se réalise dans l'ouverture sur l'extérieur et en ce sens je dois l'inscrire et le soutenir auprès de l'ensemble des parties prenantes du service.

C) L'ouverture sur l'extérieur : des parties prenantes indispensables

Les parties prenantes représentent toutes les personnes engagées de loin ou de près dans la mission du SAMSAH. Différents niveaux de collaboration existent selon les priorités qui ont été données depuis l'ouverture du service. La problématique du logement vient questionner particulièrement ces liens avec l'extérieur. Leur organisation est relative à la nature du partenaire et à son rôle dans ce système.

a) *Les partenaires administratifs*

Les autorités de contrôle et de tarification

Le SAMSAH est financé par l'assurance maladie et le Conseil Général des Alpes-Maritimes. Son contrôle est sous la responsabilité de l'Agence Régionale de Santé pour la partie médicale et le conseil général pour la partie sociale.

Une politique de communication établie par le siège de l'association prévoit que :

- Le directeur général est l'interlocuteur privilégié des financeurs. Il engage l'association pour le développement de nouvelles réponses aux besoins des personnes et gère les discussions autour des moyens financiers. J'ai pu être présente à ces échanges budgétaires pour apporter les explications justifiant le niveau des dotations globales demandé.

- Le lien que j'entretiens avec les représentants de l'ARS et du conseil général sur le département se réalise autour d'une communication favorisant la compréhension du handicap psychique, de sa complexité. Cela passe par des rencontres, des visites sur site, l'invitation à des événements de vie sociale du service. J'ai également un lien direct autour du contrôle de l'activité du service, de la représentation des établissements et services dont j'ai la direction pour toutes les questions de suivi administratif et financier.

La MDPH

La Maison Départementale des Personnes Handicapées est le prescripteur du SAMSAH. Les décisions d'orientation et de sortie du SAMSAH sont posées par cette instance. Le lien est donc continu et soutenu. Il se concrétise sous plusieurs formes :

Des rencontres avec le médecin responsable de l'équipe de la CDAPH, du médecin coordinateur et du référent de la plateforme professionnelle pour échanger sur la nature des orientations, informer des actualités du service et des pistes de travail engagées. J'ai organisé de plus, des réunions d'informations destinées à l'ensemble de l'équipe pluridisciplinaire de la MDPH afin que les professionnels identifient clairement les missions du SAMSAH et sachent orienter en conséquence. Je suis à ces occasions l'interlocuteur de la MDPH et demande au chef de service du SAMSAH d'être présente à ces temps de rencontre afin d'apporter des éléments de l'activité.

Tous les accompagnements font l'objet d'écrits de synthèse transmis à la MDPH depuis l'entrée jusqu'à la demande de sortie. Ces écrits sont produits par les membres de l'équipe du SAMSAH puis validés par la chef de service avant de m'être transmis.

Une permanence associative a été mise en place par la MDPH. ISATIS y est représentée par un professionnel du SAMSAH présent une fois par mois dans ses locaux. Elle a pour objectif l'information au public des différents dispositifs existants sur le département.

Enfin, le directeur général de l'association est membre de la CDAPH dans les Alpes-Maritimes, en qualité de représentant associatif. Des liens se sont donc construits et un rapprochement partenarial favorisé.

b) Les bénéficiaires et leurs familles

Le projet associatif évoque clairement la nécessité d'une alliance avec les familles, d'une ouverture envers elles. Les accompagnements se réalisent néanmoins la plupart du temps sans la famille. Quelques bénéficiaires, parmi les plus jeunes, sont très entourés par leurs proches. Ces derniers sont reçus lors des premiers accueils, voire au cours de l'accompagnement pour informer sur des choix décisifs du projet de vie. En revanche il n'y a pas de travail régulier avec les familles bien que certaines situations pourraient le prévoir. Le développement de l'autonomie de la personne a toujours en quelque sorte justifié ce choix. Pourtant aujourd'hui, pour améliorer la prise en charge, il me paraît important de questionner cette pratique et d'envisager de faire entrer par diverses formes de participation les familles au sein des accompagnements.

De plus, depuis la loi du 2/01/2002, les modes de participation des usagers au sein des établissements et services sociaux et médico-sociaux doivent être mis en place. Dans le cadre du SAMSAH, une enquête de satisfaction⁴⁵ a été produite au sein d'une commission associative. Sa passation a eu lieu en 2009 pour le SAMSAH des Alpes-Maritimes. Ses résultats sont peu significatifs et demandent à ce que son contenu et sa forme soient repensés.

Il n'existe pas d'autres formes de participation dans le service.

⁴⁵ cf annexe n° 8 Enquête de satisfaction

c) Le réseau de professionnels

La pratique du réseau mobilise des compétences diversifiées ; les professionnels s'inscrivent en qualité de maillon à l'intersection des différents composants du réseau sanitaire et social pour assurer le lien et la continuité des actions menées auprès des personnes accueillies.

Il s'agit de dépasser les échanges ponctuels, liés à l'urgence des situations, en les inscrivant dans la durée et en les structurant avec :

- Des échanges autour des suivis,
- Le choix, en collaboration avec l'utilisateur et les partenaires, de référents de prise en charge permettant la médiation,
- Une information mutuelle sur les compétences respectives,
- L'information sur la connaissance des troubles psychiques, avec la volonté de changer les représentations en santé mentale et d'éviter la stigmatisation.

Le positionnement d'ISATIS dans cette pratique de réseau affirme la nécessité de faire le lien avec, pour que petit à petit la personne soit en mesure d'identifier puis de solliciter de façon autonome et adaptée les intervenants en fonction des besoins rencontrés.

L'ouverture du service a justifié une communication importante à leur attention afin d'inscrire le service dans le paysage local. Plusieurs formes d'informations ont été choisies entre l'inauguration, les courriers, la diffusion de plaquettes de présentation, les rencontres plus individuelles.

Le secteur sanitaire

La collaboration avec les établissements et services du secteur psychiatrique est une des priorités de l'association. C'est aussi un des enjeux majeurs du Schéma Régional de l'Organisation Sanitaire PACA. Au delà d'un conventionnement, des échanges et des collaborations sont réalisées au quotidien entre les équipes et les professionnels du libéral, des CMP et des Hôpitaux. Ce lien est absolument nécessaire pour le suivi des personnes. Sur le secteur Est du département, une convention de coopération entre l'hôpital Sainte Marie et ISATIS renforce une collaboration existante depuis plusieurs années.

Le Pôle sanitaire de réhabilitation psychosociale du centre hospitalier Sainte-Marie propose une cellule Relais d'Entrée aux Soins pour les Usagers en Santé mentale (CRESUS), dont le dispositif régule et coordonne les besoins de soins en complément de l'accompagnement médico-social engagé par les établissements et services de l'association ISATIS. Il est sollicité notamment pour répondre à l'évolution de la situation médicale en cours d'accompagnement.

Le secteur social, dont celui du logement

La collaboration avec les partenaires du champ social est nombreuse et variée. Les liens s'organisent autant avec les collectivités territoriales, les centres sociaux, les CCAS, les organismes : sécurité sociale, Assedic, agences immobilières, associations en lien avec le logement, services de tutelle qu'avec, les organismes culturels, les associations sportives, artistiques de proximité, inscrites au cœur de la cité, à but social ou humanitaire...

Il peut s'agir de contacts occasionnels entre deux travailleurs sociaux afin de permettre un échange d'information, une inscription à une activité. Des concertations peuvent permettre de coordonner les efforts de plusieurs travailleurs sociaux qui interviennent auprès d'une même personne et d'analyser une situation en prévoyant un plan d'action partagé où chaque intervenant est amené à assurer un rôle défini en commun.

Dans le département des Alpes-Maritimes, les acteurs mobilisés sur les dispositifs de l'hébergement et du logement sont les associations API-PROVENCE, ADOMA, SOHLAM, la Fondation Patronages Saint Pierre ACTES, ALC, ALAM, l'agence AIVS AGIS 06 et les onze bailleurs sociaux publics et privés. Un travail en réseau est déjà établi entre certaines des associations et ISATIS. Cependant, les liens actuels permettent les orientations d'un service vers un autre, mais ne sont pas contractualisés autour du projet spécifique d'accès à un logement. Il n'existe pas encore de convention de partenariat entre ce secteur social et le SAMSAH d'ISATIS.

Le secteur professionnel

La collaboration avec les partenaires du champ professionnel recouvre les liens et les formalisations avec les associations intermédiaires, les entreprises ou chantiers d'insertion, les Centres d'aide pour la vie active, les missions locales, les foyers de jeunes travailleurs, le PLIE, le Pôle Emploi, les Maisons de l'emploi, les organismes de formation et de bilan, le milieu protégé (ESAT et entreprises adaptés). Le travail de réseau est majoritairement présent dans ce secteur. Quelques conventions avec des ESAT cependant existent et permettent des mises en situations professionnelles pour valider la faisabilité de projet.

Le SAMSAH est actuellement bien repéré dans son environnement social. En revanche certains secteurs dont celui du logement n'a pas encore été exploité à la dimension des besoins des personnes.

2.2 L'ORGANISATION DU SAMSAH

Des moyens humains et techniques spécifiques ont été définis pour mener la mission dédiée au SAMSAH. L'organisation repose d'une part sur les choix associatifs de gestion de complexe d'ESSMS sociaux et médico-sociaux par les directeurs mais aussi sur les ressources professionnelles, leurs modes de coordination et le management de leurs compétences.

2.2.1 Les équipes de direction

Je vais présenter deux niveaux d'équipe de direction : celle pilotée et animée par le directeur général, dont je fais partie avec l'ensemble des directeurs territoriaux ; et celle du complexe, sous ma responsabilité et pour laquelle, j'anime des temps de coordination afin de me donner les moyens de piloter les établissements et services. Elle réunit le chef de service, l'assistante de direction et la comptable du complexe.

A) Les liens entre la direction générale et les directeurs

L'organisation de l'association, compte tenu de sa dimension régionale, a été découpée par direction territoriale⁴⁶, avec une délimitation départementale, voire en sous-découpage du département au regard de la densité de population et de la taille des offres de service créées. C'est le cas pour le département des Alpes-Maritimes et de la direction dont j'ai la responsabilité ; la zone du littoral et celle du Moyen-Pays (montagne) sont actuellement identifiées. Aussi, le centre décisionnel situé dans les Alpes-Maritimes héberge une direction générale à partir de laquelle la politique associative se dessine : direction des ressources humaines, direction administrative et financière, et développement de projet.

En outre, chaque direction possède un service administratif (comptable et assistante de direction) mutualisé sur l'ensemble des ESSMS et gère par délégation de la direction générale, avec une équipe de direction, l'élaboration et la conduite des projets d'établissements et services, les ressources humaines, la situation économique, budgétaire et financière. Elle maintient également une veille au regard des besoins présents sur le territoire pour en faire remonter l'information auprès des instances décisionnaires.

La communication interne et le contrôle des délégations se réalisent dans le cadre de comités de direction mensuels animés par le directeur général. Ils réunissent l'ensemble des directeurs départementaux et consistent à transmettre des informations d'actualité des établissements et services mais aussi à partager des questions d'organisation, à recueillir les axes stratégiques de la politique associative.

Au delà de ces échanges formalisés, une communication plus informelle mais régulière existe par la voie d'échanges téléphoniques, par mail ou lors de temps de coordinations individualisés. Ils permettent d'approfondir un thème de travail spécifique à une direction.

Le dialogue social et les Instances Représentatives du Personnel, organisées en Délégation Unique du Personnel, sont gérés par le directeur général au niveau de la région, avec une représentativité des directeurs présents en alternance sur les différents temps d'échange.

⁴⁶ cf annexe n° 2 Organigramme général de l'association ISATIS

Un séminaire associatif regroupe une fois par an les administrateurs, le directeur général et les directeurs. Ils sont l'occasion de faire connaître l'activité des établissements et services par l'exposé direct des éléments qualitatifs et quantitatifs et particulièrement d'échanger sur des problématiques liées soit à l'évolution de la politique associative au regard des évolutions du secteur et des besoins des personnes.

B) Les liens entre la directrice et la chef de service

Sur mon périmètre d'action, je travaille, depuis trois ans, en lien direct avec une chef de service.

Sa fonction de cadre intermédiaire la place entre les équipes de l'ensemble du complexe et ma direction. Ses délégations s'orientent vers la conduite des projets de services et d'établissements et leur évaluation, l'animation, la gestion et l'organisation des ressources humaines et la communication.

Avec les équipes du SAMSAH par exemple, elle fait vivre le projet en sollicitant les professionnels dans l'élaboration d'outils de suivi des projets individualisés, d'ateliers collectifs, de journées de travail sur la pratique, de formations spécifiques répondant au besoin de spécialisation. Elle organise les plannings des équipes et garantit une régulation de la communication entre les professionnels. Elle participe aux recrutements et gère l'accueil des nouveaux salariés, des stagiaires, leur évaluation et l'organisation de leur sortie. Elle anime les liens avec les partenaires extérieurs de terrain en programmant avec les équipes des rencontres régulières et entretient des liens de proximité avec le prescripteur. Elle est responsable des écrits sortant du service et les valide. Elle anime et conduit les réunions d'équipes⁴⁷ pour évaluer les actions réalisées et les projets accompagnés. Le nombre important de bénéficiaires implique une organisation des réunions, centrée sur les situations les plus délicates où sa présence permet de décider d'orientations spécifiques. Elle valide, au sein de celles-ci, les entrées et les sorties des bénéficiaires du service. Elle informe, par voie écrite ou orale, les professionnels des actualités de la direction des Alpes-Maritimes littoral. Elle évalue la qualité du service rendu aux bénéficiaires en organisant la rédaction des rapports d'activité et par la passation de l'évaluation interne avec les équipes.

Son statut est hiérarchique sur l'ensemble des salariés, y compris sur les médecins des services. Ces derniers n'exercent pas de pouvoir hiérarchique direct sur les autres professionnels. Ils sont responsables des axes d'accompagnement pris concernant les actions médicales auprès des personnes accueillies. Les situations de manquement au cadre institutionnel, sortant des aspects régulés ou négociés avec la chef de service, sont

⁴⁷ cf p 48 la description des formes de réunions existantes au sein du service SAMSAH.

de ma responsabilité. En effet, le pouvoir disciplinaire m'est imparti et la chef de service me tient informée de toutes les circonstances nécessitant mon intervention.

J'ai instauré des temps de coordination bimensuels avec elle. La réunion permet un contrôle par le recueil des éléments d'activité⁴⁸, d'être informée des problématiques spécifiques de situations d'accompagnements de bénéficiaires, des rencontres extérieures, des besoins pouvant remonter de ces rencontres, de retours sur des choix organisationnels. C'est également le moment de faire le lien avec les orientations stratégiques afin qu'elle reste dans la ligne directrice de la politique associative, dans le cadre de ses délégations en terme de décisions à prendre et de partager des réflexions sur des projets d'évolution des services ou de création à venir.

C) Le lien entre la directrice et l'équipe administrative

J'ai la responsabilité de la gestion administrative, comptable et financière des établissements et services. J'entretiens donc un lien direct et constant avec une assistante de direction et une comptable.

Toutes les semaines, un point de coordination avec l'assistante permet de réguler les différents points administratifs en cours (préparation des payes, contrats de travail, plan de formation, veille juridique et sociale, élaboration de note de communication...).

Le lien formalisé avec la comptable est bimensuel. Il s'organise autour des contrôles sur les mouvements de trésorerie, de préparation des budgets, des comptes administratifs, des états réguliers de situations financières.

Ces deux professionnels prennent aussi appui sur les services de ressources humaines et de contrôle de gestion du siège de l'association pour mener leur mission.

Une fois par mois, je réunis l'ensemble de l'équipe de direction afin de coordonner les actions communes et d'en prendre la mesure globale.

2.2.2 L'équipe pluridisciplinaire

En concertation avec la direction générale, nous avons conçu le service sur la base des expériences antérieures de l'association et dans une recherche de complémentarité de compétences entre les professionnels. Elle permet à la fois de lutter contre les risques d'exclusion (accompagnement social) et contre les risques pathologiques (veille médicale) chez les bénéficiaires. Il m'appartient de faire en sorte qu'un maillage puisse exister en mettant en œuvre des moyens de collaborations et un processus d'accompagnement des projets individualisés en adéquation avec notre objectif.

⁴⁸ Des tableaux de bord quantitatifs me sont transmis chaque mois.

A) L'organigramme du SAMSAH

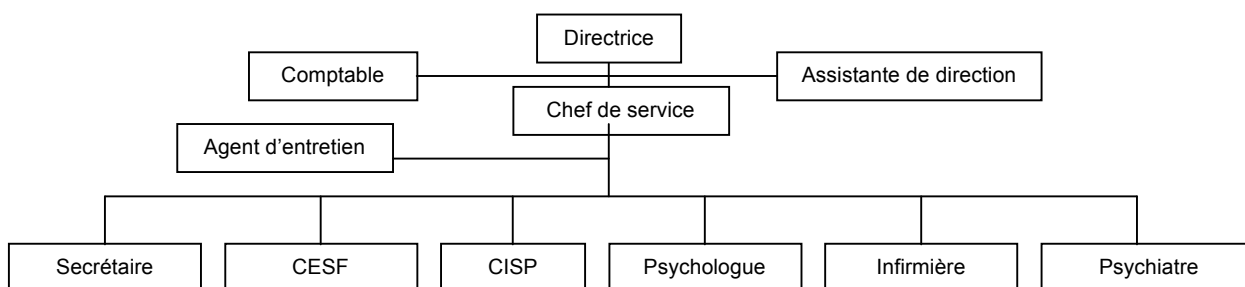
L'organigramme renvoie à un taux d'encadrement et au fonctionnement du service en file active. Les personnes sont reçues sur le principe d'entrées et de sorties permanentes. Si les professionnels peuvent accompagner 120 personnes de façon effective à un instant « t », la file active représentant l'ensemble des personnes suivies dans l'année pourra être plus importante.

Le taux d'encadrement du SAMSAH est de 0,34. Il prend en compte le nombre de places et le nombre d'ETP autorisés. En cela, il correspond à la moyenne appliquée⁴⁹ dans des services similaires.

Fonction	NICE (24 places)	LE CANNET (16 places)	TOTAL en ETP (40 places)
Directrice	0,1	0,1	0,2
Chef de service	0,4	0,4	0,8
Assistante direct ^o	0,3	0,2	0,5
Comptable	0,1	0,1	0,2
Agent d'entretien	0,3		0,3
Secrétaire	1	1	2
CESF	1,5	1	2,5
CISP	1	0,6	1,6
Psychologue	2,4	1,4	3,8
Médecin	0,3	0,2	0,5
Infirmier	1	0,5	1,5
TOTAL	8,4 ETP	5,5 ETP	13,9 ETP

Les fonctions représentées ont été déterminées spécifiquement en fonction des rôles de chacun des professionnels et de leurs compétences pour accompagner chaque domaine de la vie de la personne. La superposition et l'imbrication des actions d'accueil, de terrain, menées par les travailleurs sociaux, puis de l'analyse clinique par les psychologues et enfin du regard médical de l'infirmière et du médecin, optimisent les choix de l'équipe pour l'accompagnement des bénéficiaires.

Les liens fonctionnels et hiérarchiques sont représentés dans cet organigramme :



B) Les fonctions et les rôles des professionnels

Chacun des membres de l'équipe du SAMSAH a un rôle à jouer auprès du bénéficiaire. Sa place dans l'organisation y est donc spécifique et relative à ses compétences et aux responsabilités qui lui sont conférées dans la réalisation de sa mission. La dimension collective demande à définir précisément ces fonctions et ces rôles afin que l'organisation fonctionne et qu'un maillage se crée.

L'équipe et ses missions

- **Une secrétaire médico-sociale** pour assurer l'accueil des bénéficiaires, le standard, les tâches administratives, dont notamment le suivi des dossiers, la gestion des rendez-vous, la réalisation des rapports et bilans d'activité.
- **Une conseillère en économie sociale et familiale (CESF)** dont la mission principale consiste à apporter un accompagnement ou une aide dans la réalisation des actes quotidiens de la vie en matière de gestion du budget, de conseil en consommation, d'accès ou de maintien dans le logement, de démarches administratives, d'alimentation, d'hygiène de vie, d'équipement, d'habitat, d'habillement.
- **Une conseillère en insertion socioprofessionnelle (CISP)**, est référente de l'accompagnement socioprofessionnel dans la gestion des étapes du parcours d'insertion sociale. Elle assure le développement des actions de partenariat, la liaison et le relais entre la personne, l'entreprise, les prestataires sociaux, les organismes de bilan et de formation. Elle met en œuvre, par des actions de mobilisation adaptées, le projet social et/ou le projet professionnel.
- **Un psychologue clinicien**, chargé plus particulièrement de l'accompagnement médico-social. Il intervient dans la mobilisation des compétences et des ressources de la personne. Il apporte un appui et un soutien techniques aux collaborateurs et partenaires.
- **Un infirmier** référent de la demande de soin et coordinateur des besoins médicaux et para-médicaux, chargé notamment de l'aide et de l'éducation en matière de santé, de l'accompagnement physique des bénéficiaires et des relais auprès des professionnels du paramédical selon les besoins des personnes.
- **Un médecin psychiatre** chargé de faciliter l'accès aux soins et la mise en œuvre de psychothérapies pour les bénéficiaires qui en ont besoin. En cas de nécessité, le médecin procède à un diagnostic bilan auprès du bénéficiaire. Il définit un protocole de soin de manière à orienter la personne vers les pôles de soin adéquats. Il gère la coordination des soins avec les différents intervenants du secteur sanitaire.

⁴⁹ Référence CNSA, 1^{ère} conclusions et rapport SAMSAH-SSIAD, Avril 2008.

Cette énumération pose clairement ce que chacun peut « agir » auprès des bénéficiaires. Les liens et le maillage des différentes actions ne s'y réfèrent pas et le risque de cloisonnement est important si je ne mobilise pas une équipe dans un but commun et partagé. Le cloisonnement est d'autant plus risqué qu'il peut faire écho au fonctionnement des personnes souffrant de psychose. Le jeu des relations en miroir peut alors, conduire tout le monde dans un système clos.

C) Le fonctionnement de la pluridisciplinarité

Les fonctions représentées dans l'équipe SAMSAH sont toutes liées par des interrelations dans la prise en compte d'une appartenance à une culture commune, qui reste toujours à remettre au travail. Cette culture prend en compte l'accueil d'une demande, la réponse à un besoin à partir de collaborations internes mais aussi externes. L'efficacité de cette équipe est sous-tendue par une méthode de travail qui repose sur l'organisation des rôles de chacun, la distribution du travail et une procédure de coordination clairement définie.

Pour D. Gacoin, « la clarification des rôles (...) permet de cibler la place de chacun dans les dynamiques liées au registre des relations ou au registre de l'efficacité et de la rigueur »⁵⁰. Qui fait quoi, d'où, comment, jusqu'à quelle limite dans le domaine concerné, avec quel autre professionnel extérieur?... Plus il y a d'interlocuteurs dans une équipe plus la complexité est présente et demande à être régie par un cadre de travail. Un des enjeux du fonctionnement de l'équipe pluridisciplinaire est donc celui de la clarification des rôles par l'ensemble des professionnels. J'ai conduit pour cela, en amont de l'ouverture des SAMSAH, des réunions préparatoires. Elles ont eu pour objectif d'accompagner le changement et particulièrement d'initier la connaissance des rôles des professionnels présents. Cependant, l'exercice de l'activité a demandé que chacun puisse se « positionner » avec le reste de l'équipe à partir de la perception concrète des missions respectives. Plus tard, J'ai mis en place une formation interne, sur la pluridisciplinarité afin que puisse se parler cette notion et sa représentation en fonction des accompagnements déjà engagés dans le service.

Aussi, chacun réalise sa propre mission en lien à sa pratique professionnelle, à son corps de métier auquel se réfèrent des concepts particuliers. En revanche, les axes d'intervention, thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques, sont conjugués les uns aux autres car ils amènent le bénéficiaire vers l'accomplissement de son projet individualisé.

L'équipe doit faire preuve de discipline et de solidarité pour pouvoir cadrer les angoisses du public et maintenir une action collective dans le respect des projets individuels.

⁵⁰ Daniel Gacoin, Communiquer dans les institutions sociales et médico-sociales, enjeux, stratégies, méthodes, p198, DUNOD, 2002.

Au delà d'une coordination hebdomadaire, j'ai sollicité la souplesse des modes d'accueil et ai demandé aux professionnels de recevoir en binôme les bénéficiaires lorsque la pertinence avec le projet était respectée. Ce mode d'accueil n'est pas systématique, mais il permet d'ajuster l'accompagnement des projets de la façon la plus cohérente possible.

Les regards croisés sont autant de précisions à l'identification des besoins des bénéficiaires et de pistes de réflexion partagées pour son accompagnement. La mission de la chef de service, par délégation, consiste ici à faire vivre ces liens entrecroisés à partir de l'organisation de temps de communication.

D) Les modes de coordination

Plusieurs formes de coordination de l'équipe pluridisciplinaire existent. Toutes se réalisent par alternance sur un temps de travail hebdomadaire.

La réunion de synthèse animée par la chef de service

Toute l'équipe participe à ce temps de travail afin de recueillir de manière la plus pertinente les avis et observations de chacun au regard des prises en charge. Son but est de partager des informations et des observations concernant les bénéficiaires dont le suivi pose question par les difficultés d'ordre sociales ou médicales posées, de présenter les demandes d'admission, de se coordonner en terme d'organisation des rendez-vous, du fonctionnement du service pour la semaine à venir.

La réunion de projet animée par les professionnels référents des bénéficiaires

La réunion de projet consiste en la préparation d'« entretiens de projet individualisé » entre le bénéficiaire et les professionnels en charge de son suivi au sein du SAMSAH. Cette réunion a pour but de répondre à des situations de blocage dans le parcours de la personne, d'évaluer les compétences sociales de l'autonomie du bénéficiaire compte tenu des objectifs qu'il s'est fixé pour la réalisation de son projet de vie, de revoir ou de trouver une stratégie d'accompagnement personnalisé qui permette au bénéficiaire de mobiliser au mieux ses compétences. Ce temps de travail peut être ouvert aux partenaires du soin et du social si leur présence apparaît pertinente. Un calendrier « d'entretiens de projet individualisé » est programmé et permet d'identifier et de fixer les dates des réunions de projet.

Les « professionnels référents » des personnes anticipent pour recueillir auprès de leurs collègues, de la personne concernée et des partenaires, un maximum d'informations sur les besoins et compétences repérés du bénéficiaire, dont le projet est évoqué. Des décisions de stratégie d'accompagnement sont prises et consignées dans un document appelé « projet individualisé ».

La réunion de service animée par la directrice

J'ai choisi d'organiser tous les deux mois les réunions dites de service. Afin de mobiliser les professionnels, j'ai décidé de réunir les équipes SAMSAH des deux sites Nice et Cannes. Le croisement des pratiques et des regards est, selon moi, porteur de dynamisme et crée la nécessité de se décentrer de son environnement direct. Cette réunion est un temps de communication sur l'actualité associative, de réflexion sur l'activité (bilan), sur les outils de travail en vue d'améliorer leur opérationnalité et leur pertinence dans le cadre réglementaire du secteur médico-social, d'échanger sur les futurs projets, d'organiser des rencontres avec des partenaires extérieurs.

La chef de service est présente à ces réunions pour lesquelles nous co-construisons ensemble l'ordre du jour en fonction de l'actualité des services. L'animation est, au regard des thèmes abordés, répartie entre nos deux fonctions.

2.2.3 Le type de management

A) Le choix de la créativité et de la responsabilisation

Les dirigeants de l'association ISATIS, et notamment son directeur général, ont développé une organisation dont le management s'appuie sur le modèle de l'innovation. Le contexte historique de la prise en charge des personnes souffrant de troubles psychiques, l'absence de réponse appropriée à leurs besoins et le développement régional rapide des services de l'association ont conduit à prendre cet axe stratégique. Aussi, en 15 ans, ISATIS s'est implanté sur la région PACA et Corse, soutenu par des actions spécifiques originales pour le secteur d'activité en faveur d'un public particulier.

Des moyens mis en place, en terme de management stratégique, ont permis ce développement avec par exemple,

- La transmission du projet associatif et le partage des valeurs des dirigeants vers les professionnels, comme affirmation d'un sens donné aux actions, à partir de sa diffusion et d'échanges lors de regroupements annuels associatifs ;

- La participation aux événements organisant les réponses aux besoins (mise en place des schémas départementaux) ;

- Le développement d'une culture de réseaux et d'un réseau partenarial avec l'ensemble des acteurs du secteur social, médico-social et sanitaire, dont certains ont pris une place d'allié.

- Un management des ressources humaines centré sur le développement des compétences, d'autonomie, de capacité d'initiative, de liberté d'apprendre dans un cadre repéré.

Ma propre expérience au sein de l'association d'abord en qualité de psychologue puis de chef de service et maintenant directrice m'a permis de comprendre dans ce système

comment la motivation et l'implication des acteurs, l'animation des équipes et leur coopération étaient renforcées. Je mobilise les équipes dans un travail constant par projets. Ces derniers répondent soit à des sollicitations des professionnels pour résoudre une difficulté dans la pratique, dans le fonctionnement, soit pour mettre en adéquation nos actions avec l'environnement externe ou avec les besoins des bénéficiaires. Par exemple, un groupe de travail s'est constitué sur le projet d'amélioration de la communication avec une réflexion sur la mise en place d'un serveur informatique centre ressources commun à l'ensemble des équipes. Un second sur la création d'une gazette interne à la direction territoriale permettant l'enrichissement des connaissances du secteur d'activité et le partage de la pratique et des expériences entre les équipes.

Les projets ont une durée de vie définie préalablement et donnent lieu ensuite pour la plupart à la gestion continue d'actions spécifiques. Les professionnels s'y inscrivent soit par le volontariat, soit par sollicitation de l'équipe de direction au regard de leurs compétences. Ils ne sont cependant jamais imposés. La motivation des professionnels à ces groupes est constante et représente un réel indicateur de l'investissement professionnel et du climat social général. Certains groupes évoluent en autonomie et rendent compte à intervalle régulier de leurs travaux. Les directives sont réaffirmées à cette occasion. Un service actuellement en expérimentation dans le département des Alpes-Maritimes est né d'un groupe de travail.

Cette dynamique émane à la fois d'une analyse du terrain et des problématiques qui s'y rapportent mais aussi de l'analyse de l'environnement extérieur. Le développement s'initie d'une part dans une optique d'amélioration des prestations fournies au sein des services et établissements existants et d'autre part dans l'anticipation des évolutions possibles et des nouvelles formes de réponses aux besoins des personnes.

Le processus décisionnel se nourrit du savoir des professionnels experts dans leur cœur de métier et de leurs initiatives en faveur des personnes. La complexité et la singularité des situations rencontrées poussent à la créativité et à la « transgression validée »⁵¹.

B) La gestion de la spécialisation d'intervention

Les professionnels sont qualifiés dans leur domaine d'intervention et disposent d'une expérience professionnelle significative. Pour autant, la plupart n'ont pas travaillé avant auprès de personnes souffrant de troubles psychiques. Afin d'enrichir les pratiques professionnelles, le plan de formation annuel est un outil de gestion des ressources humaines pour faire évoluer les connaissances et la réflexion. Ainsi les salariés participent

⁵¹ Terme employé par Jean Furtos, directeur scientifique de l'ORSPERE-ONSMP, pour désigner les adaptations secondaires des professionnels face aux limites de leur cadre de travail et aux besoins des personnes accompagnées. Il évoque la formule du travail intelligent ($Te=Tp+e$) comme la somme d'un travail prescrit et l'effort personnel d'un usager pour s'adapter au terrain en fonction de ses besoins et de son implication personnelle.

à des journées de formation ou à des séminaires. J'ai essentiellement axé les priorités des formations collectives, parfois individuelles, sur la connaissance des troubles psychiques et la relation qui en découle.

J'ai privilégié l'organisation des supervisions, où tous les professionnels sont concernés par ce travail de réflexion d'analyse de la pratique. Elles permettent une meilleure élaboration du travail auprès des bénéficiaires. Les supervisions sont menées par des intervenants extérieurs dont la clinique s'appuie sur le courant théorique psychanalytique. Elles soutiennent les équipes en les aidant à se resituer individuellement dans leur relation aux bénéficiaires et au sein de la pluridisciplinarité. L'extériorité de l'intervenant permet une neutralité vis-à-vis de l'équipe, une prise de parole plus libre et une prise de distance plus marquée sur les situations exposées.

De plus, pour tout nouveau salarié, une formation à la méthodologie du service et à la prise en compte des problématiques liées au handicap psychique est organisée. Un psychologue clinicien interne à l'association conduit ce temps de formation.

Depuis son ouverture, le SAMSAH a bénéficié des atouts de l'association bien implantée et reconnue sur le département. L'offre de service proposée est en adéquation avec la demande des politiques publiques. Elle répond de plus aux besoins des personnes par la prise en compte très spécifique de leur singularité. Enfin, l'approche dynamique managériale, centrée sur le partage des connaissances et leurs évolutions, impulse une culture commune issue de la culture associative. Néanmoins, parce que la population accueillie présente une complexité de fonctionnement et parce que la pratique est récente dans le secteur social et médico-social, je constate la nécessité d'ajustements à apporter à l'organisation du service.

2.3 LES LIMITES INTERNES ET EXTERNES AU FONCTIONNEMENT DU SAMSAH ET LEURS CONSEQUENCES SUR L'ACCOMPAGNEMENT DES PROJETS D'ACCÈS AU LOGEMENT

L'organisation et le fonctionnement du SAMSAH prennent en compte la dimension du logement dans ses étapes d'accès et de maintien. Cependant, les demandes des bénéficiaires sont accompagnées selon une méthodologie qui aujourd'hui ne facilite pas toujours la réalisation du projet et les contraintes extérieures semblent rester sans issue au regard des situations des personnes. Le démarrage du SAMSAH en 2008 a, de plus, entraîné la mise en oeuvre d'axes prioritaires liés à la montée en charge du service et qui aujourd'hui demandent à être redéfinis.

Je vais dans ce chapitre développer les limites du SAMSAH dans sa mission d'accès au logement, en observant l'interne puis l'externe, pour pouvoir ultérieurement identifier les différents leviers à actionner et donner les moyens d'agir pleinement en ce sens.

2.3.1 Les limites liées à l'organisation interne

L'organisation met en jeu des personnes à l'interne et à l'externe, ainsi que des moyens techniques. Les modes d'intervention et de coordination faciliteront l'opérationnalité des actions à mener vers un but précis. L'approche globale des projets et la pratique de réseau me semblent être à la fois une force d'action mais également un frein sur certains aspects et la pluridisciplinarité des équipes telle qu'elle fonctionne actuellement est à questionner.

A) La dilution du sens de la pratique d'accès au logement

↳ L'approche globale de l'accompagnement présente l'intérêt de considérer la personne dans toutes ses dimensions personnelles, affective, sociale, médicale et professionnelle. Lorsque le SAMSAH a été créé, l'objectif opérationnel initial du SAD, d'oeuvrer en faveur d'une insertion par le logement s'est dilué au profit d'une insertion sociale plus « généraliste ». L'objectif était d'ouvrir un ensemble de réponses possibles comprenant la dimension du logement mais également beaucoup d'autres.

↳ Le projet de service n'a pas été écrit depuis l'ouverture du SAMSAH. Les réunions de préparation à l'ouverture du service ont permis d'accompagner vers une nouvelle pratique sans revenir plus spécifiquement sur cet axe du logement et particulièrement de son accès.

B) Le manque de continuité de l'activité

↳ Le besoin des personnes à être soutenus dans leur démarche d'accès au logement de façon continue n'est pas satisfait. La continuité de l'accompagnement est partielle car le service fonctionne du lundi au vendredi et de 9h à 17h. Les démarches entreprises en semaine relative au projet de logement, se voient donc interrompues empêchant, pour les personnes les moins autonomes et les plus isolées, de saisir des opportunités.

↳ Une CESF travaille à temps partiel ce qui demande à son homologue à temps plein de prendre des relais dans le cadre de visites extérieures. Cette organisation alourdit la tâche d'un professionnel et peut être mal vécu par les bénéficiaires. Dans les cas extrêmes, des visites sont reportées pour permettre leur déroulement en présence du professionnel référent, au risque de voir partir le logement vers un autre candidat.

C) Le cloisonnement des missions

L'identification des missions par professionnel a été posée au départ de façon assez cloisonnée. Chacun des professionnels avait besoin de clarifier son rôle, sa fonction et sa mission ainsi que ceux de ses collègues pour apprendre à fonctionner ensemble. Malgré les temps de coordination ce phénomène persiste au sein des équipes. En effet, la dimension du logement a été naturellement confiée aux CESF dont le cœur de métier est l'accompagnement dans l'apprentissage de la gestion du quotidien, dans l'acquisition d'une

autonomie pour la réalisation des démarches sociales et dans l'ouverture vers une vie sociale.

Ces travailleurs sociaux sont les seuls à accompagner les actions concrètes nécessaires à la réalisation du projet d'accès à un logement de droit commun. Toutes les étapes de l'accompagnement, de l'élaboration du projet à l'entrée dans le logement les mobilisent sans qu'aucun autre professionnel n'ait eu à relayer des interventions ou vers le réseau ou dans les démarches concrètes. Ils se sentent par conséquent porteurs du projet de logement. La pluridisciplinarité doit être remise au travail dans le collectif.

D) Des besoins d'accompagnement social initialement sous-estimés

Le nombre de personnes à accompagner simultanément complique le suivi régulier et de proximité nécessaire dans cette étape du projet de logement au regard de la file active et des ETP prévus. Le ratio d'encadrement des CESF est de une pour quarante-huit.

Des visites d'appartements peuvent être organisées plusieurs fois dans la semaine par les CESF, alors qu'au moins cinq à sept personnes sont accompagnées en permanence par ces professionnels dans ce projet.

De plus, pour s'adapter au besoin des bénéficiaires, la CESF réalise des actions qui ne seraient naturellement pas attachées à sa mission : il s'agit particulièrement de l'aide au déménagement et de la petite maintenance des logements, trop coûteux pour le bénéficiaire.

E) Des parties prenantes pas assez sollicitées à l'externe

↳ Au niveau du réseau institutionnel, je n'ai pas encore mis en place d'instance de suivi de l'action, réunissant les parties prenantes impliquées dans le SAMSAH. Les liens avec la MDPH, les financeurs et les partenaires du réseau professionnel peuvent être renforcés dans ces formes de rencontre. Elles sont l'opportunité avec l'ensemble des interlocuteurs de mettre à plat l'activité, ses résultats mais aussi ses problématiques afin de partager les analyses contextuelles et les possibilités de résolution.

↳ La participation des bénéficiaires et de leurs proches est limitée. Les familles sont peu impliquées dans les accompagnements du fait d'une pratique centrée sur la prise d'autonomie des personnes adultes et leur sollicitation existe uniquement dans les situations les plus sensibles. C'est, en général, les familles elles-mêmes qui demandent à être reçues. La communication à leur attention est donc réduite et n'a pas fait l'objet de réflexion plus précise sur la pratique à adopter. Or, je pense qu'il est nécessaire de prendre en compte l'importance de l'influence de la famille sur le projet d'insertion de la personne, soit comme soutien ou levier dans le projet, soit dans le cadre d'une reprise de lien social ou d'une relation problématique.

Les bénéficiaires ont eu la possibilité d'exprimer leur avis sur le fonctionnement du SAMSAH à travers la passation d'un questionnaire de satisfaction après une année d'accompagnement. Cette forme de participation est restrictive et peu significative compte tenu de la formulation de certaines questions et des conditions de passation. Peu de questions concernent l'accompagnement sur l'accès au logement et les visites à domicile.

↳ Le réseau de professionnels, social, médico-social, professionnel et sanitaire, est identifié mais reste encore peu soutenu et mobilisé.

Le réseau en lien direct avec le logement n'est pas distingué du réseau social ce qui renvoie au problème de dilution déjà abordé.

Dans la phase d'ouverture du SAMSAH, j'ai privilégié les liens avec la psychiatrie afin que ce secteur identifie clairement le service et les collaborations possibles. Aussi, les rencontres avec les professionnels du logement sont restées isolées et en lien à des situations concrètes d'accompagnement et aucune convention de partenariat n'a été signée. La stratégie de développement et de soutien du travail en réseau et de partenariat n'a pas été définie avec les équipes. La pratique se diffuse en interne par le biais des relais entre professionnels et de façon informelle. Ils se voient donc confier une mission dans ce registre mais peuvent parfois fonctionner avec des repères flous qui, redéfinis et portés collectivement provoqueraient une meilleure efficacité du travail.

2.3.2 Les limites liées au contexte extérieur

L'accès à un logement est devenu de plus en plus difficile pour des personnes souffrant de troubles psychiques, en raison de manque de moyens, de logement, de dispositifs adaptés, de représentations sociales négatives sur le handicap psychique. Pourtant des aides pour l'accès au logement existent ...

A) Les problématiques psychiques et l'urgence sociale

Les personnes accueillies au sein du SAMSAH se trouvent régulièrement dans des situations d'extrême urgence sociale. Elles sont exclues de leur logement pour diverses raisons et freinent à avancer dans un projet de relogement. La problématique psychique joue un rôle non négligeable dans ces situations. Le processus de changement est entravé par des résistances importantes du fait de rigidités dans le fonctionnement psychique et d'un déni de la réalité.

Les CESF sont amenées à gérer des relogements en urgence par la voie de l'hébergement. Or il a été fréquent de se voir refuser l'accès à ces hébergements par faute de places.

Les personnes se retrouvent dans la rue et les professionnels du SAMSAH démunis sans aucun autre recours possible. Parfois même l'hospitalisation devient la dernière des solutions, la situation d'exclusion venant fragilisée gravement la personne.

La limite du SAMSAH se pose donc à deux niveaux lorsqu'il s'agit d'accompagner des personnes dans leur projet de logement : celui du temps de l'élaboration du projet, de la prise en compte de la problématique psychique et du lien avec le secteur sanitaire lorsque les personnes ne sont pas suivies médicalement. Et paradoxalement celui de la réponse rapide d'hébergement temporaire.

L'association ne possède pas de logement de transition à mettre à disposition pour les situations d'urgence rencontrées.

B) Le FSL, un dispositif réglementé

↳ L'absence de logement dans le parc social oblige à se tourner vers le parc immobilier privé. L'entrée dans un logement demande alors à avoir une somme d'argent conséquente pour répondre aux exigences des agences immobilières et des propriétaires. Ainsi, la personne doit cumuler un mois de loyer d'avance, un mois de caution, les frais d'agence et payer une assurance. Les bénéficiaires du SAMSAH ne peuvent que rarement assumer cela de façon autonome. Une aide sociale financière existe, mais elle présente des limites : le dispositif du Fond de Solidarité pour le Logement (FSL), relevant de la compétence du conseil général, est le seul permettant l'examen des demandes d'aides concernant les résidences principales dans les départements. Il a pour objectif de favoriser l'accès à un logement décent, le maintien dans le logement et le maintien des fournitures d'eau, d'électricité, de gaz et de service téléphonique.

La majorité des bénéficiaires du SAMSAH en recherche de logement ont besoin de ce dispositif pour réaliser leur projet. Les CESF accompagnent la demande et aident la personne à remplir le dossier FSL. En revanche, ce dernier n'est pas soutenu en commission d'attribution par le référent du suivi. De plus, les délais de traitement, en général d'un mois, bloquent les réponses auprès des agences immobilières qui demandent par un versement direct les frais de premier loyer pour « réserver un appartement ». Plusieurs bénéficiaires ont vu ainsi partir vers d'autres candidats le logement qu'il venait de visiter.

C) La stigmatisation des personnes handicapées

La stigmatisation est également une limite externe au service qui freine les projets d'accès au logement. Les agences immobilières sont en majorité réticentes pour travailler avec des personnes handicapées psychiques. Les refus sont massifs dès l'annonce d'une allocation adulte handicapée. La présence du service peut parfois venir rassurer les professionnels qui n'hésitent pas alors à passer par le référent en cas de problème. Certaines agences immobilières présentent des attitudes peu scrupuleuses envers les personnes handicapées vulnérables.

La lutte contre la discrimination et la stigmatisation n'est pas clairement parlée au sein du service comme intégrant la pratique professionnelle. Comment parler du handicap,

sensibiliser pour dédramatiser, par quelle intervention, où, quand, comment ? Il s'agit donc de mieux définir le sens de travail en réseau, les modalités et les objectifs, en lien avec l'association.

D) Un marché immobilier saturé

L'association a présenté un projet de création de résidence accueil en 2008 à la DDASS du département des Alpes-Maritimes. Le projet a été autorisé, mais il n'a toujours pas été concrétisé en raison du coût du bâti et d'un manque de locaux satisfaisants aux exigences du cahier des charges⁵².

CONCLUSION PARTIE 2

En conclusion, le SAMSAH fonctionne depuis deux ans et le contexte de démarrage a induit de nouvelles pratiques à trouver, des nouveaux besoins à identifier et de nouveaux partenaires à connaître et à solliciter. L'accès au logement, partie intégrante de l'accompagnement, est resté en retrait au profit de réflexions et d'actions liées à l'accompagnement de personnes souffrant de troubles psychiques, à la pluridisciplinarité et à la qualité de l'accueil des bénéficiaires. À l'issue de ce diagnostic, je vais donc conduire les réajustements nécessaires pour favoriser le projet d'accès au logement autonome des personnes en m'appuyant sur les forces vives du SAMSAH, ses ressources humaines ainsi que sur les acteurs extérieurs engagés dans le champ professionnel du logement.

3 RÉORGANISER LE SAMSAH POUR FAVORISER L'ACCÈS À UN LOGEMENT AUTONOME : UNE DYNAMIQUE À CONSTRUIRE AVEC L'ENSEMBLE DES PARTIES PRENANTES

Dans cette 3^{ème} partie, je vais mettre en évidence la stratégie de direction que j'ai choisie pour atteindre l'objectif d'accompagner, au sein du SAMSAH, des adultes souffrant de troubles psychiques dans leur projet d'accès à un logement autonome. La réorganisation du service SAMSAH est aujourd'hui nécessaire pour apporter des moyens complémentaires aux professionnels qui encadrent cette mission. Elle implique des changements de divers ordres et donc un accompagnement dans ce processus d'évolution.

Mes axes d'orientation stratégique s'appuient sur :

- La dynamique collective centrée sur la production d'un projet de service,

⁵² Note d'information DGAS/PIA/PHAN n° 2006-523 du 16 novembre 2006 relative à la mise en place d'un programme expérimental de résidences accueil pour les personnes en situation de précarité ou d'exclusion, ayant un handicap psychique

- Le changement interne organisationnel,
- La mobilisation des parties prenantes à l'interne et à l'externe par l'inscription dans un réseau et le conventionnement avec des partenaires,
- L'évaluation du projet.

Des objectifs opérationnels découleront de ces orientations et seront précisés dans le déroulement du plan d'action suivant.

Ce projet a été présenté à ma direction générale pour validation et sera transmis par elle au conseil d'administration.

Mon objectif principal est de trouver des réponses concrètes aux besoins des personnes accueillies. Ces réponses doivent s'imprégner du terrain et c'est donc en cela que la dynamique proposée prend sa source dans une collaboration avec les équipes, les bénéficiaires et les partenaires. Le changement sera porteur d'évolution tant dans l'ouverture vers l'extérieur pour trouver des leviers aux problématiques de logement, que dans le réajustement des positions et des liens avec chacun. Le projet initial du SAMSAH sera renforcé dans sa dimension politique, stratégique, culturelle et technique.

3.1 CONDUIRE LA DÉMARCHE ET ENGAGER LE CHANGEMENT

« Le changement est une philosophie du management conçu dans sa capacité à accompagner des évolutions et à engager des transformations humaines, techniques et sociales ». Cette définition donnée par P. Lefèvre⁵³ vient orienter mon intention d'agir selon plusieurs objectifs auprès des salariés du service. Il sera en effet question d'être la plus claire possible et de partager mes finalités pour positionner tous les acteurs dans une posture d'ouverture. La méthode choisie s'appuiera sur les principes de communication et de responsabilisation et sur l'intention de fédérer en proposant l'écriture du projet de service.

3.1.1 Mobiliser les ressources humaines

La mobilisation renvoie à la participation des acteurs et à la façon dont ils seront associés au projet. Les principes fédérateurs sont liés à la culture associative et aux valeurs partagées. En outre, je dois prendre en compte ce qui détermine aussi la motivation des professionnels pour parvenir à mobiliser. Il s'agit de leur engagement auprès des personnes accompagnées, de leurs compétences, leur responsabilité et leur reconnaissance.

En engageant une démarche de changement, je vais provoquer d'une part une évolution chez les acteurs et dans leurs interactions, et d'autre part des crispations pour certains en recherche d'équilibre et de stabilité après deux ans de fonctionnement. Je vais donc les

accompagner dans cette démarche qui, inscrite dans le temps, pourra être élaborée en prenant en compte tout cela.

A) Communiquer en interne

La communication vers les différents acteurs va me donner les moyens d'informer, de proposer, d'échanger et enfin de recueillir l'adhésion et la mobilisation. Je prévois de planifier⁵⁴ des temps spécifiques de communication en fonction des interlocuteurs et de leur rôle au sein de l'institution.

Les bénéficiaires et leurs familles sont également concernés par la communication institutionnelle. Leur transmettre des informations régulièrement est une façon de les rendre responsables au sein de la structure en leur donnant les moyens de s'exprimer en retour sur celle-ci.

a) *Avoir l'adhésion et le portage de la direction générale*

La relation entretenue avec ma direction générale induit de ma part la transmission d'informations continues relatives aux établissements et services. Je me suis donc entretenue avec le directeur général, d'une part pour relayer les besoins liés à la mission d'accès au logement et d'autre part, pour aborder les axes stratégiques envisageables en fonction des enjeux et des finalités recherchées.

L'adhésion de la direction générale au projet passe par un temps d'explication des objectifs, et des moyens pour les atteindre. Je dois en effet, confirmer dans cette communication la cohérence de la démarche, le respect du projet associatif et des valeurs partagées. Le soutien de la direction générale m'est indispensable pour, à la fois valider les actions menées mais aussi pour me conseiller.

➤ **Des réunions de coordination et les comités de direction comme instance de communication**

Je propose d'avoir plusieurs rencontres individuelles avec le directeur général pendant toute la période de conduite du projet. Je retranscrirai les avancées, ferai part de mes analyses et de mes questionnements pour continuer à progresser dans la démarche.

Le comité de direction mensuel est l'occasion d'informer l'ensemble des directeurs des perspectives d'évolution du service des Alpes-Maritimes et de partager avec eux le diagnostic et les orientations stratégiques posés au regard de l'accès au logement. Tous les directeurs sont eux-mêmes responsables d'un SAMSAH. La question du logement peut donc être discutée dans l'objectif de permettre des évolutions vers d'autres services, par un essaimage possible des solutions mises en œuvre.

⁵³ Lefèvre P. *Guide du management stratégique des organisations sociales et médico-sociales* ; Paris :DUNOD, 2006. (p 92).

⁵⁴ cf annexe n° 9 Planification du projet.

b) Engager les professionnels du SAMSAH dans la démarche du changement

Le besoin de changement est issu des remontées du terrain, en particulier de la part des travailleurs sociaux. Les réponses apportées viendront déclencher, sur le principe de l'effet de levier, des changements sur l'ensemble du système en place, au sein du SAMSAH (rôle, relation, organisation...).

➤ **L'étape préalable de mobilisation de la chef de service**

Sa place d'intermédiaire entre les équipes et la direction lui confère un rôle important dans la conduite du changement et à ce titre je dois m'assurer de son adhésion. Lors de réunion de coordination, j'informerai la chef de service des axes stratégiques envisagés. Elle sera sollicitée pour animer les échanges avec les équipes et mener les instances de réflexion nécessaires à l'élaboration d'une nouvelle pratique.

Elle fera aussi une analyse prédictive du positionnement des acteurs afin que nous puissions identifier les aidants, les participatifs et les opposants éventuels au projet. La stratégie de communication en découlera.

➤ **La communication aux équipes**

L'information générale, sur les enjeux, les objectifs et les finalités du projet, se déroulera lors d'une réunion de service. Elle rassemblera les 2 équipes du SAMSAH tous les 2 mois et représente donc un moyen satisfaisant de partage et de mutualisation des expériences autour de la pratique.

J'animerai cette communication pour affirmer mon engagement dans cette démarche et donner du sens et un cadre à ce changement. La chef de service sera présente et associée à cet engagement. Je lui proposerai de communiquer sur les moyens techniques à utiliser pour mener ce projet à terme avec les professionnels.

L'échange avec le groupe permettra de recueillir les questions, les attentes et les propositions d'actions. Une communication écrite sous forme de compte-rendu sera produite et servira de cadre de référence en rappel de la démarche. Elle sera diffusée sur les 2 sites du SAMSAH.

Le changement est créateur d'interrogations, de remise en question et d'analyse critique de ce qui se pratique. Une communication régulière devra rassurer et donner à voir les éléments de stabilité à venir. Un soutien des acteurs est donc essentiel dans ce projet. Il passe par une information continue :

➤ **J'organiserai, par le biais des réunions de service, la communication à l'ensemble des équipes sur les travaux menés.**

➤ **Des écrits**, tels que les notes d'information, les comptes-rendus, la mise à jour de procédures viendront poser les décisions prises.

c) *Informers les bénéficiaires et leurs familles sur le changement à venir*

J'envisage la communication auprès des bénéficiaires comme le moyen de donner accès à plus de citoyenneté. Le droit à l'information est depuis la loi du 2/01/2002 une obligation pour les établissements et les services. Sa mise en place au sein des services n'est cependant pas simple en raison d'un accueil centré sur de l'individuel ne favorisant pas l'élection de représentants comme c'est le cas au sein d'un conseil à la vie sociale dans un établissement.

Néanmoins, l'adhésion des bénéficiaires à un service d'accompagnement les amène à pouvoir rendre compte des conditions dans lesquelles ils sont accueillis et de pouvoir participer au processus de changement et d'évolution du service en partageant leurs avis et demandes spécifiques.

Je proposerai donc d'informer des personnes par voie écrite à différents moments du projet. En premier lieu, sous la forme de questionnaire explicité et relayé par les professionnels référents pour leur participation au recueil d'informations sur les difficultés liées à leur projet d'accès au logement ; puis sous la forme de courrier individualisé pour informer des nouvelles modalités d'accompagnement repris dans le cadre d'une information collective animée par la chef de service et quelques professionnels. Les familles pourraient être invitées à ce temps de rencontre avec l'accord des bénéficiaires. Ces modalités auront également l'intérêt de diminuer les inquiétudes naturelles lors de périodes de changement.

B) *Responsabiliser les professionnels du SAMSAH*

Responsabiliser les professionnels est attaché à une forme de management qui fait partie intégrante de ma pratique. C'est agir sur la perception de leurs actions dans le service, sur leur projection future et sur leur capacité d'autonomie, dont ils ont déjà fait preuve. Je considère en effet que les salariés peuvent évoluer dans leurs connaissances, aptitudes et comportement, qu'ils peuvent avoir une vision plus globale de l'institution et de son fonctionnement pour s'y inclure au delà du lien direct avec l'utilisateur.

Conformément au style de management qui est le mien, je proposerai des délégations par le biais de groupe projets, inciter la prise d'initiative en ouvrant des pistes d'actions possibles, être à l'écoute dans le cadre de réunions et d'entretien annuel pour entendre les propositions, les souhaits d'évolution ou d'enrichissement de connaissances. Je considère la mobilité des salariés nécessaire et leur proposerai des formations⁵⁵ afin de leur donner la possibilité d'ajuster leurs savoir-faire et savoir être.

⁵⁵ Cf partie 3.4.1 p 75 du mémoire

3.1.2 Fédérer l'ensemble des parties prenantes autour du projet de service

La loi du 2/01/2002 a précisé que « *pour chaque établissement et service social et médico-social, il est élaboré un projet d'établissement ou de service, qui définit ses objectifs, notamment en matière de coordination, de coopération et d'évaluation des activités et de la qualité des prestations, ainsi que ses modalités d'organisation et de fonctionnement. (...) Ce projet est établi pour une durée maximale de cinq ans après consultation du conseil à la vie sociale ou, le cas échéant, après mise en œuvre d'une autre forme de participation.* »

L'élaboration et l'écriture du projet de service viendra fédérer l'ensemble des acteurs engagés. Écrit de référence pour donner les repères d'une intervention commune à l'ensemble des professionnels, il dégagera aussi les projections envisagées dans le service et particulièrement autour de la question du logement des personnes. Je m'appuierais sur les recommandations⁵⁶ de bonnes pratiques professionnelles de l'ANESM pour piloter cette démarche.

A) Le projet de service, un outil dynamique

L'activité, la population et les politiques publiques évoluant, le projet de service est un document dynamique qui intègre les progressions nécessaires pour apporter une réponse adaptée aux personnes accueillies. Il intègre les grandes orientations associatives et la nature de l'offre de service, son organisation, les principes d'intervention, les professionnels et les compétences mobilisées et les objectifs d'évolution.

Le service SAMSAH a fonctionné avec un premier écrit produit lors de la présentation du projet de création dont quelques extraits ont été empruntés pour constituer le projet de service avant l'ouverture. À l'époque, les professionnels n'ont pas été associés à la démarche. L'état des lieux me conduit aujourd'hui à engager cette action afin de pouvoir poser, avec les parties prenantes, les principes d'action, les orientations stratégiques pour les 5 ans à venir.

Le projet de service est un écrit qui vient servir à la fois le management, la communication et l'institution. Il s'adresse principalement aux professionnels et devient en cela un outil de management pour faciliter l'intégration des nouveaux salariés dans le service, pour soutenir la régulation des pratiques professionnelles et pour conduire le changement.

Il se communique, de plus, aux autorités de contrôle et de tarification ainsi qu'à certains partenaires, ce qui en fait un outil de positionnement associatif et de communication.

Je conduirai donc ce travail d'élaboration et de rédaction du projet de service en intégrant ces multiples dimensions et serai vigilante à faire émerger les objectifs en lien à la qualité

⁵⁶ ANESM, Recommandations de bonnes pratiques professionnelles, *Elaboration, rédaction et animation du projet de service*. Décembre 2009.

des prestations par la lisibilité des modes d'organisation et de fonctionnement de la structure.

B) Redonner du sens à la mission d'accompagnement et au projet individualisé centrés sur le logement

Lorsque le SAMSAH a ouvert en 2008, j'ai conduit l'équipe à prioriser les actions autour des liens avec la psychiatrie, à construire les outils de l'accompagnement et à mieux cerner le travail pluridisciplinaire. Dans ces choix, d'autres axes dont celui du logement ont été mis entre parenthèse. Aujourd'hui le regard critique sur la pratique pointe la dilution du sens sur cette mission d'accès au logement, la cristallisation de fonctionnement tendant à cloisonner les fonctions et les missions au sein de l'équipe et l'existence de besoins nouveaux.

Donner du sens aux actes me paraît faire pleinement partie de ma mission de directrice. Accompagner l'équipe dans cette étape de reconstruction de sens sur le projet de vie dans un logement autonome fera partie des premières étapes du processus nécessaire à la réflexion globale sur le projet. Qu'est ce qu'habiter pour une personne souffrant de troubles psychiques ? Que doit-elle mobiliser comme ressources pour y parvenir ? A quoi est elle confrontée dans sa vie quotidienne ? Quelles seront ses étapes ? Comment le SAMSAH peut accompagner ce projet ? Avec qui ? ...

Le savoir des professionnels sera partagé dans le sens d'une véritable pluridisciplinarité afin que chacun s'approprie les mécanismes psychiques, cognitifs en jeu mais aussi la réalité sociale.

C) Piloter la démarche

Je suis à l'initiative et je piloterai cette démarche car je souhaite donner une impulsion positive et montrer l'intérêt que j'y porte. Je mobiliserai l'ensemble des parties prenantes à différents niveaux d'intervention, sachant que les professionnels des équipes seront les premiers à être impliqués. Enfin je conduirai la démarche en m'appuyant sur une organisation déclinant des étapes essentielles à une production aboutie.

a) *Constituer le comité de pilotage et un groupe de travail*

Le comité de pilotage

Je mettrai en place un comité de pilotage dont le rôle sera de poser le cadre. Il sera composé de huit personnes au maximum, dont quatre membres des équipes SAMSAH, la chef de service et un administrateur de l'association représentant des familles et des bénéficiaires, et moi-même.

J'organiserai dans un premier temps une rencontre réunissant tous les acteurs du comité de pilotage et les deux équipes du SAMSAH pour informer sur la démarche, donner les éléments de méthode et d'implication de chacun et les échéances prévues.

Le délai sera fixé à dix mois, ce qui impliquera des temps de travail mensualisés pour les professionnels. Le comité de pilotage pourra se réunir tous les deux mois pour suivre et guider les travaux. Il veillera à ce que les moyens à mobiliser soient présents, à la tenue de l'échéancier et à ce que les étapes successives⁵⁷ soient mises en œuvre : analyse des publics et des ressources du territoire, des enjeux propres à la structure, rédaction du projet de service, validation du document par les instances dirigeantes et le suivi et l'actualisation du projet.

Il identifiera les priorités à donner au travers de thématiques traitées dans le cadre de groupes de travail (par exemple, les grandes caractéristiques de la population accueillies, les besoins prioritaires, le logement, l'insertion sociale et professionnelle, le soin physique et psychique, le travail en réseau...).

Le groupe de travail

J'ai choisi de m'adresser à l'équipe du SAMSAH de Cannes pour mener le groupe de travail, en raison de son vécu depuis sa constitution. La pluridisciplinarité a été mise à mal par des difficultés de recrutement sur les postes de CISP et des départs successifs pour maternité..., ce qui est venu bloquer le processus d'adhésion et de cohésion de l'équipe. En demandant à ces professionnels de s'impliquer sur ce travail, je les amène à mieux se représenter les enjeux de leur activité et je les aide à (ré)identifier comment les membres de ce groupe peuvent interagir.

Cependant, pour impliquer l'équipe de Nice, je souhaite que ses membres soient successivement invités en fonction des thèmes abordés et intègrent le comité de pilotage. L'équipe de Nice étant constituée de dix salariés et celle de Cannes de cinq, cette configuration permettra de proposer une taille du groupe de travail convenable pour maintenir le partage de la parole.

Toutes les fonctions y seront représentées et je demanderai aussi que soient présents des invités extérieurs tels qu'un membre du conseil d'administration quand l'histoire et le projet associatif seront traités, un partenaire extérieur, chargé de la coordination des acteurs de l'insertion sur le département, pour évoquer la pratique du réseau et/ou un partenaire impliqué dans le secteur du logement et de l'hébergement. L'ouverture de ce groupe sera une garantie pour développer les échanges et la production de nouvelles réponses.

b) Écrire le projet de service et le valider

Je proposai la désignation d'un professionnel responsable des écrits au sein du groupe de travail. Il se chargera de réunir les productions de ses collègues, de recueillir les comptes-rendus de séance, et d'en faire une synthèse construite.

⁵⁷ Selon la méthodologie proposée par l'ANESM. cf annexe n° 10.

Les écrits transiteront vers le comité de pilotage afin qu'ils soient validés préalablement à la finalisation. Je finaliserai cet écrit à partir des premiers recueils.

Le comité de pilotage sera chargé de valider le projet de service dans sa partie technique (fiabilité des données recueillies, documents conformes à la réglementation, suivis des recommandations de l'ANESM, termes utilisés, lisibilité). La validation politique sera faite par la direction générale.

La chef de service sera chargée ensuite de l'actualisation du projet de service. Elle consistera au suivi des objectifs fixés et notamment à la mise en place et la mise à jour de tableaux de bord et de fiches actions spécifiques à l'activité.

3.2 RÉORGANISER EN INTERNE POUR OPTIMISER LA MISSION D'ACCÈS AU LOGEMENT

L'organisation est définie par Henry Mintzberg comme « une action collective à la poursuite de la réalisation d'une mission commune »⁵⁸. Dans le cadre de mon activité, je la perçois comme devant permettre la mise en cohérence des interventions de différents acteurs qui composent l'action pour finalement parvenir à produire un service de qualité aux personnes accompagnées. Une organisation efficiente produira des effets mobilisateurs et significatifs au regard de la mission visée. Je prévois de repenser la mission d'accès au logement par l'action de deux leviers, la redistribution des rôles des membres de l'équipe et l'apport de moyens humains et techniques.

3.2.1 Redéployer la mission d'accès au logement

A) Impliquer les bénéficiaires, les familles et de nouveaux membres de l'équipe

a) *Faire s'exprimer les bénéficiaires collectivement sur leur projet logement*

L'accueil au sein du SAMSAH est essentiellement individuel. Les personnes sont reçues en entretien sur le site de l'association mais aussi la plupart du temps à leur domicile et vers l'extérieur. J'ai proposé, en 2009, la création d'ateliers collectifs pour donner la possibilité aux bénéficiaires et aux professionnels de travailler autrement le lien social. Les ateliers ont été pour la plupart tournés vers des activités d'ouverture des réseaux socio-culturels, artistiques.

La dimension collective est extrêmement riche car, au delà du contenu choisi source d'apprentissage et de reconnaissance des capacités, elle est une expérience du lien social, une opportunité d'expression et de partage de la parole.

⁵⁸ H. Mintzberg, *Le management, voyage au centre des organisations* ; Paris : Eyrolles, Editions d'Organisation, 2004. (p 12).

➤ **Un atelier pourrait être mené autour du projet d'accès au logement.**

Plusieurs avantages à cette forme d'accueil existent : d'une part pour les bénéficiaires, il serait un temps de réflexion sur les différentes étapes du projet, de partage des expériences, de conseils et d'apprentissage ; d'autre part pour les professionnels, il offrirait la possibilité d'évaluer d'autres capacités chez les bénéficiaires et donc viendrait enrichir la qualité de l'accompagnement. Cet atelier sera créé par les professionnels au regard de leurs initiatives et propositions. Mes attentes se situent surtout au niveau de l'objectif logement, de la qualité de l'accueil et de la cohérence (choix de l'encadrement, taille du groupe, fréquence de l'atelier, durée, ouverture sur l'extérieur, moyens engagés...). Un projet d'atelier sera transmis à la chef de service qui examinera ces divers aspects avant de le valider et de m'informer.

b) Intégrer les proches et la famille à l'accompagnement

La pratique d'accompagnement au SAMSAH n'a que très peu associé les familles. L'accueil de personnes adultes dont 75% sont sans mesure de protection a plutôt incité à accueillir lors de l'admission ou pour répondre à une demande d'information lorsque les familles se manifestent. L'accord du bénéficiaire est toujours souhaité.

Cependant, la question du logement et de la prise d'autonomie pour les personnes souffrant de troubles psychiques peut être très en lien avec la famille, soit parce qu'elle est en attente pour que se réalise ce projet, mais elle reste inquiète des conditions de vie de son enfant, soit qu'elle freine l'aboutissement du projet du fait de lien de dépendance ou de résistances trop fortes au changement.

La famille peut donc être facilitatrice, voire aidante dans la démarche ou au contraire renforcer les freins. Dans les deux situations, il peut être intéressant de l'impliquer dans l'accompagnement.

Il s'agit avant tout de faciliter la réalisation du projet du bénéficiaire dans un cadre éthique qui prendra toujours appui sur son accord pour engager ce travail de partenariat. La participation sera toujours personnalisée au regard de la situation du bénéficiaire. Elle pourrait se réaliser autour du projet personnel, de sa communication et d'une recherche d'alliance des parents dans les prises de décisions, ou autour de communication écrites d'informations plus institutionnelles et/ou encore lors d'accueil collectifs (journées « portes ouvertes », groupe d'expression sur un thème particulier, ...

➤ **Je propose de mener avec les équipes dans le cadre d'un groupe projet intégré à la démarche d'élaboration du projet de service, une réflexion sur l'intégration des familles au sein de l'accompagnement.** Une communication d'abord collective à l'ensemble des professionnels viendra expliquer l'objectif et le cadre (temps imparti, durée des rencontres, retour écrit, taille du groupe...), et recueillir des échanges autour d'un premier débat. Certains professionnels sont déjà sensibilisés sur ce sujet et ont

pu exprimer leur demande de réflexion dans le cadre de bilan d'activité du service ou d'entretien annuel.

Les volontaires de l'équipe du SAMSAH de Nice pourront intégrer le groupe de travail initialement constitué. Je souhaite ouvrir à quelques professionnels d'autres services et établissements en raison de la transversalité du thème abordé. Le regroupement interservices pourrait générer davantage de propositions et fédérer à nouveau autour d'une pratique commune.

c) Impliquer l'équipe dans cette étape du projet

Le bilan de l'action m'a montré que les CESF du service se trouvaient particulièrement en difficulté dans la gestion de la mission d'accès au logement, d'une part en raison d'une mobilisation devenue importante sur cette étape relativement à la gestion de leur file active et, d'autre part, en raison des freins divers rencontrés provoquant un épuisement professionnel.

L'analyse de ce constat est double : les équivalents temps pleins (ETP) des travailleurs sociaux sont insuffisants par rapport à la capacité d'accueil du service et l'organisation interne est insatisfaisante.

Le redéploiement de la mission des CESF vers d'autres professionnels concernant certains aspects du suivi concret pourrait avoir un effet positif tant du côté des CESF amenées alors à partager leurs actions, que pour le professionnel nouvellement investi en valorisant sa fonction.

➤ **Je pense à l'implication des secrétaires médico-sociales** qui pourraient se voir confier dans la phase de recherche de logement, la consultation des divers supports de diffusion d'offre de logement et d'hébergement et la centralisation des offres, de leur édition et affichage sur un panneau consultable par les bénéficiaires. Ce travail serait en lien avec l'atelier imaginé sur le thème de l'accès au logement. La mobilisation des secrétaires dans le travail d'équipe sur cette tâche me paraît possible parce qu'elles ont un rôle d'assistance auprès des professionnels de l'équipe et parce qu'elles seraient ainsi plus directement en lien avec l'accompagnement des personnes. Un travail sur la fiche de poste des secrétaires avec leur contribution permettra de dégager les axes d'intervention en ce sens.

B) Apporter les moyens nécessaires au projet d'accompagnement

a) Augmenter les moyens humains et recruter

Les équivalents temps plein des CESF sont insuffisants pour gérer l'ensemble des accompagnements et la charge de travail qu'ils représentent. L'organigramme autorisé à l'ouverture du service doit être modifié pour ajuster le niveau d'activité aux besoins des personnes.

De plus, une CESF travaille à temps partiel. La gestion des temps partiels ne convient pas à ce type de service. Le professionnel voit son temps d'accueil réduit par sa présence en réunion de synthèse, et est bloqué dans la continuité de son accompagnement. La communication devient moins fiable et la cohérence des accompagnements est réduite.

➤ **Je ferai une proposition au Conseil général pour réajuster cet ETP en augmentant son temps de travail.** Il me faudra proposer une « mesure nouvelle » au budget et m'appuyer sur les arguments en lien avec la qualité de l'accueil pour justifier ce choix.

Il a été constaté, dans le cadre du diagnostic posé, que la phase d'entrée dans le logement était freinée par des difficultés financières pour assumer un déménagement, même minime au regard du patrimoine mobilier des personnes. De plus, une fois dans leur logement, les bénéficiaires sont confrontés à des petits travaux de maintenance qu'ils ne sont pas en capacité de gérer techniquement et financièrement. Ce constat est à coupler à un besoin associatif, en maintenance de bâtiment sur le complexe de Nice essentiellement. Or, le coût en prestations extérieures est significatif et pourrait être sinon diminué, au moins équivalent et rentabilisé par le recrutement en interne dans le cadre d'un contrat aidé d'un ouvrier d'entretien. Il sera chargé également du petit entretien régulier de l'espace vert confié actuellement à un prestataire extérieur.

➤ **Je propose donc de recruter un ouvrier d'entretien, en CUI à temps partiel⁵⁹** et dans un premier temps en contrat à durée déterminée de six mois renouvelable. Le recrutement se réalisera en lien avec le Pôle-Emploi et je privilégierais une personne expérimentée de plus de cinquante ans en recherche d'emploi. Je pense que ce profil de personne peut être une richesse supplémentaire dans le lien à construire avec les personnes accueillies.

b) Le coût global

L'augmentation du temps de travail de la CESF et le recrutement d'un ouvrier d'entretien viennent impacter le budget social du SAMSAH, financé par le conseil général. L'association est affiliée à la convention collective du 26/08/1965. Des indicateurs spécifiques sont à retenir pour le calcul des salaires :

- Valeur du point 5,215 (Convention Collective Nationale du 26/08/1965), prime de sujétion spéciale à 8,21% et prime d'assiduité à 7,5%, 44% de charges sociales.

Le coût supplémentaire sur le budget annuel social en serait le suivant :

⁵⁹ CUI-CAE : Contrat Unique d'Insertion. Cette forme de contrat favorise le retour vers l'emploi d'un public en difficulté d'insertion tout en donnant à l'employeur des aides financières conséquentes (jusqu'à 95% du salaire pris en charge par l'état et l'exonération des charges sociales à hauteur de 50%).

- Le coût de 0,5 ETP de CESF avec un coefficient de 335, salaire et charges, est de 17558€/an.

- Le coût de 0,25 ETP (0,25 ETP seront attribués au FAM du complexe) d'ouvrier d'entretien avec un coefficient de 239 pour le salaire chargé est de 5300€/an, dont 3551€ seront payé par l'Etat.

Le coût annuel final estimé pour le SAMSAH serait donc de 19307€. Ces mesures seront présentées en mesures nouvelles lors du prochain budget.

3.2.2 Développer les instances de coordination

D. GACOIN a développé les différents enjeux de la communication. Pour lui, elle est « l'huile dans les rouages »⁶⁰. Les liens entre les acteurs des institutions médico-sociales s'élaborent à travers des processus formels instaurés dans les réunions et informels autour des temps de repas... . Le plus souvent descendants (de la direction vers les équipes), les liens peuvent être aussi ascendants et transversaux (entre services) pour favoriser une dynamique équilibrée. Il me semble en effet important de chercher de la souplesse en diffusant les circuits de communication entre les différents niveaux de l'organisation (Equipe de direction, Groupes de travail, Services généraux et administratifs, Equipes opérationnelles), en posant un cadre méthodologique et en proposant des outils spécifiques.

A) L'évaluation de l'autonomie du bénéficiaire

L'accompagnement vers l'accès à un logement se déroule selon plusieurs étapes. La première est l'élaboration du projet à travers l'échange avec le bénéficiaire sur ses attentes sur le type de logement, sa localisation, ses représentations du logement, de sa vie autonome, l'étude concrète de sa faisabilité par un bilan sur son budget, l'analyse de ses expériences antérieures de vie autonome. La seconde étape est celle de l'engagement dans des démarches concrètes : la recherche, les visites d'appartements, les contacts avec les agences immobilières, les bailleurs sociaux, les propriétaires, l'entrée dans le logement et ce qu'elle induit de démarches administratives ou d'investissements mobiliers, de gestion de transfert de meubles et enfin d'installation et d'appropriation du lieu et de son environnement.

Les deux étapes sont soutenues par la CESF et la psychologue l'une travaillant les aspects de la réalité concrète, l'autre ceux de la réalité psychique de la personne.

Le point de rencontre des professionnels est celui de l'évaluation des capacités d'autonomie au regard d'un projet de vie. Actuellement, les informations sont relevées à travers les entretiens individuels menées par chacun des professionnels et échangées

⁶⁰ GACOIN D. *Communiquer dans les institutions sociales et médico-sociales* ; Paris :Dunod, 2002. (p190).

oralement lors des réunions sur le projet individualisé. La rédaction du projet traduit les objectifs de l'accompagnement et les actions à mener par le bénéficiaire et les professionnels.

➤ **Je proposerai d'envisager un formalisme plus significatif lors de cette étape d'élaboration**, avec la création d'un document, annexé au projet, précisant les indicateurs de réussite mis en concordance avec les évaluations de l'ensemble des professionnels pour l'accès à un logement autonome. Il déterminera également l'avis consensuel posé par l'équipe pour accompagner la personne. En précisant cette étape je la rendrai plus efficiente et j'impliquerai tous les membres de l'équipe pour envisager un suivi plus ouvert et donc plus à même d'être relayé en fonction des besoins.

B) L'outil informatique

L'expérience des réunions au sein du SAMSAH me conduit à repenser les modalités de coordination et à clarifier les circuits formels de communication. En effet, j'ai repéré deux paramètres créateurs de dysfonctionnements. Il s'agit d'une part du nombre important de temps partiels sur une des équipes. Cette configuration complique la communication en lien aux accompagnements car au sein de cette équipe élargie, de petites équipes se forment autour de chaque bénéficiaire. Le format de la réunion de synthèse, initialement construit sur un modèle classique réunissant toute l'équipe, a été ensuite modifié pour s'adapter avec cette particularité. Aussi, après un temps d'information générale, animé par la chef de service, des petits groupes se forment selon les accompagnements communs des professionnels. Le nombre de personnes accompagnées implique d'aller à l'essentiel et aux situations les plus sensibles, ce qui donne le sentiment à l'équipe d'oublier certaines informations à transmettre. Et conditionne les échanges informels.

Des actions doivent donc être menées à différents niveaux :

➤ **Améliorer la coordination par de nouveaux outils de communication** : je souhaite développer des outils de gestion de l'information par l'utilisation de l'informatique. En effet, ils offrent à la fois un gain de temps et une centralisation de l'information facilement accessible tout en étant adaptable et évolutif. Aussi, je proposerais le passage à la gestion informatisée du dossier de l'utilisateur, incluant tous les éléments de son accompagnement. Ceci n'exclut en rien la communication orale lors des temps de synthèse et de préparation des projets. En revanche cela vient remplacer un dossier « papier » inaccessible par plusieurs professionnels en même temps et donc générateur de perte de temps.

Une étude déjà menée en ce sens m'a orientée vers une solution existante, « médiatteam » déjà paramétrée pour la pratique des SAMSAH. Elle présente les avantages de permettre la visualisation de l'ensemble des écrits des professionnels attachés à l'accompagnement, de faire émerger des alertes par dossier précisant des informations spécifiques plus

urgentes ou caractérisées. Elle permet la gestion des agendas partagés entre professionnels au regard des usagers et enfin, facilite la lisibilité qualitative et quantitative de l'activité nécessaire à la production des rapports annuels d'activité. Une déclaration à la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) sera obligatoire afin de protéger les données personnelles des bénéficiaires.

Son coût est également plus attractif que l'achat d'un logiciel puisqu'il ne demande pas l'installation d'un réseau informatisé filaire mais une simple connexion Internet. Les professionnels sont déjà équipés en ordinateur dans chaque bureau. L'achat de la solution est de 3103€ par site principal (Nice et Cannes) en année N, suivi d'un abonnement annuel lié à la maintenance de 957€ pour chaque site. Ce coût est à mutualiser avec les autres services et établissements qui bénéficieront également de cette solution. La charge imputée au SAMSAH serait de 775€ d'investissement et de 239€ par an sur les charges d'exploitation. L'investissement est réalisable par un autofinancement. Il génèrera des dotations aux amortissements de 258€ par an pour une durée d'amortissement de 3 ans.

C) D'autres outils collaboratifs

Des outils de transmission améliorent la circulation de l'information. Il s'agit des notes d'information, de journal interne, d'agenda, d'instance de réflexion diverses, de source de diffusion électronique ...)

➤ Des groupes de travail pour créer de nouveaux outils de communication. J'ai proposé depuis le début d'année 2010, en organisant des groupes projet⁶¹, de travailler à la mise en place d'un système de centre ressource informatisé et d'un journal interne.

Le groupe nommé « informatique » est conduit par la chef de service. La psychologue de l'équipe de Cannes et un animateur du FAM viennent compléter ce groupe. Il y est question de travailler, à partir d'une logistique technique existante, à la conception d'un support centre ressources pour l'ensemble des ESSMS. La réflexion a abouti à la mise en ligne d'informations diverses en lien avec les outils de l'accompagnement (procédures, maquettes vierges des documents de suivi du projet personnalisé, des documents de liaison avec la MDPH, comptes rendus des groupes d'expression, les outils de la loi 2002-2, ...), mais aussi avec des écrits institutionnels internes (Agenda des réunions institutionnels et comptes-rendus de réunion, comptes-rendus des réunions des délégués du personnel, notes d'information et de service, charte associative de l'accompagnement, projet associatif, lois, décrets et circulaires du secteur et en lien direct avec l'activité des

⁶¹ Les groupes projet seront conduits de la même façon que décrit précédemment c'est à dire avec un responsable de groupe et en supervision avec le comité de pilotage.

services...). La mise à jour est gérée par l'assistante de direction selon les remontées des professionnels et mon aval pour la diffusion.

Un second groupe de travail nommé « Gazette » a été mis en place. L'animation du groupe a été proposée à la CESF de l'équipe de Cannes qui a manifesté son désir de mettre en œuvre ce type d'outil et de se voir confier des responsabilités. L'orientation prise pour cette gazette est celle d'une diffusion d'information de la direction territoriale, des projets sur l'ensemble des ESSMS, des informations et actualités du secteur d'activité. Une diffusion trimestrielle a été prévue afin de ne pas mobiliser trop lourdement les professionnels sur les tâches de recueil de données et de rédaction. Le support sera lisible en octobre 2010, sur le centre ressource informatique, accessible via Internet à l'ensemble des équipes des ESSMS.

➤ **L'utilisation de boîtes mail** : l'ensemble des professionnels a été équipé d'ordinateurs dès l'ouverture du service en 2008. J'ai décidé de mettre en activité des boîtes professionnelles individuelles pour favoriser les échanges en interne mais aussi en externe. Les messages plus individuels peuvent circuler par ce biais et venir renforcer une diffusion orale faite en réunion ou par voie d'affichage. Une note interne a été réalisée et diffusée pour poser le cadre d'utilisation de ces boîtes mail et prévenir des risques encourus en cas de non-respect des consignes.

3.3 CONSTRUIRE DES RÉPONSES ADAPTÉES AVEC L'EXTERNE

Cet axe stratégique est essentiel dans ma recherche de solution de logement auprès des usagers. Le travail de réseau et de partenariat me semble être dans leur raison d'être des moyens nécessaires aux professionnels dans leur mission d'accompagnement. G. LE BOTERF les définit par exemple par « la mobilisation de l'intelligence collective face à des situations complexes à gérer ; (...) la recherche de cohérence et de la convergence des contributions des acteurs dans les structures décentralisées ; (...) la culture de l'interactivité ; (...) l'impossibilité d'agir avec compétence en restant isolé et sans coopérer avec d'autres.»⁶²

3.3.1 Définir une stratégie d'ouverture sur l'extérieur

La distinction entre le réseau et le partenariat tient essentiellement à la contractualisation formalisée du second. Le réseau peut avoir des finalités précises ou constituer un simple « filet relationnel ». En revanche, le partenariat est toujours soutenu par des coopérations libres et orientées vers un projet spécifique.

⁶² G. LE BOTERF, *Travailler efficacement en réseau*, Paris : groupe EYROLLES, 2008. (p9)

Les deux modes de travail sont pour le SAMSAH des solutions à retenir et à développer au regard de la pratique existante. Je prendrais donc en considération une méthodologie et des outils caractérisés.

A) Développer le réseau de professionnels

Les parties prenantes en lien avec les secteurs de l'hébergement et du logement sont ici les cibles d'un réseau et d'un partenariat à construire.

Je veux conduire les équipes vers une meilleure connaissance des enjeux du travail en réseau et vers l'identification de solutions pragmatiques pour faciliter l'accès au logement. Certaines associations, dont l'ALAM avec son service CAP LOGEMENT et AGIS 06, réalisent de la captation de logement dans le secteur privé pour des personnes en difficulté d'insertion et restent encore que très partiellement connues des équipes du SAMSAH. C'est donc à moi d'inciter la mise en relation et d'encourager l'ouverture vers d'autres relations partenariales que celles déjà établies.

Je serai à l'initiative de cette construction de réseau et de partenariat, car il est important, en ma qualité de directrice, de représenter l'association, les services et d'être identifiée dans le paysage institutionnel local. Néanmoins, une délégation sera donnée au chef de service pour porter auprès des équipes la mise en œuvre et la dynamique de ce travail sur l'extérieur. Aussi, je serai présente aux diverses rencontres avec de futurs partenaires ou professionnels du réseau, et notamment lors d'une mise en connaissance réciproque et d'une contractualisation.

L'objectif du réseau pourra prendre plusieurs axes :

- Celui des échanges de communication pour enrichir les connaissances des professionnels (logement / troubles psychiques ; représentations partagées ; connaissances des missions respectives permettant d'orienter plus facilement).
- Celui de la complémentarité des actions pour faire ce que le SAMSAH ne réalise pas (aides financières, hébergement, gestion de logements, représentation dans les commissions d'attribution...).
- Celui de la coopération pour travailler ensemble plus précisément à des échanges de solutions sans créer un nouveau projet d'action (collaborer par exemple avec les résidences accueil du département pour favoriser les placements,...).

B) Donner les clés pour mettre en œuvre le travail en réseau

Un travail sur la méthodologie sera mené en grand groupe réunissant les 2 équipes SAMSAH. Cela permettra une mutualisation des connaissances et la création d'outils communs. Plusieurs rencontres seront nécessaires pour :

- Faire le repérage des diverses institutions à connaître, à rencontrer, à solliciter et mobiliser sur chaque territoire du département,

- Définir les outils à construire destinés à faire vivre ce partenariat (élaboration d'une carte globale de l'environnement du SAMSAH, la mise à jour d'un fichier et sa mise en commun entre les 2 équipes),
- Redéfinir le rôle de chacun et les responsabilités dans ce travail, en rapport à la fonction occupée au sein du SAMSAH.
- Prévoir la nature des rencontres et des évènements porteurs de solidarité et de convivialités (journées partenaires, réunions d'informations, ...), leur planification et le compte-rendu des échanges.
- Le portage et le maintien d'une dynamique, par la définition d'objectifs annuels et par le pilotage du réseau confié au chef de service sous ma responsabilité globale.

3.3.2 Construire le partenariat

Le partenariat, plus exigeant dans sa construction, demande une organisation et méthodologie différentes. Mes objectifs de partenariat pour favoriser l'accès à un logement sont centrés sur la possibilité de développer des projets avec des gestionnaires de logements (bailleurs sociaux, associations gérant des résidences sociales, préfecture,...), pour permettre à ISATIS l'attribution de logements temporaires en sous location ou la gestion de résidence accueil. Nous pourrions ainsi répondre, d'une part aux situations d'urgence que le service rencontre et d'autre part au manque de logement adapté.

La caution de l'association se trouve dans son expertise et son professionnalisme pour accompagner les personnes souffrant de troubles psychiques, quand les bailleurs sociaux et les associations se trouvent démunis pour gérer ce type de population dans leur logement.

Je mettrai en oeuvre les actions suivantes :

- **Préparer la rencontre avec les organismes identifiés:** les objectifs et les résultats souhaités seront écrits et partagés au préalable avec la direction générale. En fonction des interlocuteurs, je proposerai au directeur général d'être présent, notamment dans la rencontre avec les bailleurs sociaux, avec lesquels les enjeux sont plus importants et touchent à l'aspect politique associatif.

- **Rencontrer et négocier** en mettant en avant les atouts pour les deux parties et en clarifiant les rôles et les limites de chacun.

- **Écrire la convention de partenariat :** je proposerai l'écriture de la convention, qui énumèrera les objectifs, la finalité recherchée, les modalités choisies de partenariat, et l'évaluation.

- **Créer un comité de pilotage** pour réunir régulièrement les différents partenaires et faire un bilan de la coopération, réajuster si besoin les modalités d'intervention. J'animerai ce comité de pilotage et le réunirai deux fois dans l'année. Ses membres seront les responsables de chacune des institutions, mais des invités y seront également conviés ponctuellement. Je

pense notamment aux autorités de contrôle et de tarification et à certains professionnels du SAMSAH en fonction des questions traitées et du besoin de sensibiliser aux spécificités de la population accompagnée.

3.3.3 Soutenir et dynamiser les liens avec l'externe

Le réseau et le partenariat demandent à être soutenus en permanence afin qu'ils ne se délitent pas. Leur pilotage doit conduire à la réunion des conditions favorables pour donner envie aux acteurs de coopérer.

A) Réaffirmer la politique associative de communication externe

La communication externe vise à entretenir les liens instaurés avec les partenaires et le réseau en général. Elle est soutenue par divers supports écrits élaborés en collaboration avec les équipes (Plaquette de présentation du service à l'attention des partenaires, schéma d'accompagnement, affichages externes pour des événements spécifiques...). La direction générale est à l'origine de la politique de communication externe. Tous les documents préparés au sein du service et de ma direction passe donc par sa validation. Les codifications et la charte graphique de l'association représentant la « signature » d'ISATIS sont systématiquement utilisées pour tous les documents sortants.

Les professionnels ont besoin d'être reconnus lors de rencontres extérieures. Tous ont une carte de visite personnelle et une adresse mail leur donnant ainsi la possibilité de liens directs.

Je rappellerai aux équipes par la transmission d'une procédure les règles de diffusion des supports de communication et permettrait l'équipement de panneaux d'identification et de présentation de l'association et du service, nécessaires lors de participation à des forums, des journées associatives diverses.

B) Créer des occasions de rencontres professionnelles

La chef de service aura délégation pour entretenir certains liens initiés avec le réseau de professionnels et veiller aux contacts réguliers des équipes du SAMSAH vers ce dernier lorsque les situations de bénéficiaires le demandent.

Après deux années de fonctionnement, des journées partenaires seront organisées chaque année sur un thème précis en lien à l'actualité du service ou du secteur.

Les rencontres seront renouvelées régulièrement afin de prendre en considération les mouvements parfois fréquents dans certains secteurs professionnels.

Une sensibilisation sur les troubles psychiques auprès des travailleurs sociaux dépendant des services d'hébergement, auprès d'agents immobiliers et des bailleurs sociaux sera

organisée par l'intermédiaire du service « formation-conseil » de l'association. Elle aura pour but d'agir sur la stigmatisation et de faire tomber des représentations négatives.

Le journal interne, après quelques mois de diffusion pourrait faire l'objet d'une diffusion externe, lors d'un numéro par exemple de fin d'année retraçant les éléments significatifs des établissements et services de la direction territoriale.

Enfin, certains documents internes, comme les rapports d'activité, seront diffusés vers les partenaires afin de leur donner les éléments qualitatifs et quantitatifs de l'activité réalisée.

La réorganisation du SAMSAH entraînera donc des changements dans la structure du service et dans les pratiques tant à l'interne qu'à l'externe. La mobilisation de toutes les parties prenantes soutiendra la conduite du projet afin de le rendre opérant et efficient. Je me donnerai les moyens de vérifier son efficacité à travers la mise en œuvre de l'évaluation interne.

3.4 FAIRE VIVRE LA QUALITÉ DU SERVICE

La qualité est définie par J.R Loubat⁶³ comme « une dynamique de progrès », « un produit ou un service dont on attend qu'il réponde à des critères définis ; elle renvoie par conséquent à une méthodologie d'évaluation et d'appréciation ». J'aborderai dans un premier temps le management des compétences pour mettre en exergue l'importance de l'adaptabilité des professionnels et de l'amélioration de leurs connaissances. Dans un second temps, je présenterai le déroulement de l'évaluation interne puis la planification du projet.

3.4.1 Manager les compétences

Il s'agit de présenter la Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences (GPEC) qui représente un moyen de dynamisation des services et de mobilisation des professionnels. J'impulserai cette mobilisation autour du développement de compétences individuelles et collectives, de l'analyse de la pratique et du partage des connaissances en lien direct avec le projet logement (technique, pratique d'accompagnement, citoyenneté, ...).

A) S'inscrire dans la politique globale de formation

La réalisation de la mission d'accompagnement au sein du SAMSAH demande une efficacité au regard des différents niveaux d'intervention. La problématique du logement, repérée après deux ans d'activité, me conduit à sensibiliser les acteurs sur l'acquisition de nouveaux savoirs afin de leur donner les moyens d'évoluer et d'agir.

⁶³ J.R LOUBAT, *Instaurer la relation de service en action sociale et médico-sociale*, Paris : DUNOD, 2002, p35 et 45.

La politique de formation s'organise en lien avec le siège de l'association. Après avoir observé l'ensemble des formations réalisées entre 2008 et 2010, les priorités avaient été centrées sur la pluridisciplinarité, les troubles psychiques et l'accompagnement et la créativité.

Les besoins au niveau associatif seront retranscrits dans une note d'orientation élaborée par la direction générale. Abordés en comité de direction, les axes généraux s'appuieront sur des besoins autour des écrits professionnels, de l'évaluation interne et des formations des nouveaux salariés (cadre réglementaire, troubles psychiques...). Le rôle de la chef de service sera important pour faire remonter des équipes les besoins individuels et collectifs. Je proposerais donc, pour les équipes du SAMSAH, d'ouvrir à des thèmes prioritaires, comme celui de l'accompagnement du projet de vie dans un logement autonome.

B) Agir sur les compétences

➤ Développer les compétences collectives

J'envisagerai la mise en place de journées de « formation » interne où l'équipe est elle-même génératrice de savoir. La réflexion sur le thème de l'accompagnement dans un logement autonome sera l'occasion d'identifier ce qui a pu fonctionner autour de certaines situations et au contraire ce qui a généré des difficultés. Les études de cas en seront le support.

Des formations internes avec un intervenant extérieur généreront aussi un nouveau positionnement. Elles pourront être ouvertes soit, aux équipes dans leur totalité avec par exemple le thème du travail en réseau soit, à certains professionnels. Je pense dans ce cas particulier aux aspects techniques en lien au logement permettant une mise à jour des savoirs pour les CESF. Tous les professionnels concernés par les visites à domicile seront sollicités pour être formés dans cette approche professionnelle.

Enfin, l'analyse de la pratique appelée « supervision », avec un intervenant extérieur, est incitée par la direction générale depuis de nombreuses années. Je soutiens fortement cette action qui permet aux professionnels de se questionner sur leur pratique et de comprendre les liens particuliers qui se construisent avec une personne souffrant de troubles psychiques pour s'en distancier et réaliser leur travail au plus près des besoins de la personne. Chaque équipe a sa propre supervision dont la fréquence est de deux heures toutes les huit semaines. Sept réunions seront donc prévues dans l'année pour chacune des équipes.

Le coût des formations est actuellement de 900€ en moyenne la journée. Trois journées seront organisées au total. Le coût annuel à imputer au plan de formation sera donc de 1800€ auxquels devront être ajoutés les frais annexes (repas) imputés au budget du service.

Le coût de la supervision pour les deux équipes représente 2380€. Il entre également sur le plan de formation.

➤ **Faire évoluer les compétences individuelles**

L'entretien annuel professionnel est un outil essentiel de management des compétences, car il donne au cadre hiérarchique et au salarié la possibilité d'un échange individuel centré sur la compétence, le professionnalisme et les responsabilités. La direction générale d'ISATIS a introduit depuis cette année un cadre précis en souhaitant que l'entretien soit mené par le directeur auprès de l'ensemble des salariés (cadres et non cadres).

J'ai demandé au chef de service afin de ne pas l'éloigner trop de cette mission d'évaluation, de me transmettre ses avis pour chacun des professionnels, puisque son rôle hiérarchique direct avec les salariés lui donne la possibilité d'une analyse fine de leurs compétences, des écarts susceptibles d'exister avec les attendus et donc des évolutions possibles à rechercher.

Les entretiens seront conduits selon une trame spécifique intégrant l'histoire professionnelle du salarié dans l'association, sa qualification, son bilan d'activité annuel, l'analyse de son poste actuel, de ses compétences, son regard sur le service, le bilan de la direction, la recherche des écarts et la définition de nouveaux objectifs. Des formations individuelles pourront en découler. Elles intégreront le plan de formation de l'association dès lors qu'elles feront référence aux priorités désignées.

3.4.2 L'évaluation interne du SAMSAH

La loi du 2/01/2002 a introduit l'obligation des évaluations interne et externe pour les établissements et services sociaux et médico-sociaux. Elle est donc directement en lien avec l'intention de cette loi de mettre l'utilisateur en première place et d'exiger une qualité de service à son attention. Elle engage dans un processus global, représentée par la démarche d'amélioration continue de la qualité.

Responsable de la qualité du service, je prévois de mobiliser les professionnels et les bénéficiaires dans la démarche à mener. Le chef de service aura la délégation sur la mise en œuvre. Cependant, au regard des finalités de cet objectif, je m'impliquerai à différents moments de la démarche. En effet, selon l'ANESM cette démarche renvoie à instaurer un débat sur les valeurs et les moyens des actions conduites, à produire une analyse collective des écarts et à définir des priorités d'amélioration⁶⁴.

⁶⁴ ANESM, Recommandations de bonnes pratiques professionnelles, Mise en œuvre de l'évaluation interne dans les établissements et services visés, mars 2008.

A) Mener la démarche d'évaluation interne

L'évaluation du SAMSAH permettra de mesurer la pertinence et la cohérence des actions menées en fonction des besoins des personnes et des attentes des pouvoirs publics, et d'observer le niveau d'efficacité et d'efficience à travers les résultats obtenus.

La conduite de l'évaluation interne repose sur une méthodologie et la mobilisation des tous les acteurs, les professionnels et les bénéficiaires. Un constat objectif des actions menées est visé et implique donc de « décortiquer » tout le processus d'accompagnement réalisé au sein du SAMSAH pour poser ensuite des choix de critères pertinents pouvant rendre compte d'une bonne pratique. La dimension du projet logement fera l'objet d'une attention particulière à travers ses différents domaines abordés.

a) *Constituer un comité de pilotage et mobiliser les professionnels du SAMSAH*

L'association ISATIS s'était déjà fortement impliquée dans cette démarche en créant une commission associative régionale sur ce thème. Un premier référentiel d'auto-évaluation a été construit. Une dizaine de salariés venant de l'ensemble des deux régions PACA et Corse s'y sont investies. Depuis fin 2009, j'anime cette commission autour de la spécificité des SAMSAH, de la lisibilité de l'activité et de la construction d'un référentiel propre à ce service. Une professionnelle du SAMSAH des Alpes-Maritimes participe à ce groupe.

La commission associative aura le rôle de comité de pilotage : elle donnera des pistes de travail, guidera dans la démarche et validera les productions.

L'appropriation et la compréhension par les professionnels du SAMSAH des Alpes-Maritimes de cette démarche seront accompagnées par des temps préalables de communication et de formation reprenant les fondamentaux de l'évaluation dans notre secteur d'activité. J'animerai un premier temps d'échange, de présentation et d'engagement dans la démarche. Il regroupera les deux équipes du SAMSAH.

Je proposerai au chef de service de mener ensuite des réunions collectives pour donner le sens de la démarche et s'approprier le référentiel issu de la commission. Et dans un second temps, elle conduira avec chaque équipe la passation de l'évaluation.

Enfin un troisième temps posera de nouveau en grand groupe des éléments constatés et les propositions d'amélioration.

b) *Faire participer d'autres parties prenantes à l'évaluation*

Les bénéficiaires et leurs familles

Un questionnaire de satisfaction sera proposé aux bénéficiaires et à leurs familles. Deux questionnaires distincts existeront. Les bénéficiaires décideront par eux-mêmes de la transmission à leurs proches de ce document.

Ils seront élaborés par les professionnels du SAMSAH dans le cadre de groupe de travail.

Les questions de la passation et du retour d'information seront également traitées par le collectif qui devra s'inspirer des expériences précédentes pour favoriser une participation optimale.

Les partenaires institutionnels

Dans le cadre de l'élaboration du référentiel d'auto-évaluation, j'ouvrirai le groupe de réflexion aux partenaires institutionnels, tels que la MDPH et les autorités de contrôle. Ce choix me donnera les moyens de repérer les attendus des uns et des autres du côté de la réponse aux besoins des personnes accueillies mais aussi des indicateurs spécifiques retenus par ces instances administratives. La connaissance du service en sera renforcée.

Je créerai également un comité de suivi de l'action, c'est à dire intégrant tous les partenaires les plus importants du service. Il se réunira une fois dans l'année pour rendre compte des résultats de l'activité et échanger autour des constats faits en interne et en externe pour améliorer la qualité du service à apporter.

B) Identifier les indicateurs de réussite

Le projet de service sera évalué dans son ensemble mais au regard du diagnostic posé, les priorités seront centrées sur l'évaluation de la mission d'accompagnement au logement, de l'organisation du travail et de la pratique du travail en réseau. L'évaluation des projets des bénéficiaires accompagnés contribuera à l'évaluation du service.

Aussi, les indicateurs suivants serviront de référence :

- Le nombre d'accès à un logement autonome adapté
- L'évaluation de l'amélioration de la qualité de vie (évolution des lieux de vie),
- La participation des bénéficiaires et de leurs proches (retour de questionnaires, fréquentation de l'atelier, création d'une instance de participation...),
- L'évaluation des espaces de réflexion pour les professionnels (nombre de participants, de volontaires, production de nouveaux outils de travail),
- L'évaluation des procédures et de l'organisation (fluidité des liens professionnels dans les accompagnements, climat social serein, écrits réalisés dans les délais, nombre de rencontres professionnelles dans l'année),
- L'évaluation de la communication
- L'évaluation des actions en direction des professionnels du réseau et des partenaires: la qualité des relations, le nombre de rencontres dans l'année, le nombre de nouvelles collaborations, la nature de l'adhésion et de la valeur ajoutée.
- L'évaluation des formations : - avec un regard préalable sur leurs objectifs pédagogiques, puis sur les objectifs professionnels par l'observation de nouvelles compétences et enfin sur les évolutions souhaitées ou les résultats attendus dans la mission d'accès au logement, - avec un regard sur les effets éventuels dans la pratique pluridisciplinaire, - avec la passation annuelle des entretiens d'évaluation.

C) Piloter le Plan d'Amélioration Continue

Cette mission revient à l'équipe de direction. En concertation avec la chef de service, je prendrai des décisions au regard des priorités à poser. Elles s'appuieront sur un diagnostic de la situation à partir des constats et de l'analyse réalisés précédemment.

La pérennisation de la démarche sera portée par la chef de service qui recueillera régulièrement les informations au cœur des pratiques du service. Un lien sera fait avec les tableaux de bord et les fiches actions élaborées dans le projet de service. Une analyse annuelle des résultats de l'évaluation sera mise en place. Un champ particulier sera choisi chaque année en fonction des situations rencontrées dans le service. Réalisés en parallèle du rapport d'activité, les résultats de l'évaluation intégreront ce document annuel.

3.4.3 Inscrire le plan d'action dans le temps et hiérarchiser les priorités

La planification du projet dans le temps me donnera les moyens d'agir sur le processus organisationnel. Je prendrai trois facteurs à mettre en concordance pour appuyer cette planification : les actions à mener, le moment de leur réalisation, les personnes concernées.

Elle se déroulera sur une période d'un an et demi environ entre 2010 et 2011.

Un tableau de planification est présenté en annexe n°9.

CONCLUSION 3^{ème} PARTIE

C'est donc par la mobilisation des parties prenantes que je trouverai des réponses à la mission d'accès au logement du SAMSAH. Je prendrai appui sur des leviers comme la communication et l'élaboration du projet de service qui, à l'interne comme à l'externe, me donneront les moyens d'apporter du sens à l'accompagnement centré autour du logement. Les réponses concrètes seront trouvées dans la réorganisation du service en faisant appel au développement de moyens humains et techniques et en m'appuyant sur la politique associative. Enfin, l'ouverture sur l'environnement externe, avec la création et l'animation d'un réseau de professionnel du logement et la constitution de nouveaux partenariats constitueront la seconde piste de travail.

Conclusion

La reconnaissance du handicap psychique est récente. L'évolution des représentations sur la maladie mentale et des pratiques de la médecine psychiatrique a permis de rendre aux personnes en souffrance psychique progressivement un peu plus de dignité et de citoyenneté.

Leur place dans la société reste toujours à conquérir car ces avancées n'ont pas totalement résolu la problématique du lien social engendrée par la pathologie mentale. La folie continue à faire peur et est encore associée à la dangerosité en raison des actes imprévisibles qu'elle génère.

L'habitat a toujours représenté un élément essentiel de cette qualité de vie car il donne à son hôte une place pour vivre de façon autonome dans la société, une possibilité de se construire un espace de vie et une identité sociale. Pourtant, trouver un logement et y vivre de façon durable est devenu une mission périlleuse pour la plupart des personnes handicapées psychiques. En proie à leurs troubles et à une perte d'autonomie dans la gestion du quotidien, elles sont aussi confrontées, au même titre que toutes les populations vulnérables et précaires, à l'absence de logements sociaux, à la stigmatisation, aux loyers et aux conditions d'accès démesurés.

Le SAMSAH d'ISATIS, créé il y a 2 ans, s'est inscrit dans cette voie d'accompagnement du projet d'accès à un lieu de vie personnel pour soutenir les personnes dans leur parcours vers une réinsertion sociale citoyenne. Ce nouveau dispositif médico-social a ouvert la voie pour rendre possible ce mode de vie autonome en proposant un accompagnement individualisé de proximité.

La phase de mise en œuvre du service a consisté dans ma fonction de directrice à faire vivre une organisation et à mobiliser pour conduire un projet de service dans une nouvelle pratique professionnelle et faire connaître aux partenaires les spécificités de cette population. Aujourd'hui, je suis amenée à compléter cette organisation et à rendre crédible de nouveaux choix de vie pour les bénéficiaires. Des réponses concrètes sont à trouver pour leur permettre de sortir d'impasse au regard de leur projet de logement autonome.

Parce qu'au cœur de la complexité⁶⁵, ma responsabilité m'amène à agir en faveur des personnes en m'appuyant sur l'intelligence collective et toutes les parties prenantes en relation avec le SAMSAH.

⁶⁵ D. GENELOT, *Manager dans la complexité*, réflexions à l'usage de dirigeants ; Paris : INSEP CONSULTING, 2001 ; p 24.

Les fédérer autour du projet de service est le premier enjeu du changement à mener. L'ouverture sur l'environnement externe constitue le second enjeu. La mobilisation permanente des ressources humaines, la création d'un réseau de professionnels du logement, de l'hébergement et de partenaires à impliquer constituera une force pour l'Association et le service pour se donner les moyens d'obtenir des résultats.

La qualité du service proposé aux personnes et son évaluation guideront les actions que j'aurai à mener, dont le principal enjeu est de faire en sorte que les parties prenantes qui n'avaient pas encore compris ou reconnu l'existence du handicap psychique deviennent des acteurs positifs de l'accès au logement de droit commun permettant ainsi l'accès à un droit fondamental à ces personnes.

BIBLIOGRAPHIE

OUVRAGES OU MONOGRAPHIES

ASSOUN P-L. *Le vocabulaire de Freud*. Paris : Éditions Ellipses, 2002. 72 p.

BAPTISTE R. *Reconnaître le handicap : Développer et améliorer la réinsertion sociale et professionnelle des personnes psychologiquement fragiles*. Lyon : Chronique Sociale, 2005. 165 p. Collection Comprendre les personnes.

DELION P, ALAPETITE M, OURY J, et al. *L'autisme et la psychose à travers les âges de la vie : l'enfant, l'adolescent, l'adulte*. Toulouse: Erès, 2000.

FAUROUX R., DEVERT B. / ed. *En finir avec le mal-logement : une urgence et un espoir*. Paris : les Éditions du Cerf, 2010. 192 p. Collection L'histoire à vif.

LE BOTERF G. *Travailler efficacement en réseau : une compétence collective*. Nouvelle édition mise à jour. Paris : Les Éditions d'Organisation Groupe Eyrolles, 2008. 166 p. Collection Ressources Humaines.

KOVES V., LOPEZ A., PENOCHET J.C., et al. *Psychiatrie années 2000 - organisations, évolutions, accréditation*. Paris : Flammarion, 2000. 305 p. collection Médecine-Sciences.

MIRAMON J-M., COUET D., PATURET J-B. *Le métier de directeur : techniques et fictions*. Rennes : Presses de l'EHESP, 2009. 265 p.

MIRAMON J-M. *Manager le changement – dans les établissements et services médicosociaux*. Rennes : Presse de l'EHESP, 2009. 152 p.

NAVEAU P., *Les psychoses et le lien social, le nœud défait*. Paris : Anthropos, 2004. 244 p. collection Psychanalyse et pratiques sociales

PEZEU-MASSABUAU J. *Habiter : rêve, image, projet*. Paris : L'Harmattan, 2003, 185 p.

POMMIER G. *D'une logique de la psychose*, Ed Erès, Point hors ligne, 2003. Collection Point Hors Ligne.

ANESM. *Recommandations de bonnes pratiques professionnelles, Elaboration, rédaction et animation du projet de service* [en ligne]. Saint-Denis : Anesm, Décembre 2009. [visité le 30 mars 2010]. Disponible sur Internet :

<http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/reco_projet_etablissement_service_anesm.pdf>

CNSA. *Suivi qualitatif du développement des services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés : SAMSAH et SSIAD - Situation en 2007*. [en ligne]. Paris :

CNSA – Direction établissements et services médico-sociaux, avril 2008. 176 p.
Disponible sur Internet :

<http://www.cnsa.fr/IMG/pdf/Rapport_COMPLET_Suivi_qualitatif_SAMSAH_SSIAD_-_CNSA-3.pdf>

HABITAT ALTERNATIF SOCIAL - COLLECTIF DE PROFESSIONNELS ET D'USAGERS. *L'insertion durable Pratiques et conceptions*. Préface de Danielle Mitterrand. Paris, L'Harmattan, 2002. 186 p. Collection Questions Contemporaines.

UNAFAM. *Le Livre Blanc des partenaires de Santé Mentale France, associations d'usagers de la psychiatrie, de soignants et de responsables du social dans la cité* [en ligne]. Paris : UNAFAM, 2001. [Edition revue en avril 2006 après épuisement des éditions précédentes]. Disponible sur Internet :

< <http://www.unafam.org/telechargements/LivreBlancSanteMentale.pdf>>

UNAFAM. *Plan pour l'accompagnement des personnes en situation de handicap psychique dans la cité*. [en ligne]. Paris : UNAFAM, 2003. Disponible sur internet : <<http://www.unafam.org/telechargements/plandurgence.pdf>>

Chapitres d'ouvrages

DUBREUIL B. *Le travail du directeur en établissement social et médico-social : analyse de la pratique*. Paris : Dunod, 2004. Chapitre 6, Associer l'ensemble du personnel à la décision, pp.157-184.

GACOIN D. *Communiquer dans les institutions sociales et médico-sociales : enjeux, stratégies, méthodes*. Paris : Dunod, 2002. Troisième partie, Stratégies et méthodes, pp.113-328.

GENELOT D. *Manager dans la complexité : Réflexions à l'usage des dirigeants*. Paris : Insep consulting, 2001. Chapitre 6 à chapitre 9, pp. 133-229.

GOMES M., REGNAUT N., ROELANDT J-L. De la psychiatrie communautaire à la psychiatrie citoyenne. In *La réhabilitation psychosociale en psychiatrie*. Première édition. Paris : Éditions Frison-Roche, 1995. Chapitre 17, pp. 433-468.

LEFEVRE P. *Guide du management stratégique des organisations sociales et médico-sociales*. Paris :Dunod, 2006. Partie 1 Le management dans les organisations et Partie 2 Les organisations sociales et médico-sociales, pp. 51-268.

LOUBAT J-R. *Instaurer la relation de service en action sociale et médico-sociale*. Paris : Dunod, 2002. Chapitre 2, La démarche-qualité, une approche globale de la prestation de service, pp. 35-75.

MINTZBERG H. Le management : voyage au centre des organisations. Paris : Editions d'Organisation, Groupe Eyrolles, 1989. Chapitre 11, L'organisation innovatrice, pp 347-388.

VIDON G. (éd.). *La réhabilitation psychosociale en psychiatrie*. Paris : Éditions Frison-Roche, 1995. Chapitre 1, La réhabilitation dans tous ses états, pp. 27-62. Chapitre 3, La désinstitutionnalisation : ses origines, ses retombées, son bilan, pp.81-108.

ARTICLES DE PERIODIQUES

Études et Résultats, DREES

BELLAMY V., avec la collaboration de ROELANDT J.-L., CARIA A. Troubles mentaux et représentations de la santé mentale : premiers résultats de l'enquête Santé mentale en population générale, *Études et Résultats, DREES* [en ligne], Octobre 2004, n° 347, [visité en Août 2007].

Disponible sur Internet : <<http://www.sante-sports.gouv.fr/IMG/pdf/er347.pdf>>

COLDEFY M., SALINES E. Les secteurs de psychiatrie générale en 2000 : évolutions et disparités. *Études et Résultats, DREES* [en ligne], Octobre 2004, n° 342, [visité en Septembre 2007].

Disponible sur Internet : <<http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er-pdf/er342.pdf>>

MOUQUET M.-C., BELLAMY V., avec la collaboration de CARRASCO V. Suicides et tentatives de suicide en France. *Études et Résultats, DREES* [en ligne], mai 2006, n° 488, [visité en Septembre 2007].

Disponible sur Internet : <<http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er488/er488.pdf>>

RHIZOME, Bulletin National santé mentale et précarité. [3 bulletins : n°7, n°16, n°27.]

Bulletin n°7. Dossier : Habiter.

Disponible sur Internet : <<http://orspere.fr/IMG/pdf/Rhizome7.pdf>>

FURTOS J. Edito. *Rhizome* [en ligne]. Décembre 2001, n°7, p. 1.

FASSY F. Droit au logement : évolution. *Rhizome* [en ligne]. Décembre 2001, n°7, p. 2.

LEMONNIER E. Les enfants et leurs cabanes. *Rhizome* [en ligne]. Décembre 2001, n°7, p. 7.

LANTHEMANN K. De l'abri à « l'habiter ». *Rhizome* [en ligne]. Décembre 2001, n°7, p. 8.

CONFALONIERIE P. Habiter, pour le schizophrène. *Rhizome* [en ligne]. Décembre 2001, n°7, p. 9.

DERIES B. Santé mentale et citoyenneté ? le logement comme objet transversal. *Rhizome* [en ligne]. Décembre 2001, n°7, p. 9.

Bulletin n°16. Territoires : limites et franchissements.

Disponible sur Internet : <<http://orspere.fr/IMG/pdf/Rhizome16.pdf>>

- FURTOS J. Edito. *Rhizome* [en ligne]. Juillet 2004, n°16, p. 1.
- LUSSAULT M. Espaces humains : limites et franchissements. *Rhizome* [en ligne]. Juillet 2004, n°16, p. 2-7.
- CHAVANON O. Deux modèles d'action des politiques publiques dans le secteur social. *Rhizome* [en ligne]. Juillet 2004, n°16, p. 3.
- MOYANO O. Les espaces de la pensée : Réflexion sur la notion de placement. *Rhizome* [en ligne]. Juillet 2004, n°16, p. 4.
- SASSOLA M. L'investissement psychotique concernant le lieu et l'espace. *Rhizome* [en ligne]. Juillet 2004, n°16, p. 5.
- COLIN V. Espaces habités et territoires psychiques enfouis. *Rhizome* [en ligne]. Juillet 2004, n°16, p. 8-13.
- CHALTIEL P. Territoire de secteur et territoire de santé mentale sont-ils superposables ? *Rhizome* [en ligne]. Juillet 2004, n°16, p. 12-13
- ARCELLA-GIRAUX P. Une expérience de travail pluridisciplinaire à l'échelle ville. *Rhizome* [en ligne]. Juillet 2004, n°16, p. 15.

Bulletin n°27. Au bord du logement.

Disponible sur Internet : <http://orspere.fr/IMG/pdf/Rhizome_27ok.pdf>

- COLIN V. Edito. *Rhizome* [en ligne]. Juillet 2007, n°27, p. 1.
- ALDEGUER J-P. Paradoxes autour du logement. *Rhizome* [en ligne]. Juillet 2007, n°27, p. 2.
- ANTOINE J-M. Le logement de droit commun. *Rhizome* [en ligne]. Juillet 2007, n°27, p. 5.
- LAUREAU C. De l'errance au logement. *Rhizome* [en ligne]. Juillet 2007, n°27, p. 9-10.

COMPTE-RENDU DE CONGRES ET CONFERENCES

Plan d'action sur la santé mentale pour l'Europe, Relever les défis, trouver des solutions [en ligne]. Rapport de la conférence interministérielle européenne de l'OMS sur la santé mentale. 2005. [visité le 10.05.2010]. Helsinki. Copenhague : Organisation Mondiale de la Santé, 2006. 175 p Disponible sur Internet :

<http://www.euro.who.int/___data/assets/pdf_file/0008/98918/E88538.pdf >

Pacte européen pour la santé et le bien-être [en ligne]. Présenté par Androulla VASSILIOU A. Conférence de haut niveau de l'Union Européenne : Ensemble pour une meilleure santé mentale et le bien-être, 12-13 Juin 2008. [visité le 02.05.2010]. Bruxelles. Bruxelles : Union Européenne, 2008. 7 p. Disponible sur Internet : <http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/docs/pact_fr.pdf>

Trieste : 30 ans après la fermeture des hôpitaux psychiatriques, un exemple pour le développement durable et l'insertion sociétale [en ligne]. Intervention LACHAT D.

Colloque international : Développement durable, Communautés & Sociétés, 16-18 Juin 2010 [visité le 30.07.2010]. Mulhouse. Trieste (Italie) : Centre d'Etude et de Recherche sur la Santé Mentale de la Région Frioul-Venetie Julienne. 2010. 8 p. Disponible sur Internet : <http://www.triestesalutementale.it/francese/doc/Lachat_Trieste.pdf>

Les représentations sociales des personnes sans abri - fiche bibliographique n°3 [en ligne]. « Sortir de la rue » Conférence de consensus, 29-30 Novembre 2007 [visité le 30.07.2010]. Paris. Paris : CNLE, Décembre 2007, 9 p. Disponible sur Internet : <http://sansabri.typepad.fr/conference_de_consensus/files/conference_de_consensus_fiche_3.pdf>

LOIS, RAPPORTS ET PLANS

Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale

Loi n°2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées [Version consolidée au 12 juin 2010]

Loi n°2007-290 du 5 mars 2007 instituant le droit au logement opposable et portant diverses mesures en faveur de la cohésion sociale. [Version consolidée au 14 mai 2009].

Chantier national prioritaire 2008 - 2012 pour l'hébergement et l'accès au logement des personnes sans-abri ou mal logées : Guide des dispositifs d'hébergement et de logement adapté [en ligne]. Service du premier ministre. [visité le 8.04.2010]. Paris : DGAS – DGALN, Septembre 2008. 32 p. Disponible sur Internet : <http://www.logement.gouv.fr/IMG/pdf/guide_des_dispositifs_hebergement_logement_cle7dd151.pdf>

Livre vert : améliorer la santé mentale de la population : vers une stratégie sur la santé mentale pour l'Union Européenne [en ligne]. Adopté le 14 octobre 2005 par la Commission Européenne. [visité le 16.04.2010]. Bruxelles : Direction Générale Santé et Protection des Consommateurs (DG Sanco), 2005. 26 p. Disponible sur Internet : <http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/green_paper/mental_gp_fr.pdf>

Plan Régional de Santé Publique 2005-2009 : Provence-Alpes-Côte d'Azur. [en ligne]. Préfecture de la Région PACA, 2005. Disponible sur Internet : <http://www.paca.sante.gouv.fr/pow/idcplg?IdcService=SS_GET_PAGE&ssDocName=PACA_000395&ssSourceNodId=501>

Plan psychiatrie et santé mentale 2005-2008 [en ligne]. Ministère des solidarités, de la santé et de la famille. Paris, 23 avril 2005, 98 p. Disponible sur Internet : <http://www.cnsa.fr/IMG/pdf/plan_2005-2008.pdf>

CLERY-MELIN P., KOVESS V., PASCAL J-C. Plan d'actions pour le développement de la psychiatrie et la promotion de la santé mentale [en ligne]. Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées. Paris, septembre 2003, 106 p.

Disponible sur Internet : <http://www.sante.gouv.fr/htm/actu/clery_melin/rapport.pdf>

CHARZAT M. *Rapport Charzat : 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.* [en ligne]. Paris : Ministère de l'emploi et de la solidarité, Mars 2002. 138 p. [visité le 12.07.2010]. Disponible sur Internet :

<<http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/024000350/0000.pdf>>

CLAVERANNE J-P. *Handicap psychique et insertion sociale et professionnelle. Avis du Conseil Economique et Social régional Rhône-Alpes*, rapport n° 2005-03, janv. 2005, 30p.

COUTY E. *Missions et organisation de la santé mentale et de la psychiatrie* [en ligne].

Paris : Ministère de la santé et des sports, Janvier 2009. 84 p. [visité le 14 avril 2010].

Disponible sur Internet : <[http://www.sante-](http://www.sante-sports.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Missions_et_organisation_de_la_sante_mentale_et_de_la_psychiatrie-2.pdf)

[sports.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Missions_et_organisation_de_la_sante_mentale_et_de_la_psychiatrie-2.pdf](http://www.sante-sports.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Missions_et_organisation_de_la_sante_mentale_et_de_la_psychiatrie-2.pdf)>

JOLY P. *Prévention et soins des maladies mentales - Bilan et perspectives* [en ligne].

Paris : Conseil économique et social, 2 juillet 1997. Disponible sur Internet :

<<http://www.uncpsy.fr/dotclear/index.php?1997/07/01/45-prevention-et-soins-des-maladies-mentales>>

KOVESS-MASFETY V., BOISSON M., GODOT C., et al. *La santé mentale, l'affaire de tous : pour une approche cohérente de la qualité de vie* [en ligne]. Paris : Centre d'analyse stratégique, Février 2010. 254 p. [visité le 15 avril 2010]. Disponible sur Internet :

<<http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/094000556/0000.pdf>>

MILON A. *Rapport sur la prise en charge psychiatrique en France* [en ligne]. Paris : Office parlementaire d'évaluation des politiques de santé, 8 avril 2009. 357 p. [visité le 2.02.2010]. Disponible sur Internet : < <http://www.senat.fr/rap/r08-328/r08-3281.pdf>>

PARQUET P. *Rapport Parquet, Souffrance psychique et exclusion sociale* [en ligne].

Paris : Ministère des affaires sociales, du travail et de la solidarité, 2003. 55 p. [visité le 15.06.2010]. Disponible sur Internet :

<http://www.cnle.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_PARQUET_Septembre_2003_Souffrance_psy chique_et_exclusion.pdf>

PIEL E., ROELANDT J.-L. *De la psychiatrie vers la santé mentale* [en ligne]. Rapport de mission, Ministère de l'Emploi et de la Solidarité. Paris, Juillet 2001. 82 p. [visité le 9.03.2010]. Disponible sur Internet :

<<http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/014000522/0000.pdf>>

TZAMPAZI E. *Rapport sur la santé mentale* [en ligne]. Bruxelles : Parlement européen, Commission de l'environnement, de la santé publique et de la sécurité alimentaire, 28 Janvier 2009. 17 p. [visité le 10.03.2010]. Disponible sur Internet : <<http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pubRef=-//EP//NONSGML+REPORT+A6-2009-0034+0+DOC+PDF+V0//FR>>

ARS PACA. Schéma régional d'organisation sanitaire [en ligne]. SROS 3. Marseille : ARH-PACA, Avril 2006. Partie 11, Psychiatrie et santé mentale, pp. 368-420.

FONDATION Abbé Pierre. *L'état du mal-logement en France, 2010* [en ligne]. 15^{ème} Rapport annuel. Paris : Fondation Abbé Pierre, 2010. 253 p. [visité en juillet 2010]. Disponible sur Internet : <http://www.fondation-abbe-pierre.fr/_pdf/rml_10.pdf>

HAUT COMITE POUR LE LOGEMENT DES PERSONNES DEFAVORISEES. *L'hébergement d'urgence : un devoir d'assistance à personnes en danger* [en ligne]. 10^{ème} rapport. Paris, Décembre 2004. 107 p. Disponible sur Internet : <<http://www.onpes.gouv.fr/IMG/pdf/10.pdf>>

HAUT COMITE POUR LE LOGEMENT DES PERSONNES DEFAVORISEES. *Face à la crise : une obligation de résultat* [en ligne]. 11^{ème} rapport. Paris, Décembre 2005. 107 p. Disponible sur Internet : <<http://www.onpes.gouv.fr/IMG/pdf/11.pdf>>

LES SITES INTERNET

AGENCE REGIONALE DE SANTE PROVENCE-ALPES-CÔTE D'AZUR. Ars [en ligne]. [visité le 20.09.2010] <http://www.ars.paca.sante.fr/Internet.paca.0.html>

FEDERATION NATIONALE DES ASSOCIATIONS DES USAGERS EN PSYCHIATRIE. Fnapsy [en ligne]. [visité le 20.09.2010] <<http://www.fnapsy.org/>>

FEDERATION NATIONALE DES ASSOCIATIONS GESTIONNAIRES POUR L'ACCOMPAGNEMENT DES PERSONNES HANDICAPEES PSYCHIQUES. Agapsy [en ligne]. [visité le 20.09.2010] <<http://www.agapsy.fr/>>

UNION NATIONALE DES AMIS ET FAMILLES DE MALADES PYSCHIQUES. UNAFAM [en ligne]. [visité le 20.09.2010] <<http://www.unafam.org/>>

CENTRE REGIONAL D'ETUDES ET D'ACTIONS SUR LES HANDICAPS ET LES INADAPTATIONS. CREAHI [visité le 20.09.2010] <<http://www.creai-idf.org/>>

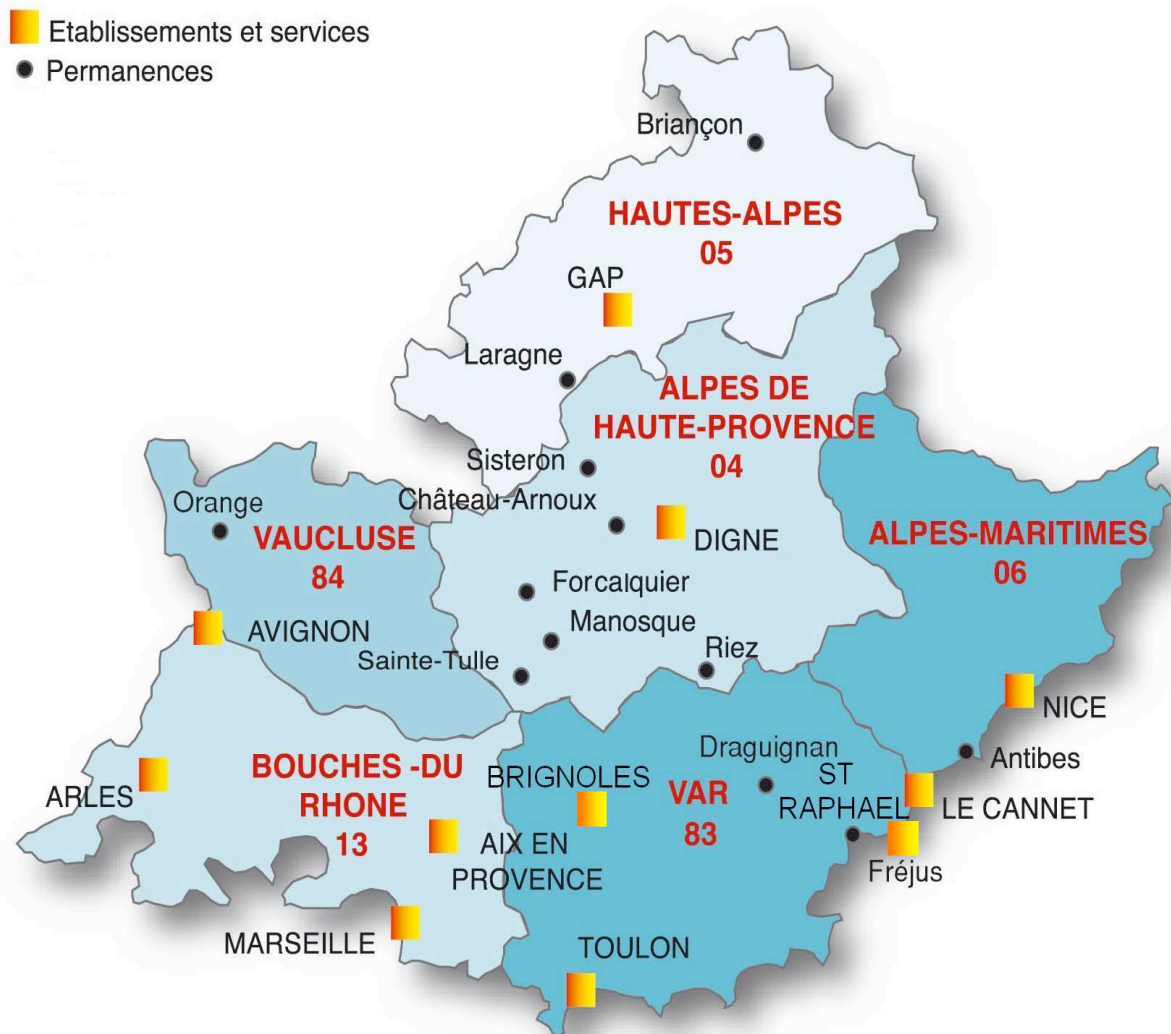
Larousse Encyclopédie. www.larousse.fr

LISTE DES ANNEXES

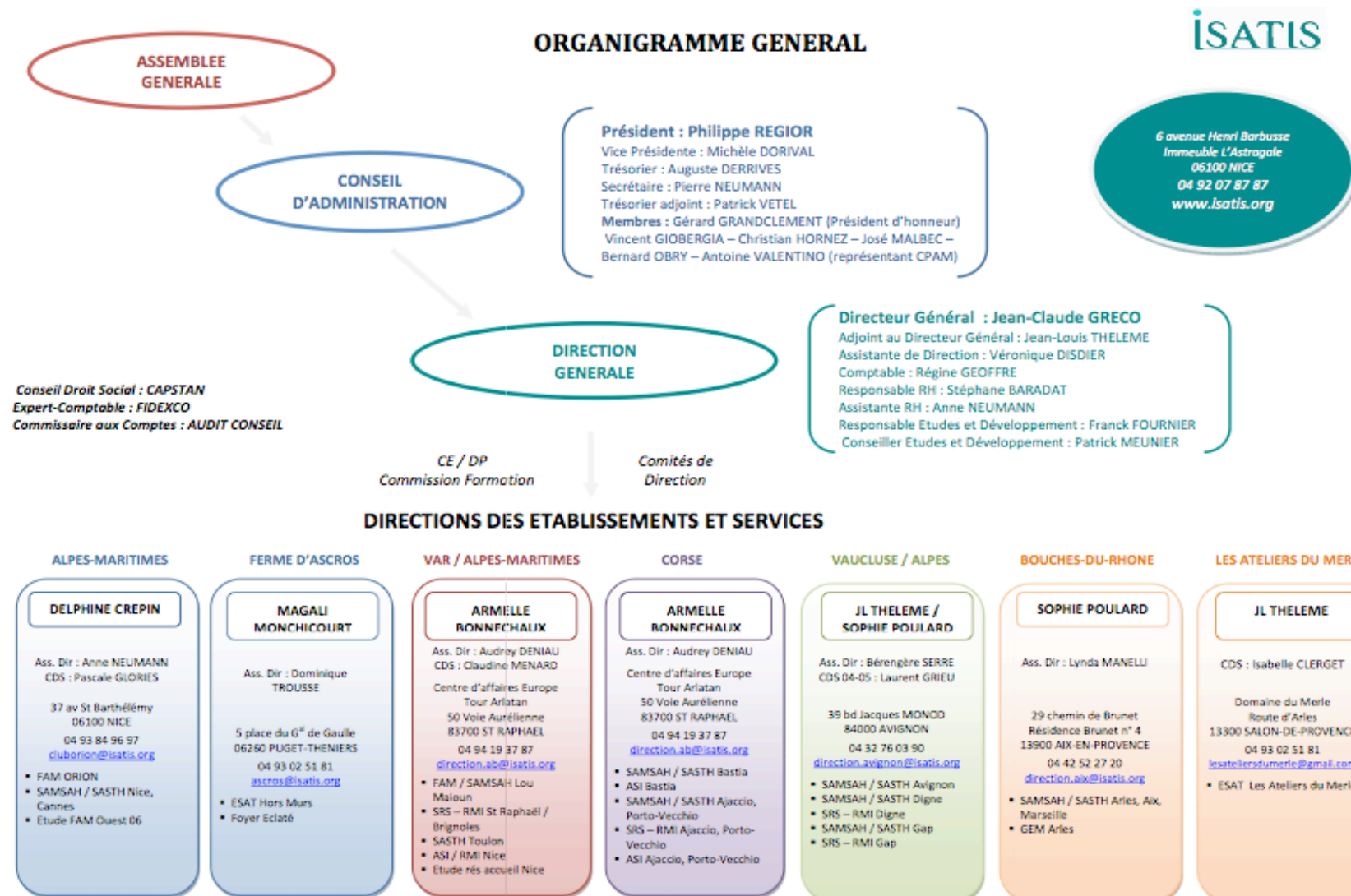
- Annexe 1** **Cartographie de l'implantation régionale de l'association ISATIS**
- Annexe 2** **Organigramme général d'ISATIS**
- Annexe 3** **Organigramme de la direction territoriale Alpes-Maritimes littoral**
- Annexe 4** **Projet associatif**
- Annexe 5** **Charte de l'accompagnement**
- Annexe 6** **Enquête médico-sociale à l'attention des partenaires sociaux et
sanitaires du SAMSAH**
- Annexe 7** **Schéma de l'accompagnement des bénéficiaires du SAMSAH**
- Annexe 8** **Enquête de satisfaction à l'attention des bénéficiaires du SAMSAH**
- Annexe 9** **Planification du projet**
- Annexe 10** **Extrait des recommandations de bonnes pratiques de l'ANESM pour
l'élaboration et l'écriture du projet de service**

ANNEXE 1

CARTOGRAPHIE DE L'IMPLANTATION REGIONALE DE L'ASSOCIATION ISATIS

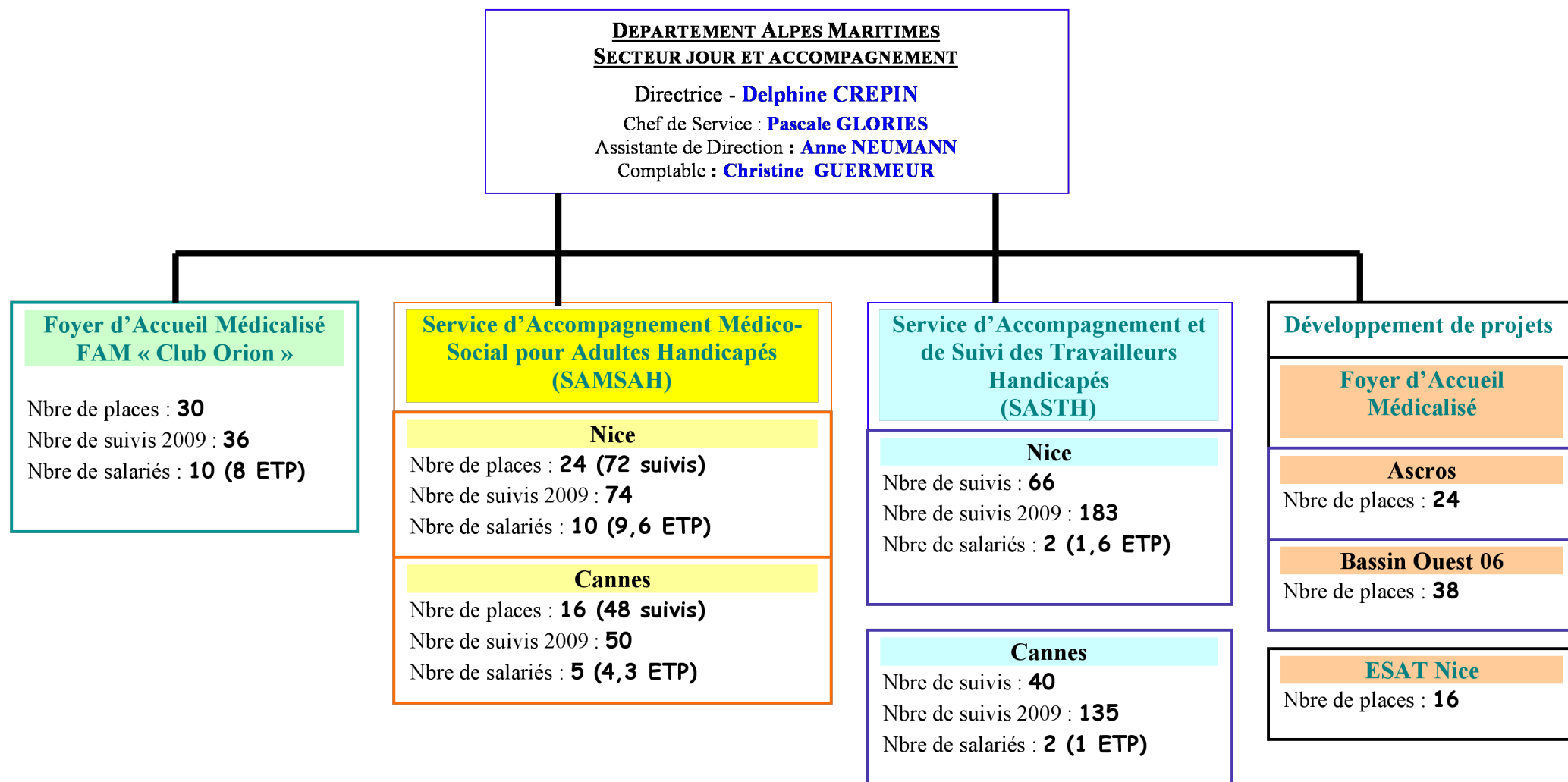


ANNEXE 2 ORGANIGRAMME GÉNÉRAL D'ISATIS



21/09/2010

ANNEXE 3 ORGANIGRAMME DE LA DIRECTION TERRITORIALE ALPES-MARITIMES LITTORAL



Projet associatif

Ce projet associatif est un document de référence. Il définit les objectifs et les principes d'intervention des différents acteurs d'ISATIS, ainsi que les valeurs qui assurent leur engagement. Il s'efforce d'y associer l'ensemble de ses partenaires.

La prise en charge des personnes atteintes de troubles psychiques dans notre pays a été considérablement modifiée dans les dernières décennies par la volonté de rupture avec l'enfermement des patients, la suppression d'un grand nombre de lits d'hôpitaux et la création en contrepartie de secteurs psychiatriques et de services ouverts.

La société a trop longtemps ignoré l'importance des souffrances des malades psychiques; certains d'entre eux échappaient à tout traitement et tout accompagnement.

Les familles, lorsqu'elles trouvaient les ressources nécessaires, se mobilisaient et s'informaient pour constater, dans bien des cas, une insuffisance de services de proximité adaptés aux particularités des maladies psychiques. La cellule familiale restait désorganisée, entraînant la solitude et conduisant à l'exclusion.

C'est de ce constat que se constitua ISATIS dans les Alpes-Maritimes.

I) L'ORIGINE

Près de 20% de la population française souffre, à des degrés divers, de troubles psychiques. 3 à 5% sont victimes de troubles sévères. Ces maladies sont au premier rang des causes médicales à l'origine d'une hospitalisation. Elles se placent au troisième rang des dépenses de santé, après le cancer et les maladies cardio-vasculaires. Elles contribuent fortement aux problèmes croissants d'exclusion sociale de notre société.

Face à ces besoins immenses, l'UNAFAM, association de familles dont les créateurs d'ISATIS sont issus, a mis au cœur de ses actions la reconnaissance par les pouvoirs publics de la nécessité d'accompagner la personne souffrant de troubles psychiques, en complément des soins médicaux.

De son côté, notre association a créé dès 1997 un centre d'accueil de jour à Nice, le « Club Orion ». Elle a pris son nom actuel ISATIS en 2002 et décidait d'une importante révision de ses statuts.

La modification des statuts a permis d'élargir le champ d'intervention de l'association à tous les domaines de l'accompagnement des personnes en souffrance psychique, quelle que soit l'origine de leur trouble : maladies psychiques répertoriées ou désordres psychosociaux consécutifs à une adaptation sociale difficile et à l'exclusion.

Aujourd'hui, ISATIS fédère des professionnels de l'action sociale et de la santé, des parents de personnes souffrant de troubles psychiques, des représentants de la société civile, tous porteurs d'un projet commun.

Le secteur géographique d'intervention de l'association, à l'origine départemental, est étendu aux régions PACA et Corse.

II) UN PROJET SOCIAL NOVATEUR

Le projet social d'ISATIS s'appuie sur une éthique déterminée par l'adhésion libre et consentie des bénévoles et professionnels aux valeurs morales, humaines et laïques de notre société :

Il se fixe comme objectif de soutenir l'engagement de l'association pour et auprès des personnes souffrant de troubles psychiques, dans la recherche des réponses à leurs besoins et à leurs demandes.

Il entend fédérer les professionnels de l'action sociale et médico-sociale autour de services dans lesquels la personne est entendue, considérée, respectée et accompagnée dans sa complexité et sa singularité.

Il prévoit d'initier et de favoriser les débats, réflexions et partenariats avec les autres acteurs de la lutte contre l'exclusion.

Il est porteur d'innovation et d'expérimentation, en vue de modéliser, essaimer et transmettre un savoir faire.

Il ambitionne de sensibiliser la société et les pouvoirs publics afin de faire évoluer les politiques d'action sociale au plus près des attentes des personnes en difficulté.

Pour atteindre ces objectifs, le projet social se donne comme moyens la création et la gestion d'établissements et services à partir de financements publics et privés.

L'échange et la transmission de nouvelles connaissances acquises avec d'autres institutions poursuivant un but identique ou parallèle serviront à enrichir les pratiques des professionnels.

Par des actions d'information le projet vise à améliorer la connaissance et les représentations sociales de la maladie psychique dans l'opinion publique.

III) UN PROJET D'UTILITE SOCIALE

Pour les personnes concernées :

Les personnes dont les troubles psychiques sont un frein majeur à l'insertion, qu'elles soient en situation de handicap reconnu ou non, relèvent des actions, établissements et services d'ISATIS.

Dans la mise en œuvre des actions, chaque personne doit être considérée comme un citoyen à part entière, respecté dans ses libertés individuelles, sa situation personnelle, sa singularité et sa vulnérabilité qui fera l'objet d'une attention particulière.

Les actions doivent instaurer une relation de confiance pour mieux prendre en considération la parole et les demandes exprimées.

Dans les situations présentant un risque pour la personne ou son entourage, les professionnels s'engagent à diligenter les actions appropriées.

La personne est reconnue comme acteur de son propre projet de vie. Ses capacités et potentialités sont mises en valeur. Les actions proposées s'appuient sur des aptitudes personnelles d'évolution et de progrès, avec pour ambition de permettre à chacun d'accéder à ses droits et devoirs.

En résumé, c'est avec la personne que s'élabore et se construit le processus d'accompagnement. Il évolue en permanence dans les conditions fixées par les dispositions législatives : droit au libre choix, respect de la dignité, de l'intimité, de la vie personnelle et spirituelle.

Enfin, au terme de la prise en charge, les professionnels d'ISATIS doivent assurer le relais nécessaire à la continuité des projets d'accompagnement ou des projets personnels.

Avec les familles et l'entourage :

L'entourage familial et les proches, quand ils sont présents, sont parfois les seuls à partager avec le bénéficiaire la connaissance intime de l'histoire de sa maladie.

Ils s'efforcent de pallier les insuffisances des moyens médicaux et sociaux.

Dans l'accompagnement de la personne souffrant de troubles psychiques, ISATIS pose un principe d'alliance et d'ouverture entre les professionnels et les proches, tout en préservant l'indépendance nécessaire aux professionnels dans l'exercice de leurs fonctions.

Si l'intérêt du bénéficiaire le justifie, et après avoir recherché son accord, il est souhaitable qu'un membre de la famille soit informé des projets de suivi.

Par ailleurs, compréhension, écoute et dialogue sont de règle lorsque les familles se font connaître.

IV) UN PROJET DE MAILLAGE DU RESEAU PARTENARIAL

La complexité de la souffrance psychique avec ses composantes médicales, psychologiques et sociales, confrontée à la complexité politique, économique, sociale et culturelle ne permet pas de prétendre agir efficacement sans le recours aux compétences et ressources externes existantes.

Ce projet ambitionne de rassembler toutes les énergies et bonnes volontés, qu'elles soient du domaine politique, technique ou individuel, afin de collaborer à l'objectif commun d'insertion voulu par ISATIS.

Il considère que l'objectif d'insertion sociale recherché pour les personnes passe par la capacité de l'association à constituer un maillage organisé du réseau des acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux identifiés.

C'est dans cet esprit d'ouverture sur l'extérieur que l'association doit construire un réseau partenarial efficient, à mettre au service des besoins des personnes.

Le partenariat de réseau sera recherché dans l'objectif de faire ensemble, en dépassant les enjeux de pouvoirs, les freins structurels et les cultures professionnelles différentes qui pourraient limiter l'efficacité des actions.

ISATIS se place, de par son domaine de compétence et d'intervention, en interface du champ sanitaire et du champ social. A ce titre, elle s'efforce de comprendre les différentes approches des autres acteurs de l'insertion. Elle considère la diversité des cultures professionnelles comme une richesse.

Elle évalue son expérience acquise et décide de l'utilité d'en témoigner au travers de tous moyens de communication et d'information.

Elle s'engage à soutenir, si nécessaire et dans la mesure de ses capacités, les professionnels extérieurs du réseau qui la sollicitent, dans l'intérêt des personnes.

Ses services s'efforcent de bien identifier leur rôle, tantôt comme acteur principal de missions coordonnées, tantôt en contribuant à des projets définis par ailleurs.

V - UN PROJET EN ALLIANCE AVEC LES POUVOIRS PUBLICS

Au carrefour des politiques de santé, de l'action sociale, du logement, du travail, la mission d'ISATIS auprès des personnes accompagnées est de permettre une articulation efficace et pertinente de tous les intervenants qu'ils soient du secteur public ou privé.

ISATIS s'efforce aussi d'être impliquée dans les recherches et les innovations entreprises auprès d'une population dont les besoins sont encore mal recensés, tant au niveau local que national.

Plus généralement, l'association est une force de proposition dans la recherche de moyens cohérents avec ses objectifs.

Elle se positionne comme un interlocuteur responsable, fiable, transparent, rigoureux, dans la conduite et la gestion des projets pour lesquels elle a reçu des moyens.

Elle entend faire reconnaître ses exigences et mettre en valeur le savoir faire de ses équipes de professionnels.

Les financements qu'elle reçoit pour ses interventions sont donc légitimés par la qualité de ses résultats qui sont mis à disposition de tous ses interlocuteurs institutionnels.

ISATIS se situe délibérément comme partenaire des pouvoirs publics en tant qu'acteur dans la réflexion concernant les politiques d'insertion et dans leur mise en œuvre.

VI - UN PROJET DE GESTION DYNAMIQUE

ISATIS est une entreprise sociale de forme associative à but non lucratif.

Son Conseil d'Administration est composé de familles et de personnes de la société civile, toutes bénévoles. Les familles constituent une force de proposition. Elles remplissent une fonction de veille indispensable. Elles sont des acteurs importants de la vie d'ISATIS, de même que les autres administrateurs qui apportent des compétences utiles à l'association.

L'ensemble des administrateurs et du personnel d'ISATIS adhère à ce projet dont la finalité sociale consiste à promouvoir la dignité, le respect, et l'intégration des personnes souffrant de troubles psychiques.

Les compétences des professionnels qu'elle a recrutés constituant sa richesse principale, l'association les reconnaît et les considère au quotidien. En contrepartie, il est de la responsabilité de chacun de s'impliquer dans l'adhésion aux valeurs associatives et de maintenir la qualité des actions qui relèvent de sa responsabilité.

ISATIS agit aussi pour mettre en œuvre une politique de gestion du personnel qui corresponde aux exigences de qualité auxquelles elle s'engage. Le recrutement, la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences, la formation, la recherche sur les pratiques professionnelles, obéissent à ces exigences.

ISATIS s'attache à identifier les ressources et compétences de chacun et à favoriser leur expression dans une recherche d'excellence.

Enfin, l'association s'efforce de promouvoir les nouveaux métiers de l'accompagnement des personnes souffrant de troubles psychiques et les modes d'intervention qu'elle élabore.

Comme toute entreprise, ISATIS suit les règles communes du droit et de la bonne gestion de l'ensemble de ses ressources.

Son efficacité sociale s'exerce et se mesure dans la qualité et l'utilité de l'accompagnement ainsi que dans la création d'actions innovantes. A cet effet, elle construit des outils d'évaluation adaptés.

Une gestion financière équilibrée est indispensable à la pérennité de ses actions. Les coûts de chaque Etablissement et Service sont mesurés et mis en relation avec leurs besoins et leurs résultats. Ces opérations sont effectuées par sites et communiquées en interne aux équipes concernées.

Les résultats financiers font l'objet de communications statutaires fréquentes et les compte rendus des actions et services sont établis avec une attention particulière, en vue de leur transmission aux partenaires financiers et prescripteurs.

Le Conseil d'Administration de l'association et la Direction Générale sont garants de la qualité des activités dans le cadre des règles qui précèdent.

Ils veillent chacun à leur niveau à l'équilibre de la gestion financière et au suivi des résultats des actions d'insertion.

CHARTRE ISATIS



PREAMBULE



L'association ISATIS a été créée dans le but de mettre en œuvre des actions d'accompagnement en faveur de l'intégration sociale et professionnelle des personnes adultes souffrant de troubles psychiques. ISATIS se donne pour objectif de permettre à ces personnes de retrouver une place de sujet citoyen responsable et libre au sein de notre société.

Cette Charte a été élaborée dans un souci de réflexion en vue d'un accompagnement de qualité. Elle permet d'inscrire l'ensemble des valeurs éthiques portées par l'Association. Elle constitue un cadre de référence pour les usagers, les partenaires et les salariés d'Isatis.

I. /L'USAGER : SUJET CITOYEN ET AUTEUR DE SON HISTOIRE

L'utilisateur en tant que *adulte majeur, sujet citoyen*, a des droits et des devoirs. Il s'inscrit dans le rapport à la loi de fait et sans condition. Il est un sujet singulier, acteur, responsable, et participe à la vie de la cité.

Il est aussi, du fait de ses troubles psychiques, un être en souffrance qui rencontre des difficultés d'adaptation sociale et/ou professionnelle, des difficultés dans sa relation à l'autre et dans la mobilisation de ses capacités à faire des choix, à agir.

Il est enfin un être en devenir toujours capable d'évolution.

II ./ RESPECT ET PROTECTION

L'utilisateur d'ISATIS est en droit d'attendre le respect :

- de sa singularité (culture, apparence, normes, valeurs, choix de vie, religion, opinion),
- de sa (ses) demande(s) (ou de sa non demande),
- de sa souffrance, de sa plainte,
- de son temps d'élaboration personnelle, de son rythme d'évolution,
- de sa parole,
- de son intimité (liberté de dire ou de ne pas dire, confidentialité, vie privée),
- de son intégrité physique et psychique.

L'utilisateur est aussi en droit d'attendre :

- la garantie de sa sécurité physique et psychique lors de l'accueil et dans le cadre de l'accompagnement.
- L'application du droit légal et du règlement interne de l'établissement ou du service en référence à la charte des droits et libertés de la personne accueillie.

III. / CHAMPS D'INTERVENTION

Les champs d'intervention possibles sont définis par la mission de chaque service de l'association ISATIS et sont portés par les professionnels de l'établissement ou du service.

Ces champs d'intervention concernent les secteurs du professionnel, du social et de la santé Ils s'inscrivent dans un réseau de partenaires.

C'est dans la relation d'accompagnement du bénéficiaire en tant que sujet que se matérialisent notre champ d'intervention et ses limites. Les professionnels mènent des

actions spécifiques liées à leur fonction et qui tiennent compte de l'utilisateur dans sa globalité.

Dans le secteur de la santé : le professionnel intervient sur les troubles psychiques, (le rapport à la réalité, la relation à l'autre, la plainte, la demande et le désir..).

Dans le secteur social : le professionnel intervient sur l'intégration et l'insertion (autonomie, logement, ressources, lien social..).

Dans le secteur professionnel : l'intervention porte essentiellement sur le parcours d'insertion professionnel (l'analyse du parcours, le projet, la formation, l'emploi).

IV. / INFORMATION CONFIDENTIALITE

Tous les salariés de l'Association ISATIS sont tenus au respect des règles de confidentialité et de discrétion.

Les salariés d'ISATIS ne divulguent aucune information sur les bénéficiaires qu'ils accompagnent sans le consentement de ceux-ci.

Cependant les salariés sont soumis aux obligations de la loi commune en matière de non assistance à personne en danger, c'est à dire à l'obligation de signaler aux autorités compétentes toute situation dont on sait qu'elle met en danger l'intégrité psychique ou physique de l'utilisateur ou d'autrui.

L'utilisateur sera toujours informé des démarches engagées.

L'utilisateur doit être informé des procédures et méthodes de travail de l'Association.

L'élaboration du projet se fait toujours à partir de la demande de l'utilisateur préalablement parlée, précisée et analysée.

Le travail d'élaboration est pluridisciplinaire, une place importante est accordée à la restitution du travail effectué par l'équipe auprès de l'utilisateur.

V. / PLURIDISCIPLINARITE, PARTENARIAT, RESEAU

Dans le cadre des actions d'accompagnement de l'association ISATIS, les salariés ont des rôles, des fonctions et des formations différentes. Ceci détermine des champs d'intervention différents.

Cette pluridisciplinarité renvoie aux notions de :

- Spécificité
- Complémentarité
- Synergie

Elle implique les notions :

- d'échange
- de communication
- de collaboration
- de confiance et de responsabilité partagée

La qualité de l'accompagnement en dépend.

La collaboration avec les prescripteurs, les partenaires, et le réseau du bénéficiaire visent à garantir la qualité de l'accompagnement, à favoriser les échanges afin de travailler dans la cohérence. La collaboration avec le réseau d'un bénéficiaire se fait avec son accord ou tout au moins celui-ci est informé des échanges le concernant.

VI. /ACCOMPAGNEMENT ET QUALITE

L'association inscrit la relation partenariale comme une condition indispensable à la réalisation de sa mission d'intégration sociale et professionnelle. Une attention permanente est portée à la qualité et la pérennité des liens avec les partenaires des secteurs sanitaires, sociaux et professionnels.

Pour assurer la qualité de l'accompagnement, l'association ISATIS s'est dotée : d'un personnel spécialisé et qualifié, un plan de formation spécifique, d'une mise en synergie des services par le biais d'espaces de rencontres, d'échanges et d'analyse des pratiques, de moyens administratifs, logistiques et matériels.



ENQUETE MEDICO-SOCIALE

L'ACCES AU LOGEMENT DES PERSONNES HANDICAPEES PSYCHIQUES

L'association Isatis œuvre depuis 10 ans pour l'intégration sociale d'adultes souffrant de troubles psychiques. Un Service d'Accompagnement à Domicile (SAD) a ouvert en 2002 pour répondre à leur besoin de vivre dans un logement autonome de droit commun. En 2008, ce service devient un Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés (SAMSAH). Ce nouveau statut permettra d'accompagner les personnes dans la concrétisation de leur projet de vie sociale et professionnelle.

Nous vous sollicitons en tant que professionnel des secteurs social, médico-social et sanitaire afin de recueillir votre avis sur l'intérêt de ce service, et de partager vos observations autour de cette dimension du logement autonome pour ce public en grande précarité.

Au préalable, vous trouverez un rapide descriptif du SAMSAH.

SAMSAH ISATIS DES ALPES-MARITIMES

LOCALISATION

Nice Saint-Barthélemy

39, Avenue St Barthélemy – 06100 Nice
Tel : 04.92.07.56.00 mail : nice@isatis.org

Le Cannet

43B, avenue Mérimée – 06110 Le Cannet
Tel : 04.97.06.54.64 mail : lccannet@isatis.org

BENEFICIAIRES DU SAMSAH

Personnes handicapées psychiques relevant de la loi du 11/02/2005, dont les besoins individuels nécessitent un accompagnement : - dans les actes essentiels de l'existence,
- social et professionnel en milieu ouvert et un apprentissage à l'autonomie.

ORIENTATION

Par la **Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées** (CDAPH) pour 2 ans

MISSION du SAMSAH

OBJECTIFS GENERAUX

Accompagner des adultes souffrant de troubles psychiques dans la réalisation de leur projet de vie

Recherche d'une qualité de vie obtenue en ouvrant les possibilités de vie sociale, familiale, universitaire, professionnelle et citoyenne,

Accompagnement dans la réalisation des actes quotidiens de la vie inscrits autour du domicile, dans l'accomplissement des activités de la vie domestique et sociale,

Développement du potentiel de santé psychique et physique, des capacités intellectuelles et cognitives.

Pôle d'intervention

La vie sociale et familiale

Le logement

► Les activités et la vie professionnelle

OBJECTIFS D'ACCOMPAGNEMENT DANS UN CADRE DE PREVENTION SANITAIRE ET SOCIALE

Insertion sociale, suivi et maintien du lien social,

Accès à un logement autonome de droit commun, suivi et maintien dans le logement,

Préparation à une insertion professionnelle, suivi et maintien du lien professionnel,

Veille au maintien du suivi médical.

ENQUETE - FICHE REPONSE

A- Estimation des besoins

Le service SAMSAH vous semble-t-il correspondre à un besoin ?.....

Pensez-vous pouvoir orienter des publics sur le SAMSAH ?

Oui Si possible, évaluer le nombre par an :

Non

B- Avis médical et social sur le SAMSAH

Le SAMSAH présente-t-il un intérêt pour un public souffrant de troubles psychiques ?

.....
.....
.....

Quels inconvénients ou limites pouvez-vous identifier ?

.....
.....
.....

C- Quelles seraient vos attentes de ce service ?

.....
.....
.....

D- Quel est le mode d'hébergement actuel des personnes que vous pensez pouvoir orienter ?

Hopital

Hébergement aidé (CHRS, Foyer, Résidence accueil...)

Meublé précaire

Famille

Autres, précisez

Commentaires :

.....
.....
.....

E- Avec quel organisme travaillez vous pour des réponses autour du logement auprès du public que vous recevez ?

CHRS Famille d'accueil

Foyer Appartement thérapeutique

Hôtel Famille

Association spécialisée

Autre, précisez

.....
.....

F- Quels sont, selon vous, les freins les plus rencontrés par les personnes souffrant de troubles psychiques dans leur démarche d'accès à un logement autonome de droit commun ? (Numérotez de 1 à 6 par ordre d'importance)

Rechercher le logement

Situation financière

Marché de l'immobilier

Discrimination liée au handicap

Insuffisance des capacités à vivre seul

Autres, précisez

Parmi les besoins les plus repérés rencontrés chez les personnes souffrant de troubles psychiques, classez les 5 les plus importants :

- | | | | |
|------------------------------|--------------------------|--|--------------------------|
| Alimentation | <input type="checkbox"/> | Participation à des activités | <input type="checkbox"/> |
| Budget | <input type="checkbox"/> | Insertion professionnelle | <input type="checkbox"/> |
| Accompagnement administratif | <input type="checkbox"/> | Informations sur le traitement médical | <input type="checkbox"/> |
| Hygiène de vie | <input type="checkbox"/> | Soutien dans la prise de traitement | <input type="checkbox"/> |
| Logement | <input type="checkbox"/> | Suivi psychologique | <input type="checkbox"/> |
| Autonomie de transport | <input type="checkbox"/> | Autres | <input type="checkbox"/> |
| Vie relationnelle | <input type="checkbox"/> | | |

Commentaires :

.....

.....

.....

.....

.....

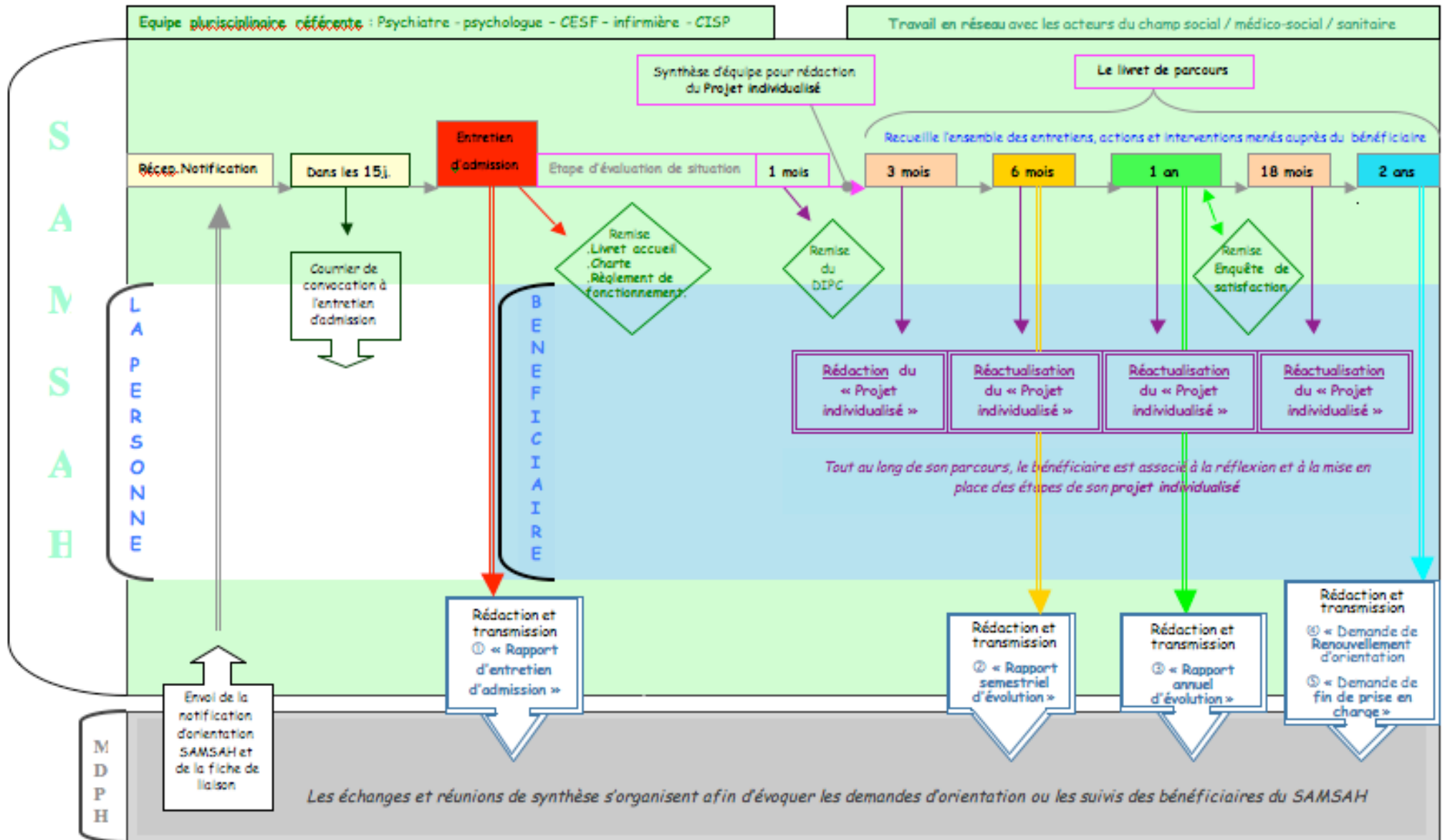
.....

.....

.....

}	Nom
	Organisme/Service
	Date


Document à retourner, dès que possible, par courrier au 37 avenue Saint-Barthélémy, 06000 NICE ou, par fax au 04.93.84.87.97



➤ **Parlez-nous des actions qui ont été mises en place** ⚡

 **Que pensez-vous du déroulement de votre accompagnement dans son ensemble ?**

- Très satisfaisant Peu satisfaisant Sans opinion
 Satisfaisant Pas du tout

 **Que pensez-vous des actions et/ou de mises en relation avec les partenaires qui vous ont été proposées ?**

- Très satisfaisant Peu satisfaisant Sans opinion
 Satisfaisant Pas du tout

 **La contribution du service à la réalisation de votre projet de vie paraît-elle ?**

- Très satisfaisant Peu satisfaisant Sans opinion
 Satisfaisant Pas du tout

 **Et plus particulièrement dans les domaines suivants :**

- accès aux soins

- Très satisfaisant Peu satisfaisant Sans opinion
 Satisfaisant Pas du tout

- liens familiaux

- Très satisfaisant Peu satisfaisant Sans opinion
 Satisfaisant Pas du tout

- liens sociaux

- Très satisfaisant Peu satisfaisant Sans opinion
 Satisfaisant Pas du tout

- liens professionnels

- Très satisfaisant Peu satisfaisant Sans opinion
 Satisfaisant Pas du tout

Vos remarques et suggestions :

.....
.....
.....
.....

L'équipe vous remercie de votre précieuse collaboration.



Conformément à l'application de la loi de janvier 2002 relative aux droits des usagers, nous vous soumettons cette enquête de satisfaction afin de recueillir votre avis et d'améliorer la qualité de notre service. Nous vous remercions d'y participer. Votre avis est important pour nous, dans le but de mieux répondre à vos attentes et vos besoins.

**Cette enquête est anonyme, vos réponses sont donc confidentielles.
Une fois le questionnaire rempli, merci de le déposer dans l'urne.**

L'accueil



Quelle a été votre impression générale à votre arrivée dans le service sur :

- l'accessibilité (situation géographique, transports en commun, possibilité de parking)

- Très satisfaisant Peu satisfaisant Sans opinion
 Satisfaisant Pas du tout

- les locaux

- Très satisfaisant Peu satisfaisant Sans opinion
 Satisfaisant Pas du tout

- l'accueil du personnel

- Très satisfaisant Peu satisfaisant Sans opinion
 Satisfaisant Pas du tout



Que pensez vous des informations qui vous ont été données sur les modalités de l'accompagnement ? (nature de l'accompagnement, déroulement, intervenants, durée...)

- Très satisfaisant Peu satisfaisant Sans opinion
 Satisfaisant Pas du tout



Que pensez vous de la qualité des documents d'information qui vous ont été remis ? (Livret d'accueil, Charte des droits et libertés de la personne accueillie, Document Individuel de Prise en Charge, Enquête de satisfaction)

- Très satisfaisant Peu satisfaisant Sans opinion
 Satisfaisant Pas du tout

Vos remarques et suggestions :

.....
.....
.....

L'organisation du service



La fréquence des rendez-vous vous paraît-elle ?

- Très satisfaisant Peu satisfaisant Sans opinion
 Satisfaisant Pas du tout



La ponctualité des rendez-vous vous semble-t-elle ?

- Très satisfaisant Peu satisfaisant Sans opinion
 Satisfaisant Pas du tout



La disponibilité de l'équipe (lien téléphonique, prise en compte des messages, urgences, changement de rendez-vous) vous paraît-elle ?

- Très satisfaisant Peu satisfaisant Sans opinion
 Satisfaisant Pas du tout



Le fait d'être reçu en entretien dans les locaux du service vous paraît-il ?

- Très satisfaisant Peu satisfaisant Sans opinion
 Satisfaisant Pas du tout

Vos remarques et suggestions :

.....
.....
.....

L'accompagnement

➤ Parlez-nous de vos contacts avec le service ◀



Quelle est votre impression générale sur l'accompagnement proposé ?

- Très satisfaisant Peu satisfaisant Sans opinion
 Satisfaisant Pas du tout



Que pensez-vous plus particulièrement

- de l'écoute, de l'attention et de l'intérêt témoignés par le service ?

- Très satisfaisant Peu satisfaisant Sans opinion
 Satisfaisant Pas du tout

- de la prise en considération et de la compréhension de votre situation ?

- Très satisfaisant Peu satisfaisant Sans opinion
 Satisfaisant Pas du tout

Vos remarques et suggestions :

.....
.....
.....

PLANIFICATION DU PLAN D'ACTION 2010 - 2011

ANNEXE 9

PLAN D'ACTIONS	Acteurs DG DT ED P Pt	ANNEE 2010				ANNEE 2011													
		9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12		
3.1.1 Communiquer en interne																			
Vers la Direction générale																			
Vers les Professionnels																			
Vers les bénéficiaires et les familles																			
3.1.2 Elaborer le projet de sce																			
Comité de pilotage 1																			
Groupe de travail																			
Rédaction du PS																			
Validation et Transmission																			
3.2.1 Redéployer la mission logt																			
Implication secrétaire MS																			
Lancement atelier Logement usagers																			
Passage tps plein CESF																			
Recrutement Ouvrier d'entretien																			
Création fiche évaluation																			
3.2.2 Améliorer la communication																			
Projet informatisation dossiers																			
Gr projet ressources informatisées																			
Gr projet Gazette																			
3.3.1 Développer le réseau																			
Réunion de travail																			
Création carte du réseau																			
Journée partenaire																			
3.3.2 Construire des partenariats																			
Préparation rencontre																			
Rencontres diverses																			
Comité de pilotage 2																			
3.4.1 Manager les compétences																			
Formations collectives																			
Formations individuelles																			
Entretiens annuels																			
3.4.2 Piloter l'évaluation interne																			
Comité de pilotage 3																			
Réunion évaluation																			
Passation auto-évaluation																			
Comité de suivi																			
PAC																			

Légende: Direction générale (DG) Direction (DT) Equipe de direction (ED) Professionnels (P) Partenaires (Pt)

ANNEXE 10

Extrait des recommandations de bonnes pratiques de l'ANESM pour l'élaboration et l'écriture du projet de service

Annexe 1 Comment faire un projet d'établissement ou de service ?

Sans prétendre présenter une méthode détaillée, que l'on trouvera dans les ouvrages de référence cités en bibliographie, le lecteur trouvera ci-après :

- les principales étapes incontournables ;
- un exemple de fiche-action ;
- un exemple de plan d'actions.

1. Récapitulatif de la méthode

Mettre en place un comité de pilotage	Analyser les enjeux propres à la structure
	Organiser les processus
	Proposer un échéancier
	Choisir les thématiques à approfondir
	Mobiliser les différents acteurs
	Suivre l'ensemble de la démarche
Réaliser les travaux préparatoires	Recueillir les données disponibles
	Réaliser les analyses documentaires
	Analyser les données disponibles
	Réaliser des entretiens
Mettre en place des groupes de travail	Choisir les thèmes de débat
	Organiser la composition du ou des groupes
	Formaliser la commande à l'égard du ou des groupes
	Organiser l'animation des groupes
	Organiser la diffusion des productions (navette équipe/CVS)
Rédiger le projet	Choisir le rédacteur (en interne ou en externe)
	Intégrer les résultats des évaluations précédentes
	Intégrer les productions des groupes
	Ecrire les fiches actions
	Intégrer les tableaux de bord
	Organiser une navette avec le comité de pilotage/groupe(s) de travail
Valider le projet	Organiser la présentation au CVS (ou autre instance de participation)
	Organiser la vérification technique par le comité de pilotage
	Organiser la validation par les instances dirigeantes
Faire vivre le projet	Editer le projet avec ses annexes
	Editer une synthèse
	Présenter le projet aux (nouveaux) intervenants
	Mettre en place le comité de suivi du projet
	Réviser le projet, au moins à mi-parcours
	Actualiser le projet au moins tous les 5 ans (bilan-évaluation, nouveaux objectifs)