



Master 2
Situations de handicap et
participation sociale

Promotion : **2022-2023**
Date du Jury : **Juillet 2024**

Interroger la « logique de parcours »
à travers l'analyse de trajectoires de vie de
personnes sans-abris
présentant des troubles psychiques

Chloé Forveille

Remerciements

A l'issu de ce travail, j'adresse mes sincères remerciements à ma directrice de mémoire, Noémie Rapegno, enseignante-chercheuse en géographie du handicap et du vieillissement à l'Ecole des hautes études en santé publique de Rennes. Elle m'a guidée et accompagnée tout au long de ce mémoire grâce à ses précieux conseils méthodologiques, ainsi qu'à la pertinence de ses réflexions et orientations bibliographiques.

Je remercie également les responsables, l'ancien directeur et la coordinatrice générale, de la Maison départementale des personnes handicapées de la Creuse, sans qui je n'aurais pu réaliser ce Master. Ils m'ont soutenue dans la mise en place de ce projet, et ont veillé à ce que je puisse réaliser mon stage dans de bonnes conditions. Je remercie également mes collègues, et tout particulièrement Désirée, qui s'est montrée disponible lors de mes sollicitations.

J'adresse également mes remerciements aux professionnels qui ont accepté d'être enquêtés. Chacun d'entre eux s'est livré à moi avec sincérité et confiance. Merci à vous.

Plus globalement, je remercie l'ensemble des enseignants et intervenants rencontrés lors de nos regroupements à Rennes (master 2 « situations de handicap & participation sociale », promotion 2022-2023), pour la richesse de nos échanges, qui ont participé à mon éveil des paradigmes qui entourent le handicap. Sans oublier la coordinatrice de ce master, Régine, qui a toujours fait preuve de bienveillance et de disponibilité.

Et sur un plan plus personnel, je tiens à remercier mon fils Romann pour sa compréhension et son appui sans relâche. J'adresse également mes remerciements à mes parents, et à ma « cop's », pour leur écoute, leur soutien indéfectible, et leurs riches conseils. Un grand merci à vous, sans qui finalement je n'aurais pu effectuer ce mémoire.

Sommaire

Introduction.....	1
I. La prise en compte laborieuse du handicap psychique dans des politiques construites en silo	9
1) Un rapprochement difficile entre les secteurs de la psychiatrie et du handicap	9
2) Les politiques du logement, du mal-logement, et de la psychiatrie : une rencontre difficile.....	13
2)1 Des lois, des dispositifs qui témoignent d'un certain cloisonnement en excluant les personnes présentant des troubles psychiques.....	13
2)2 Des politiques qui s'ouvrent aux personnes ayant des troubles psychiques	16
3) Une logique de parcours au sein des politiques du médico-social affichée et renforcée par le rapport « <i>Zéro sans solution</i> » afin de trouver des solutions aux personnes en rupture de parcours	20
3)1 La démarche « Réponse accompagnée pour tous » : un objectif ambitieux ?...21	
3)2 Les missions dédiées aux MDPH confrontées à la réalité creusoise.....	22
3)3 De nouveaux dispositifs récents visant à la transformation de l'offre, qui se superposent aux acteurs déjà présents	28
II. Une logique de parcours affichée dans les politiques publiques, mais difficile à mettre œuvre dans les accompagnements	31
1) Présentation du parcours des quatre personnes sélectionnées	31
1)1 Dylan	31
1)2 Nicolas.....	32
1)3 Fabien	32
1)4 Audrey	33
2) Des ruptures en chaîne durant l'enfance	33
2)1 Une logique de parcours mise à mal en raison de la faiblesse des ressources dans l'offre de soins pédopsychiatriques en Creuse	33
2)2 Une scolarité interrompue malgré son obligation	38
3) L'entrée dans la vie d'adulte : des modalités d'aides inadaptées à ces publics	39
3)1 Une désinstitutionnalisation de la psychiatrie inachevée, des prises en charge parcellaires, et des conditions d'incarcération inadaptées	39
3)2 L'exclusion des plus démunis renforcée par les difficultés de collaboration des secteurs de la psychiatrie et du mal-logement.....	43
III. La démarche RAPT : une ambition ou une utopie ?	49
1) Les enjeux du partenariat.....	51
2) Le manque de réponse adaptée en Creuse participe au risque de rupture	57
3) Le manque d'adhésion nourrit le risque de rupture	64
Conclusion	68

Bibliographie.....	71
Références législatives.....	76
ANNEXE 1 : Trajectoires de vie	78
ANNEXE 2 : Guides d'entretien	83

Liste des sigles utilisés

AAH : allocation d'adultes handicapés

ACT : appartement de coordination thérapeutique

AEEH : allocation d'éducation de l'enfant handicapé

AHI : accueil, hébergement et insertion

ALF : allocation logement à caractère familiale

ALT : allocation de logement temporaire

APL : aide personnalisée au logement

ASE : aide sociale à l'enfance

ARS : agence régionale de santé

AVS : auxiliaire de vie scolaire

CASF : code de l'action sociale et des familles

CAT : centre d'aide par le travail

CAP : certificat d'aptitude professionnelle

CD : conseil départemental

CDPH : convention relative aux droits des personnes handicapées des Nations Unies

CDAPH : commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées

CDEF : centre Départemental de l'Enfance et de la Famille

CDES : commission départementale de l'éducation spéciale

CHS : centre hospitalier spécialisé (en psychiatrie)

CHRS : centre d'hébergement et de réinsertion sociale OU centre d'hébergement et de réadaptation sociale

CIH : classification internationale des handicaps et de la santé

CMP : centre médico-psychologique

CNCDH : commission nationale consultative des droits de l'homme

CNSA : caisse nationale de solidarité pour l'autonomie

COTER : comité territorial départemental

CPOM : contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens

CPR : complément de ressources

CRIP : cellule de recueil des informations préoccupantes

CSP : code la santé publique

DAC : dispositif d'appui à la coordination

DEA : dispositif de l'emploi accompagné

DIHAL : délégation interministérielle pour l'hébergement et l'accès au logement

Dop : dispositif d'orientation permanent

DREES : direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

ETHOS : typologie européenne de l'exclusion liée au logement

EMP : équipes mobiles précarité (psychiatrie)

ESAT : établissement et service d'aide par le travail

EPE : équipe pluridisciplinaire d'évaluation (MDPH)

ETP : équivalent temps plein

FEANTSA : fédération Européenne des Associations Nationales Travaillant avec les Sans-Abri

GEM : groupes d'entraide mutuelle

GEVA : guide d'évaluation des besoins de compensation des personnes handicapées

GOS : groupe opérationnel de synthèse

HAL : hyper article en ligne

HAS : haute autorité de santé

HBM : habitations à bon marché

HDJ : hôpital de jour

HLM : habitations à loyer modéré

IME : institut médico éducatif

Insee : institut national de la statistique et des études économiques

IP : information préoccupante

LAM : lits d'accueil médicalisés

LHSS : lits halte soins santé

MDPH : maison départementale des personnes handicapées

MECS : maison d'enfants à caractère social

MS : médico-social

OMS : organisation mondiale de la santé

ONPE : observatoire national de la protection de l'enfance

Onu : Organisation des Nations Unis

SPIP : service pénitentiaire d'insertion et de probation

PAG : plan d'accompagnement global

PCH : prestation de compensation du handicap

PCPE : pôle de compétences et de prestations externalisées

PDS : programme de soins

PJJ : protection judiciaire de la jeunesse

PTSM : plan territorial en santé mental

RAPT : réponse accompagnée pour tous

RMI : revenu minimum d'insertion

RQTH : reconnaissance de la qualité de travail handicapé

SAJ : service d'accueil de jour

SAVS : services d'accompagnement à la vie social

SAMSAH : service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés

SSIAD : service de soins infirmiers à domicile

TNR : travaux non rémunérés

UNAFAM : union nationale des familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques

Introduction

Dans son dernier rapport annuel sur le mal-logement de février 2023, la fondation Abbé Pierre estime à 300 000 le nombre de personnes sans-abris en France (Rapport Fondation Abbé Pierre, 2023). Un nombre qui ne cesse de croître puisqu'en 2012 il était estimé à 143000. Ce recensement se base sur les personnes qui « *ont passé la nuit précédant l'enquête Sans-domicile dans un lieu non prévu pour l'habitation ou dans un service d'hébergement* » (p.167). Un chiffre à relativiser donc, car il ne tient pas compte des personnes qui n'utilisent pas ces services. Parmi les personnes mal-logées, le rapport publié en février 2019 par la fondation Abbé Pierre, met en exergue la prévalence des troubles psychiatriques, deux personnes sans abri sur cinq interrogées par une maraude, souffrent de troubles psychiques (Rapport de la Fondation Abbé Pierre, 2019). La sortie dite « sèche » des hôpitaux, sans anticipation ni préparation, est l'une des raisons citées, et les conditions de cette sortie ne tiennent pas compte des situations de précarité ou de sans-abrisme. La précarité sociale est un des déterminants dans l'émergence ou dans l'exacerbation des problèmes de santé, qu'ils soient physiques ou psychiques, et plus spécifiquement, les conditions de logement sont reconnues par l'organisation mondiale de la santé (OMS) comme un déterminant majeur de la santé mentale. Celle-ci définie comme une composante essentielle de la santé, est décrite par l'OMS comme « *un état de bien-être mental qui nous permet d'affronter les sources de stress de la vie, de réaliser notre potentiel, de bien apprendre et de bien travailler, et de contribuer à la vie de la communauté. Elle fait partie intégrante de la santé et du bien-être, sur lesquels reposent nos capacités individuelles et collectives à prendre des décisions, à nouer des relations et à bâtir le monde dans lequel nous vivons* » (OMS, 2022). Selon le professeur Bratt chercheuse en études urbaines et régionales, qui a mené différentes recherches sur le logement décent aux Etats-Unis, le « *chez soi* » correspond à un microsystème physique et social dans lequel l'individu agit, exerçant ainsi une influence réciproque entre la personne et son microsystème (Bratt, 2002). En l'absence d'un « *chez-soi* », toutes les activités de la personne peuvent être perturbées et compromises car il fonde la vie familiale et permet de prendre part à la société en donnant accès à l'éducation, la santé et l'emploi. Le « *chez soi* » ne se limite pas à quatre murs protégeant des intempéries, il « *renvoie à la citoyenneté (notamment au respect des droits fondamentaux et constitutionnels) et à l'accomplissement d'une vie pleine et entière* » (Girard, Estecahandy et Chauvin, 2009). L'absence d'un « *chez soi* » risque donc d'engendrer un état de mal-être profond, et inversement, une santé mentale altérée peut menacer l'accès et le maintien du « *chez soi* » comme en témoigne l'enquête « *Santé mentale et addictions* » (SAMENTA) sur la prévalence des troubles psychiatriques et des addictions chez les personnes sans logement en Ile-de-France réalisée par le Samu Social en 2009. D'après cette

enquête, près d'un tiers des personnes interrogées « *présentaient au moins un trouble psychiatrique sévère* » (troubles psychotiques, troubles anxieux, troubles sévères de l'humeur) ; et « *plus d'un quart [...] présentaient une dépendance ou une consommation régulière de substances psychoactives* » (SPF, 2009). Ces chiffres démontrent une surreprésentation des troubles psychiatriques sévères parmi les sans domicile en comparaison avec la population générale où la « *maladie mentale et les troubles psychiques touchent près d'1/5 de la population* » (HAS, 2023). Il existe un risque plus élevé d'exclusion sociale et de vie dans la rue pour les personnes présentant des troubles psychiques. Le rapport de la fondation Abbé Pierre met en exergue les difficultés spécifiques que ressentent les personnes mal-logées au niveau de leur santé et notamment en matière de santé mentale. En effet, les mauvaises conditions de vie au niveau du logement peuvent être responsables de l'émergence ou de l'aggravation de troubles psychiatriques.

Les chiffres importants des mal-logés et notamment concernant la prévalence des personnes en proie à des troubles psychiques chez les sans-abris, questionnent des politiques publiques mises en œuvre. Des interrogations d'autant plus légitimes que la Déclaration universelle des droits de l'Homme adoptée en 1948 par 58 états dont la France, qualifie le logement de droit à tout individu et confère à l'Etat le devoir d'organiser les solidarités nécessaires¹. Il s'agit même aujourd'hui d'un « *objectif à valeur constitutionnelle* »². La Convention relative aux droits des personnes handicapées des Nations Unies (CDPH), ratifiée par la France en 2010, rappelle ce droit concernant les personnes en situations de handicap³. Elle reconnaît à toute personne en situation de handicap à l'article 28 intitulé « *Niveau de vie adéquat et protection sociale* », le droit au logement, et s'engage à rendre accessible ce droit sans « *discrimination fondée sur le handicap* ». Malgré le discours politique affiché, le nombre de personnes sans-abris présentant des troubles psychiques ne cesse de croître en France. Une augmentation qui provoque un certain questionnement des politiques publiques mises en œuvre.

Néanmoins, nous constatons depuis les années 2000 que les politiques publiques s'ouvrent progressivement pour justement tenter d'intégrer une logique de parcours, à travers notamment la création des maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) en 2005, ou encore la démarche « *réponse accompagnée pour tous* » (RAPT) en 2016. En effet, aussi bien les MDPH, que la démarche RAPT issue du rapport *Zéro sans solution* (Piveteau et al., 2014), promeuvent l'approche globale et transversale du parcours de la personne. Le dispositif RAPT vise à trouver des solutions, des réponses à l'attention de personnes en risque

¹ Déclaration universelle des droits de l'Homme, 1948, p.6

² Décision n° 94-359 DC / Conseil constitutionnel, 1995

³ Convention relative aux droits des personnes handicapées des Nations Unies, 2006

de rupture ou en rupture de parcours, et nécessite donc un rapprochement et une collaboration entre les secteurs.

C'est pourquoi, dans un contexte où les pouvoirs publics incitent les acteurs de l'accompagnement à adopter la logique de parcours, nous chercherons à appréhender la trajectoire de ces personnes qui vivent des périodes d'instabilité, des ruptures de parcours, et se situent à l'intersection de différentes politiques publiques : du social via le mal-logement, de la psychiatrie, et du médico-social. Nous chercherons à comprendre les difficultés auxquelles ces personnes qui souffrent de troubles psychiques sont confrontées, et les facteurs ayant contribué à leurs ruptures. Dans quelle mesure les politiques actuelles favorisent la continuité de leurs parcours, en quoi permettent-elles d'éviter les ruptures ? Comment la MDPH, et les récents dispositifs de coordination telle la RAPT, contribuent-ils à réduire les ruptures de parcours des personnes sans domicile en proie à un handicap psychique ?

A partir des questions centrales, nous chercherons à comprendre en quoi ces dispositifs facilitent une meilleure coopération entre les secteurs. Quel est le rôle de ces dispositifs ? Participent-ils à une logique intersectorielle ? Comment les acteurs du mal-logement, de la psychiatrie et du médico-social en Creuse, travaillent-ils ensemble pour réduire les risques de rupture ? Quel place ces dispositifs attribuent-ils aux personnes qu'ils accompagnent ?

Ces questions ont émergé au cours de mon activité professionnelle au sein de l'équipe pluridisciplinaire de la MDPH de la Creuse, où je suis régulièrement sollicitée par les partenaires du mal-logement notamment. Les missions portées par l'équipe pluridisciplinaire se déploient autour de trois pôles : le pôle « enfance », le pôle « autonomie » et le pôle « professionnel ». Dans le cadre de mes fonctions, j'occupe le rôle de référente au sein du pôle « professionnel » depuis 2007. J'ai été recrutée en raison notamment de ma formation initiale en psychologie (master 1 en psychologie clinique-pathologie). Mes missions se concentrent sur l'évaluation du besoin de compensation de la personne en situation de handicap, et notamment en lien avec les orientations médico-sociales (foyer d'hébergement, service d'accompagnement à la vie sociale, établissement et service d'aide par le travail...). A cet effet, je cherche à adopter une démarche systémique afin d'appréhender la situation de la personne dans sa globalité, et j'ai ainsi depuis toutes ces années développé un vaste réseau partenarial, aussi bien issu du milieu dit « spécialisé », que du milieu dit « ordinaire ».

Avant d'aller plus loin, il convient d'apporter un éclairage sur le département concerné par cette étude. La Creuse est un département rural situé en région Nouvelle-Aquitaine. L'institut national de la statistique et des études économiques (Insee) estime à près de 116 000 le nombre d'habitants en 2020. La Creuse est le deuxième département le moins peuplé et le

moins dense de France métropolitaine (Insee - Creuse, 2023). Ce chiffre ne cesse de décroître depuis de nombreuses années. En effet, le département a perdu 4500 habitants entre 2014 et 2020. La densité moyenne correspond à 21 habitants au km², contre 71 en région Nouvelle-Aquitaine. Le taux de pauvreté est beaucoup plus élevé en Creuse qu'au niveau national : 32% contre 17%. La Creuse compte la plus forte proportion d'inactifs de France métropolitaine, deux creusois sur cinq sont retraités dans la population de 15 ans et plus. A l'instar des personnes âgées, la proportion de personnes percevant l'allocation d'adultes handicapés (AAH) en Creuse est significativement plus élevée que la moyenne nationale : 4.3% contre 2.7%. En 2022, 3944 personnes ont déposé un dossier de demande à la MDPH de la Creuse, dont 726 concernant des jeunes âgés de moins de 20 ans, et 3218 concernant des adultes âgés de plus de 20 ans (source locale, MDPH 23). La commission des droits de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) a pris 10 674 décisions, dont 1899 concernant des jeunes âgés de moins de 20 ans, et 8775 concernant des adultes âgés de plus de 20 ans. La population creusoise diminue mais les demandes auprès de la MDPH ne cessent d'augmenter années après années (en juin 2023 : hausse de 17.5% de demandes déposées depuis janvier 2023 en comparaison avec 2022). Environ un tiers des demandes adressées à la MDPH de la Creuse représente des personnes en proie à des troubles psychiques. D'ailleurs, la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) reconnaît une constante augmentation de ce chiffre (Guide CNSA, 2017, p.3). La Creuse constitue donc un département rural avec des habitants confrontés à une précarité très importante comparativement au niveau national.

La méthodologie de recherche appliquée à cette étude s'appuie sur une démarche inductive qui « *consiste à aborder concrètement le sujet d'intérêt et à laisser les faits suggérer les variables importantes, les lois, et, éventuellement, les théories unificatrices* » (Beaugrand, 1988). Elle repose en premier lieu, sur l'analyse de parcours chez quatre personnes connues de la MDPH, ayant connu de nombreuses ruptures, puis sur huit interviews menées auprès de professionnels travaillant en lien direct ou indirect avec ces personnes. L'analyse des ruptures observées s'est réalisée au travers de recherches bibliographiques, de l'étude de textes de loi, la presse, de revues spécialisées, ainsi que sur les interviews réalisées auprès des professionnels.

La sélection des situations retenues : j'ai décidé de choisir uniquement quatre situations car le travail de recherche pour retracer le parcours de chacune d'elle est très méticuleux. Ces situations sont complexes, la reconstitution et la compréhension de la trajectoire de ces personnes a demandé un travail d'archives chronophage et une analyse minutieuse des dossiers. Différents critères ont été retenus pour sélectionner les quatre personnes. Le premier

s'est focalisé sur des personnes qui connaissent ou ont connu une situation de sans-abrisme et pour lesquelles la MDPH a été interpellée. Le deuxième impliquait une interpellation qui a donné suite au déclenchement de la RAPT. Le troisième et le quatrième portaient sur le genre et l'âge. La majorité des personnes sans-domicile représente des hommes, j'ai ainsi opté pour ce ratio : trois hommes et une femme. Les sollicitations des partenaires représentent des femmes entre 35 et 45 ans, et des hommes entre 20 et 35 ans, j'ai ainsi choisi une femme âgée de 38 ans au moment où la RAPT a été sollicitée, et trois hommes âgés de 22, 28 et 31 ans. Mon cinquième et dernier critère portait sur la durée afin de recueillir les données nécessaires à l'analyse de nos pratiques. En effet, ces situations complexes étaient au moment où j'ai sélectionné les personnes encore peu nombreuses, mais nous ont mis à l'épreuve. Elles représentent des situations qui ont influencé mes représentations, et suscité de profonds questionnements concernant nos pratiques au sein de la MDPH, ainsi que celles des partenaires impliqués.

Dans un premier temps j'ai procédé à une analyse biographique de chaque parcours, et dans un second temps j'ai effectué une analyse comparative des parcours pour mettre en exergue les similitudes et les particularités. J'ai retracé le parcours de vie en adoptant une approche holistique afin de « *permettre de décrire et de résumer le calendrier et la séquence des événements, ainsi que la durée passée dans les différents états et celle séparant les différents événements* » (Robette, 2014, p.9). Cette évolution temporelle vise à mettre en lumière les étapes de vie, les points de bifurcation dans la trajectoire de vie de la personne afin d'en comprendre les ruptures.

La récolte d'informations concernant les personnes retenues : j'ai analysé le parcours à partir d'informations recueillies dans le logiciel utilisé par la MDPH de la Creuse. Ce logiciel est alimenté par de nombreuses sources d'informations issues : des « dossiers MDPH » (où sont présents à minima le formulaire de demande, le certificat médical, un justificatif d'identité, et un justificatif de domicile⁴), d'entretiens menés par les membres de l'équipe pluridisciplinaire, des bilans transmis par des partenaires de différents secteurs (scolarité, protection de l'enfance, médico-sociaux, social, médical, insertion professionnelle, paramédical, formation, emploi...), de comptes-rendus de réunions, d'échanges téléphoniques, de mails... De manière générale, toute information récoltée dans un cadre professionnel concernant une personne, est retranscrite dans le dossier numérique de la personne. Lorsqu'une personne est connue d'une autre MDPH et qu'elle emménage en

⁴ Arrêté du 5 mai 2017 relatif au modèle de formulaire de demande auprès des MDPH

Creuse, un transfert de son dossier est réalisé à sa demande, permettant ainsi à l'équipe pluridisciplinaire de retracer son parcours et d'agir dans une continuité.

Ces quatre personnes sont reconnues en situation de handicap depuis leurs jeunes années, la récolte des données s'est donc réalisée de leur enfance au premier semestre 2024.

J'ai fait le choix de ne pas directement interviewer les personnes concernées afin de ne pas ajouter de complexité aux liens établis avec celles-ci, car dans le cadre de mes missions je les rencontre régulièrement. En effet, les interviewer dans le cadre de cette étude aurait ajouté une certaine confusion et de l'incompréhension dans le travail d'accompagnement réalisé avec ces personnes.

Les quatre situations choisies ont été anonymisées, les prénoms utilisés dans cette étude sont fictifs.

Afin de repérer et de mettre en exergue les points de bifurcation chez chacune des personnes, j'ai réalisé quatre schémas insérés en annexe 1. Des couleurs ont été associées aux secteurs afin de les distinguer et de souligner leur diversité.

Le choix des professionnels interviewés : Cherchant à comprendre les ruptures de parcours jusqu'à une situation de sans-abrisme chez des personnes en proie à des troubles psychiques, je trouvais pertinent de m'entretenir avec les acteurs travaillant directement et indirectement avec ces personnes. C'est pourquoi j'ai sollicité des professionnels œuvrant dans les secteurs du mal-logement, de la psychiatrie, du médico-social, et de la justice. Je souhaitais à la fois échanger avec des professionnels en charge d'accompagner ces personnes, ainsi que des professionnels en charge du financement et de la mise en place des politiques publiques sur le plan territorial, à savoir les organes déconcentrés et décentralisés de l'Etat.

Tous les professionnels ont été contactés par téléphone dans un premier temps, puis destinataires d'un mail dans lequel je présentais le cadre de ma démarche à leur attention, et le sujet de mon étude.

S'agissant des professionnels en charge de l'accompagnement, je me suis tournée vers les acteurs du mal-logement, du médico-social, de la justice avec qui je travaille régulièrement. Concernant le secteur de la psychiatrie, bien que je travaille régulièrement avec de nombreux professionnels, beaucoup de mes demandes ont essuyé un refus. En effet, j'aurais souhaité pouvoir m'entretenir avec notamment un ou des psychiatres en intra (unité fermée notamment) et extrahospitalier (centre médico psychologique et centre de soin d'accompagnement et de prévention en addictologie), mais les professionnels sollicités m'ont répondu qu'ils n'avaient pas le temps. Du côté des autorités tutélaires, l'ancien directeur de la MPDH est intervenu

auprès des directions de l'agence régionale de la santé (ARS) et de la direction départementale de l'emploi, du travail et des solidarités et de la protection des populations (DDETSPP), pour présenter ma démarche.

J'aurais souhaité m'entretenir avec la direction en charge du pilotage et du financement des établissements médico-sociaux tels les foyers d'hébergement (FH) du conseil départemental, mais la direction était en partance, et la responsable du service en question venait de démissionner.

Tableau récapitulatif des professionnels enquêtés

Secteurs	Professionnels enquêtés	Connaissance des situations retenues	Durée de l'entretien
Mal-logement	Cheffe de service de l'accueil d'urgence : 115, accueil de jour, abris de nuit, et service intégré d'accueil et d'orientation (SIAO)	4	2h
	Chef de service du centre d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS)	2	1h30
Psychiatrie	Deux infirmières de l'équipe mobile de précarité (EMP)	1	1h30
	Assistant de service social au sein du dispositif des appartements de coordination thérapeutique (ACT)	2	1h15
Médico-social	Cheffe de service du pôle de compétences et de prestations externalisées intervenant pour les situations dites complexes (PCPE « situations complexes »)	4	1h40
Justice	Directrice du service pénitentiaire d'insertion et de probation (SPIP), qui a dans ses premières années, travaillé au service de la protection judiciaire de la jeunesse (PJJ)	2	1h30
Services déconcentrés de l'Etat	Chargée de mission handicap à l'ARS	Aucun	1h30
	Chargée de mission au service de l'inclusion sociale sur le plan du logement et de l'hébergement d'insertion de la DDETSPP	Aucun	1h

Les guides d'entretiens : huit entretiens semi-directifs ont été réalisés à partir d'un guide créé en amont pour chaque entretien. Ces guides insérés en annexe 2, ont tous été élaborés par le biais de questions ouvertes afin de permettre l'échange et l'ouverture vers d'autres questions. Chaque guide a été créé individuellement, à l'attention du professionnel interviewé, cependant tous reprenaient quelques questions similaires au départ concernant : le poste occupé, le parcours professionnel, la mission du service en question.

Chaque entretien commençait par le rappel de ma démarche et le sujet de cette étude. Les noms des personnes sélectionnées ont été transmis oralement aux professionnels des services susceptibles de les connaître.

Les huit entretiens ont été réalisés entre mai et juillet 2023. Avec l'accord des professionnels, chaque entretien a été enregistré et retranscrit par la suite.

Avant de plonger dans l'analyse des diverses informations récoltées, nous examinerons en premier lieu la prise en compte du handicap psychique dans les politiques de la psychiatrie, du logement, et du médico-social, souvent érigées en silos distincts.

Puis, à partir de l'analyse du parcours des quatre situations retenues, ainsi que des entretiens réalisés, nous chercherons à comprendre les facteurs ayant contribué aux ruptures observées.

Enfin, nous poursuivrons notre analyse en discutant des limites et des contributions de l'approche « réponse accompagnée pour tous », construite dans une logique de parcours, dans le contexte spécifique du territoire creusois.

I. La prise en compte laborieuse du handicap psychique dans des politiques construites en silo

La psychiatrie a longtemps été considérée comme une discipline « à part » du champ sanitaire. Les personnes souffrant de troubles psychiatriques ont longtemps été discriminées et « plac[ées] dans les asiles d'aliénés en vue de les soigner » (Broutin, 2019). Il faudra attendre la loi du 25 juillet 1985⁵ pour remettre en question cette approche asilaire en donnant un statut juridique au secteur psychiatrique et en le définissant dans sa double dimension intra et extrahospitalière. Ainsi, les personnes qui présentaient des troubles psychiques se sont retrouvées à vivre dans la cité. C'est pourquoi, nous chercherons à comprendre comment les politiques destinées au secteur de la psychiatrie se sont intégrées dans le secteur du handicap et le secteur du logement.

1) Un rapprochement difficile entre les secteurs de la psychiatrie et du handicap

La loi du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes en situation de handicap est la première loi en France dédiée spécifiquement aux personnes en situation de handicap⁶, et pourtant nulle part cette loi ne définit le handicap. Elle crée la commission technique d'orientation et de reclassement professionnel (COTOREP), et la commission départementale de l'éducation spéciale (CDES). Le rôle de ces commissions est de reconnaître un handicap aux personnes et d'apporter une compensation par le biais de prestations dédiées. Leur mission consistait à classer, catégoriser les personnes en fonction des atteintes d'organe ou de fonction de la personne (Didier-Courbin & Gilbert, 2005). La perception du handicap était alors associée aux séquelles de maladie ou d'accident, et bien que la loi ne citât aucun type de handicap particulier, elle suggérait un problème physique. En effet, les troubles psychiques relevaient de la maladie mentale et non du handicap « *Pensé sur le modèle médical, le handicap est néanmoins distinct de la maladie et justifie une organisation propre [...], à l'exception du handicap psychique que le législateur de 1975 considère comme une maladie relevant de la psychiatrie* » (Milano, 2009, p.19).

Concomitamment à la loi d'orientation en faveur des personnes en situation de handicap, la loi relative aux institutions sociales et médico-sociales a été promulguée le même jour⁷. Cette loi a permis de réglementer et d'organiser le champ du médico-social déjà existant depuis de nombreuses années, et l'a différenciée juridiquement du sanitaire. Ces deux lois de 1975 promulguées le même jour se veulent complémentaires et pourtant témoignent d'une

⁵ Loi n°85-772 du 25 juillet 1985

⁶ Loi n°75-534 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées

⁷ Loi n°75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales

certaine contradiction. En effet, la première pose le principe de l'intégration des personnes en situation de handicap dans la société, alors que la deuxième légifère et orchestre leur ségrégation en prenant « *acte de l'existence des établissements spécialisés* » (Assante, 2004).

La classification internationale des handicaps et de la santé (CIH) construite par P. Wood et adoptée par l'organisation mondiale de la santé (OMS) en 1976, a participé activement à la prise en compte des troubles psychiques dans le champ du handicap. En effet, celle-ci a grandement inspiré la réforme du barème d'évaluation des handicaps, qui a donné lieu au guide barème applicable pour l'attribution de diverses prestations aux personnes en situation de handicap, créé et adopté par décret en 1993⁸. Ce guide barème est un outil destiné aux personnels des COTOREP et CDES, pour évaluer à partir d'une approche individuelle en référence à une norme, la hauteur du handicap chez la personne. L'approche du handicap se basait sur le modèle médical, un traitement catégoriel centré sur les pathologies et incapacités de la personne (Chapireau, 2001). Ce guide reprend les termes de la CIH : « *déficience* », « *incapacité* », et « *désavantage* » ; et voue son deuxième chapitre aux « *déficiences du psychique* » chez l'enfant et l'adulte, qui est bien distinct du chapitre premier consacré aux « *déficiences intellectuelles et difficultés de comportements* ».

Malgré la création de ce guide en 1993, les textes légiférant le handicap n'ont pas été modifiés à cette époque, le choix politique n'a pas de suite suivi la réflexion scientifique, créant ainsi un certain flou entre le périmètre du handicap et des troubles psychiques. Néanmoins ce guide barème a créé un certain appel d'air aux professionnels de la psychiatrie.

En effet, les années 1990 ont été marquées par la désinstitutionnalisation de la psychiatrie, visant à mettre fin à l'enfermement et à l'isolement des personnes en proie à des troubles psychiques. Bien que l'intention affichée visait l'intégration de ces personnes dans la société, cette sectorisation a été réalisée dans une logique d'économie budgétaire puisque « *La hausse des capacités d'hospitalisation partielle (+4 861) n'a toutefois pas compensé la diminution des lits d'hospitalisation complète (-26 711), d'où un recul de la capacité totale en lits et places de 21 % sur sept ans* » (Piel & Roelandt, 2001, p.11). C'est pourquoi dans un contexte de diminution notable des moyens alloués au secteur la psychiatrie, cumulé à une forte augmentation de la demande de soins psychiatriques (Piel & Roelandt, 2001, p.10), l'ouverture du handicap aux troubles psychiques permettait d'autres réponses aux professionnels du soin. En 2009, on estime à 25% les demandes d'allocation d'adultes handicapés déposées par des personnes au motif d'un trouble psychique (Revue française des affaires sociales, 2009), en deuxième position après la déficience motrice (29%).

⁸ Décret n°93-1216 du 4 novembre 1993 relatif au guide-barème

Bien que l'existence d'un handicap résultant de troubles psychiques à l'époque ne fût plus à démontrer, les pouvoirs publics souhaitaient rester prudents tant la question avait suscité de grands débats. Ce n'est qu'en 2005, avec la loi du 11 février 2005 relative à *l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées*⁹, que les troubles psychiques sont intégrés dans la définition du handicap. En effet, cette loi se fait l'écho d'une évolution significative, en formalisant enfin dans son énoncé le handicap psychique et en donnant pour la première fois une définition du handicap dans son deuxième article : « *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 [...] psychiques [...]* ». Cette définition est un compromis entre une approche médicale-catégorielle, et sociale-environnementale. En effet, l'origine du handicap demeure médicale « *altération d'une ou plusieurs fonctions* », mais l'environnement est pris en compte comme contexte, non comme facteur causal.

Cependant la prise en considération du retentissement des troubles psychiques reste toute relative. Cette loi de 2005 crée les maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) et les commissions des droits à l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) dans chaque département, chargées de répondre aux besoins de compensation, mais à l'époque aucune mesure spécifique dédiée au handicap psychique n'est créée. En effet, le recrutement de professionnels formés à l'accompagnement des personnes présentant des troubles psychiques n'est pas obligatoire dans les textes¹⁰ au sein des équipes pluridisciplinaires des MDPH.

De plus, un travail collaboratif entre les MDPH et les professionnels du secteur psychiatrique n'est inscrit nulle part dans les textes alors que le handicap psychique revêt une « *grande diversité de ces affections et, pour chacune d'entre elles, une gravité variable des troubles évolutifs* » (Lotte & Séraphin, 2009). Là encore, le législateur n'a pas œuvré pour un rapprochement entre le sanitaire et le médico-social comme le préconisait le rapport Charzat, les secteurs demeurent cloisonnés : la psychiatrie d'un côté et le médico-social de l'autre (Charzat, 2002). D'ailleurs, le secteur de la psychiatrie n'apparaît nulle part dans les textes concernant la composition de l'équipe pluridisciplinaire. En effet, par le biais de conventions, les MDPH peuvent étoffer et renforcer la compétence de l'équipe pluridisciplinaire mais à aucun moment les MDPH sont encouragées à en formaliser avec le secteur de la psychiatrie, et inversement d'ailleurs.

⁹ Loi n°2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées

¹⁰ Décret n° 2005-1587 du 19 décembre 2005 relatif à la MDPH et modifiant le code de l'action sociale et des familles

La notion du *droit à compensation* relevant de la loi de 2005 restait néanmoins relative considérant le handicap psychique à l'époque, puisque cette dernière demeurait pour l'essentiel « *calquée sur le modèle du handicap physique* » (Lotte & Séraphin, 2009). En effet, la première version du guide d'évaluation des besoins de compensation des personnes handicapées¹¹ (GEVA), conçu pour l'évaluation du droit à compensation, illustre également les difficultés inhérentes à l'intégration des spécificités du handicap psychique dans l'évaluation. Initialement créé pour appréhender avant tout les limitations motrices, cet outil peine à rendre compte de la diversité des situations rencontrées par les personnes présentant des troubles psychiques.

Ce n'est qu'en 2022, soit plus de 15 ans après la loi de 2005 et la reconnaissance du handicap psychique, que le GEVA a été modifié afin d'intégrer de nouveaux critères d'éligibilité à la prestation de compensation du handicap¹² (PCH). L'objectif de cette nouvelle version vise à améliorer l'accès à la PCH des personnes ayant notamment des troubles psychiques. La CNSA qui porte une mission d'accompagnement des MDPH, a élaboré un « guide » à l'attention des équipes pluridisciplinaires des MDPH afin de favoriser l'application harmonisée de ce nouveau texte sur l'ensemble du territoire national (CNSA, 2023). Le fruit de ce « guide » émane de groupes de travail avec différentes associations spécialisées dans l'accompagnement des personnes présentant des troubles psychiques, ainsi que des MDPH. Par contre, malgré ces avancées, l'expertise de la psychiatrie n'a pas été sollicitée, et la nécessaire collaboration entre les acteurs du médico-social et de la psychiatrie demeure encore à construire.

L'importance d'intégrer le handicap psychique dans les logiques d'accessibilité de la cité en tenant compte de leurs souhaits et besoins, est flagrante. En effet, les fondements de la sectorisation de la psychiatrie lancée par les pouvoirs publics dans les années 1980-1990, basés sur une logique d'économie financière, révèlent depuis « *les effets dévastateurs des restrictions budgétaires et de la rationalisation managériale imposées aux soignants et aux soignés* » (Bellahsen et al., 2020). Cette logique budgétaire a dévoyé le sens initial de la désinstitutionnalisation de la psychiatrie, qui souhaitait promouvoir l'intégration des personnes présentant des troubles psychiques dans la cité en offrant des accompagnements diversifiés au plus près de ces personnes. Le manque de moyens dédiés au secteur de la psychiatrie donne lieu à des organisations au sein des services orientées sur l'urgence « *la tendance à la réduction de la durée des hospitalisations oblige les soignants à pratiquer des soins très intensifs avec des traitements médicamenteux très lourds ; [...] le manque de moyens des CMP les empêche de jouer un rôle préventif, ce qui repousse l'intervention médicale au dernier*

¹¹ Décret n°2008-110 du 6 février 2008 relatif au guide d'évaluation des besoins de compensation des personnes handicapées

¹² Décret n°2022-570 du 19 avril 2022 relatif à la prestation de compensation

moment, celui de l'urgence absolue » (Baronnet & Alberghini, 2018). Dans cette mesure, l'approche globale de la santé mentale promue par l'OMS semble difficile à atteindre. Ces pratiques de soin renforcent le cloisonnement entre la psychiatrie et l'ensemble des secteurs environnant autour de la personne, et génère « *des conséquences lourdes sur l'accompagnement des personnes et in fine, leurs possibilités de réinsertion malgré la pathologie* » (Baronnet & Alberghini, 2018).

Jusqu'à la désinstitutionnalisation de la psychiatrie, les personnes présentant des troubles de la santé mentale relevaient d'une prise en charge à l'asile avec peu d'aller-retour (Baronnet & Alberghini, 2018). Lorsque celle-ci s'est déployée, ces personnes se sont retrouvées dans la cité, remettant en cause les pratiques de l'ensemble des professionnels accompagnants « *tous les paradigmes professionnels sont bouleversés par ce changement d'approche de la maladie mentale* » (Baronnet & Alberghini, 2018). Mais face à ce nouveau public, les pouvoirs publics et notamment concernant les politiques du logement, ont eu (et ont encore) bien des difficultés à les considérer et prendre en compte leurs souhaits et leurs besoins.

2) Les politiques du logement, du mal-logement, et de la psychiatrie : une rencontre difficile

En 1948 dans son article 25, la Déclaration universelle des droits de l'homme est le premier texte qui mentionne le logement comme un droit « *Toute personne a droit à un niveau de vie suffisant pour assurer [...] le logement* »¹³. D'autant que le logement a été reconnu depuis par l'OMS comme un déterminant majeur de la santé mentale (OMS, 2022). Néanmoins, les politiques dédiées au mal-logement et au logement durant les XXe et XXIe siècles à l'attention du sans-abrisme, se sont développées avec peu de prise en compte des besoins liés aux troubles psychiques.

2)1 Des lois, des dispositifs qui témoignent d'un certain cloisonnement en excluant les personnes présentant des troubles psychiques

L'hébergement social commence véritablement à s'installer durant les années 1950 avec notamment l' « aide sociale » créée en 1953 (Bregeon, 2009). Les associations ont grandement participé à l'éveil des pouvoirs publics face à la problématique du logement et du mal-logement, et les centres d'hébergement et de réadaptation sociale sont créés en 1970, et renommés en 1998 : centres d'hébergement et de réinsertion sociale¹⁴ (CHRS). Les CHRS sont financés par l'Etat, ils sont portés par des associations de la loi 1901, et basés sur un

¹³ La Déclaration universelle des droits de l'homme, 1948

¹⁴ Loi n°98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions

accueil collectif. Les CHRS sont longtemps restés les seuls dispositifs d'hébergement appuyés par les pouvoirs publics, mais la montée de la médiatisation du phénomène « sans-abris » oblige le gouvernement à s'en saisir en créant un numéro d'urgence le 115 en 1997 pour répondre aux personnes qui n'ont aucun logement pour la nuit. Par la suite, des accueils de jour voient leur apparition, ainsi que les SAMU sociaux (maraudes...).

Mais ces dispositifs témoignent rapidement de leur limite face au manque de place et leur coût élevé (Bregeon, 2009). Ainsi l'une des réponses se traduira par un accueil limité dans la durée. Afin d'orienter les personnes sans-abris vers un dispositif d'accueil, les services intégrés d'accueil et d'orientation¹⁵ (SIAO) sont créés en 2010. Ces derniers existent dans chaque département, et sont le plus souvent gérés par le monde associatif. Ils assurent une veille sociale en charge d'accueillir les personnes sans-abris, procèdent à une première évaluation des besoins des personnes, et orientent vers les dispositifs existants.

Progressivement, l'hébergement d'urgence s'est construit et organisé, révélant un secteur complexe. Les SIAO représentent les dispositifs centraux de la régulation de l'orientation vers les dispositifs d'hébergement d'urgence. Une régulation qui se base sur un classement, et une hiérarchisation des personnes pouvant bénéficier de l'accueil d'urgence (Schlegel, 2017). Une totale contradiction face au principe d'accueil inconditionnel pourtant écrit dans la loi, qui contribue à réactiver une logique de catégorisation décrite antérieurement par le sociologue R. Castel, des « *bons et mauvais pauvres [...] auparavant construite sur les critères de l'aptitude au travail et de l'appartenance communautaire* » (Schlegel, 2017). Lutter contre l'exclusion, en excluant une partie des personnes dites « exclues » : c'est tout un paradoxe qui demeure encore aujourd'hui et notamment concernant les personnes présentant des troubles psychiques. En effet, ces dernières sont appréhendées par les professionnels comme des publics « *complexes, problématiques, indésirables dans le cadre de l'accompagnement [...] font plus particulièrement l'objet de débats et de refus d'hébergement* » (Schlegel, 2017). Les études réalisées sur la régulation des accueils dans les dispositifs d'hébergement d'urgence mettent en exergue concernant ce public une préoccupation centrale chez les professionnels de l'hébergement d'urgence : « *les CHRS sont-ils supposés accueillir les personnes ayant des troubles psychiatriques ?* » (Schlegel, 2017), témoignant là encore de la dichotomie du *bon* et du *mauvais pauvre*. Un débat qui pourtant n'aurait pas lieu d'exister puisque la loi de mobilisation pour le logement et la lutte contre l'exclusion¹⁶ (loi MOLLE), réaffirme l'accueil inconditionnel à l'article L345-2-2 du Code de l'action sociale et des familles

¹⁵ Circulaire n° DGCS/USH/2010/252 du 8 avril 2010 relative au service intégré d'accueil et d'orientation

¹⁶ Loi n°2009-323 du 25 mars 2009 de mobilisation pour le logement et la lutte contre l'exclusion

« Toute personne sans abri en situation de détresse médicale, psychique et sociale a accès, à tout moment, à un dispositif d'hébergement d'urgence ».

La dynamique de désinstitutionnalisation de la psychiatrie impliquant une diminution drastique du nombre de places en intra hospitalier des années 1980-1990, n'a semble-t-il pas ou peu fait d'écho dans les politiques dédiées au mal-logement et au logement.

Bien que la compétence du logement relève de l'Etat, la décentralisation des années 1980 et 2000 a entraîné un partage de cette compétence aux conseils départementaux dans la gestion de l'aide sociale, et aux communes concernant l'urbanisme (Zitouni & Driant, 2021). Face à la pression associative luttant contre le sans-abrisme, la politique du logement est devenue centrale au fil des années. En effet les pouvoirs publics ont promulgué différentes lois, telle la loi Besson du 31 mai 1990 qui inscrit le droit au logement comme un devoir de solidarité, ou la loi du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions qui vise l'accès de tous aux droits fondamentaux et notamment dans le domaine du logement. Malgré ces différentes lois, le Haut comité pour le logement des personnes défavorisées, renforcé par le mouvement associatif, dénonce en 2002 la persistance de fortes inégalités sur le territoire (Association DALO, 2024). En effet jusqu'alors les lois sur l'habitat prônaient un droit mais ne donnaient pas les moyens de sa mise en œuvre, rendant ainsi les différentes lois insaisissables.

Lors de la campagne électorale de 2006, le fléau du mal-logement continue d'affliger la société. Face à cette réalité, l'association les Enfants de Don Quichotte décide de passer à l'action, et attire l'attention des médias en installant des tentes rouges le long du canal Saint-Martin. Cette initiative audacieuse propulse la question des sans-abris sur le devant de la scène médiatique, et les réseaux associatifs s'en saisissent pour défendre le droit au logement opposable « L'« opposabilité » signifie que le droit reconnu au citoyen peut être « opposé » devant les tribunaux, face à une autorité chargée de le mettre en œuvre » (Dutrey, 2018). Ainsi dans ce contexte mouvementé, la loi du 5 mars 2007, dite loi DALO¹⁷, institue le droit au logement opposable et traduit le passage d'une obligation de moyens à une obligation de résultats. Cette loi vise les personnes défavorisées et nomme notamment les personnes dépourvues de logement personnel comme public éligible, dit *public DALO*. Débattue en pleine campagne électorale, cette loi a été votée rapidement, et bien qu'elle donne désormais les moyens de rendre le droit au logement opposable, elle n'apporte aucun moyen particulier aux territoires, ni pour augmenter l'offre de logement, ni pour répondre à la question du maintien dans le logement (Weill, 2021). Celle-ci ne répond que partiellement à la question de l'accès au logement des sans-abris notamment. De plus, la question du maintien dans le logement

¹⁷ Loi n°2007-290 du 5 mars 2007 instituant le droit au logement opposable et portant diverses mesures en faveur de la cohésion sociale

n'a pas été réfléchi, et notamment concernant les personnes en proie à des troubles psychiques. Face à la forte proportion de personnes sans-abris ayant des troubles psychiques, force est de constater que les politiques ont une faible considération des besoins spécifiques inhérents à ce public.

Néanmoins certains dispositifs spécifiques dédiés aux personnes présentant des troubles psychiques ont été créés récemment, mais n'ont pas été déployés dans l'ensemble des territoires.

2)2 Des politiques qui s'ouvrent aux personnes ayant des troubles psychiques

Le secteur de l'hébergement d'urgence, ou du mal-logement, propose une grande diversité de dispositifs, révélant ainsi une certaine complexité. Parmi cette diversité, nous en comptons quatre qui prennent en considération la dimension santé, en citant notamment les personnes présentant des troubles psychiques : les lits halte soins santé¹⁸ (LHSS), les lits d'accueil médicalisés¹⁹ (LAM), les résidences accueil²⁰, et les appartements de coordination thérapeutique²¹ (ACT).

Les LHSS sont un système d'hébergement sanitaire qui accueillent des personnes « *dont l'état de santé physique ou psychique nécessite des soins ou un temps de convalescence sans justifier d'une hospitalisation* ». Il s'agit d'un lieu d'accueil transitoire car la durée ne peut excéder deux mois. L'évaluation de ce dispositif a d'ailleurs mis en exergue la problématique de ce temps d'accueil en rapport avec les difficultés pour les personnes concernées de nouer du lien, rendant ce dispositif comme un lieu de plus parmi les autres proposés, car « *Rien ne permet aux personnes de se projeter au-delà du temps de soin institué* » (Jouve & Pichon, 2015).

L'évaluation des LHSS a alors incité les pouvoirs publics à créer les LAM pour des personnes dont le besoin de soins est long, qui assurent un hébergement pérenne, sans limitation de durée (Fiche pratique LAM, 2021).

Les résidences accueil proposent également un hébergement sans limitation de durée, et accueillent des personnes « *en situation de handicap psychique suffisamment stabilisé pour respecter et bénéficier des règles de vie collective et vivre en logement autonome, dès lors qu'un accompagnement et des soins sont garantis en fonction de leurs besoins* » (Ministère chargé du logement, 2020). Contrairement au LAM, les professionnels des résidences accueil

¹⁸ Hébergement et logement adapté : les lits halte soins santé, 2020

¹⁹ Fiche pratique LAM, 2021

²⁰ Hébergement et logement adapté : la résidence accueil, 2020

²¹ Hébergement et logement adapté : les appartements de coordination thérapeutique, 2020

ne relèvent pas du sanitaire, cependant une articulation avec le secteur de la psychiatrie et un service d'accompagnement social est requise.

A ce jour, qu'il s'agisse des LHSS, LAM ou des résidences accueil, aucun de ces dispositifs n'existe en Creuse.

Les ACT existent depuis 2016 sous deux formes : la première existe depuis 2002 et prend la forme d'un hébergement (collectif ou individuel) d'une durée limitée à l'attention de personnes « *en situation de fragilité psychologique et sociale nécessitant des soins et un suivi médical* »²². Ces dispositifs proposent un accompagnement par une équipe pluridisciplinaire composée de compétences médicales pour permettre l'accès et le suivi des soins, et sociales afin d'accompagner la personne dans ses démarches et notamment en lien avec sa recherche de logement. Ces ACT ne sont pas dédiés spécifiquement aux personnes souffrant de troubles psychiques mais peuvent en accueillir. Ils sont soumis au pilotage de l'agence régionale de santé (ARS).

En Creuse, quelques ACT existent et sont tous portés par le centre hospitalier spécialisé en psychiatrie. Le professionnel des ACT interviewé évoque deux dispositifs d'ACT existant en Creuse : l'un porté par le centre hospitalier spécialisé (CHS) en psychiatrie de Creuse et pour lequel il travaille, l'autre par une association dirigée également par le chef d'établissement du CHS. Le premier nommé « ACT addicto » est strictement destiné aux personnes relevant de troubles de l'addiction (tout type d'addiction en dehors des addictions sexuelles qui sont pris en charge par un CHS du département de la Haute-Vienne). En effet, les personnes dont les troubles de l'addiction sont dérivés d'une autre pathologie psychiatrique, ne sont pas visées par ce dispositif. La mission de ces ACT consiste à « *accompagner au maintien de l'abstinence* », le professionnel les compare à un « *sas de réhabilitation avec un étayage pluriprofessionnels* ». L'installation au sein d'un ACT n'étant que temporaire, le professionnel développe en expliquant « *Déjà l'objectif, c'est d'évaluer les capacités de la personne à vivre de façon autonome dans ce logement, [...] et après c'est de construire le projet avec le patient vers la structure d'accueil ou les conditions de sortie seront optimum pour elle* ». Les professionnels considèrent l'accès au logement comme l'aboutissement d'un parcours d'aide réussi. Ainsi, le processus réflexif des professionnels traduit une approche basée sur les besoins de la personne et non sur ses droits. Cette approche limite le respect des droits de la personne et induit un rôle de sachant, incarné par le professionnel, et d'apprenant, incarné par l'accompagné (Portail HRBA, 2021). Le deuxième dispositif d'ACT existant en Creuse est nommé « appartements d'observation ». Ces appartements sont destinés aux personnes présentant des troubles psychiatriques de tout ordre. Le professionnel interviewé précise avoir

²² Hébergement et logement adapté : les appartements de coordination thérapeutique, 2020

travaillé à une époque dans ce dispositif, et explique que les moyens mis en place, sont insuffisants. Ce dernier explique que l'accompagnement en extrahospitalier est proposé (imposé) par un psychiatre. Si la personne concernée ne l'accepte pas, elle ne pourra pas prétendre au dispositif. La durée de prise en charge de six mois également, ne permet pas d'allers-retours, ni la création de liens relationnels entre la personne et les professionnels intervenant. Le format de ce dispositif apparaît comme relativement étroit, contraint et non centré sur l'adhésion de la personne. Ces deux dispositifs de logement thérapeutique visent uniquement les personnes qualifiées de « stables » (professionnel ACT). L'assistant social des ACT définit les personnes stables comme sortant d'hospitalisation, acceptant les traitements ainsi que la prise en charge proposée en extrahospitalier. Ces deux dispositifs ont été pensés et construits sans les personnes concernées, et uniquement par les professionnels de la psychiatrie. Ces dispositifs visent un public très restreint, où les personnes sont contraintes de s'adapter au risque sinon de se retrouver à nouveau sans logement.

La seconde forme d'ACT s'intitule « Un chez-soi d'abord » et a vu le jour à partir de 2011. Inspiré du modèle nord-américain *Housing First* créé dans les années 1990, le dispositif des ACT a tout d'abord été expérimenté sur quatre sites, et pérennisé en 2016²³. Ce dispositif propose l'accès à un logement personnel et pérenne aux personnes sans-abris présentant des troubles psychiques sévères (schizophrénie, bipolarité, toxicomanie...), sans condition de résolution des problèmes de santé mentale, assorti d'un accompagnement par une équipe médico-sociale. La philosophie du programme revendique le logement comme un droit, à l'opposé du fonctionnement actuel qui vise le logement comme l'aboutissement d'un parcours d'aide réussi. Il s'agit d'un changement total de paradigme bouleversant ainsi les pratiques des professionnels de tout secteur confondu : médical, social et médico-social. L'approche est basée sur la notion de rétablissement (Deci & Ryan, 2002). En effet, elle cible d'une part un objectif sanitaire par le biais d'une identification à l'expérience du travailleur pair, qui a donc déjà traversé une expérience similaire ; et d'autre part elle vise à développer le pouvoir d'agir de la personne accompagnée, sa capacité à décider par et pour lui-même, son autodétermination.

Bien que l'efficacité de ce dispositif soit démontrée et reconnue, les petits départements ruraux comme la Creuse n'ont pas été visés par le déploiement. Un constat surprenant puisqu'il a démontré son efficacité, aussi bien sur le rétablissement des bénéficiaires, sur leur environnement, que sur le coût puisqu'il est compensé « *par les économies réalisées par le système de soins et, dans une moindre mesure, par le système (médico-)social* » (Aurélien Tinland et al., 2016).

²³ Décret n°2016-1940 du 28 décembre 2016 « Un chez-soi d'abord »

Basée sur l'expérience positive « Un chez-soi d'abord », le gouvernement a lancé en 2018 le plan quinquennal intitulé *Logement d'abord*, renouvelé en 2023. Ce plan s'adresse à toutes personnes sans logement, qu'elles présentent ou non des troubles psychiques (Gouvernement, 2023). L'ambition affichée de cette politique est une révolution, puisqu'elle rompt avec les pratiques ancestrales de l'hébergement transitoire, appréhendant l'accès au logement comme l'aboutissement d'un parcours d'aide réussi (Estecahandy & Hennin, 2022). En effet, cette politique souhaite l'insertion de la personne en accédant d'emblée à un domicile personnel en privilégiant un accompagnement basé sur le maintien dans le logement, et selon les besoins de la personne « *La logique du Logement d'abord vient bousculer [...] en faisant du logement non plus une finalité, mais un préalable, rompant ainsi avec le « modèle en escalier » qui a prévalu pendant de nombreuses années* » (Fabris & Revellin, 2022). La notion d'autodétermination est centrale, la pair-aidance fait d'ailleurs partie des « outils » mobilisables.

Le *Logement d'abord* est basé avant tout sur un changement de paradigme, de postures chez les différents acteurs intervenant, puisqu'il « *repose ainsi sur peu d'interventions nouvelles : il capitalise celles accumulées au cours des années précédentes* » (Henckes, 2022). Les retours réalisés sur les sites pilotes révèlent un rapprochement entre les secteurs, engendrant ainsi une évolution dans l'approche de ce public, et dans les pratiques des professionnels « *L'animation partenariale, [...] s'est alors avérée être un outil central pour accompagner la levée de ces difficultés. Cette mise en lien sur le long terme a permis un apprivoisement mutuel des forces et contraintes de chacun [...], une proximité certaine [...] entre professionnels [...] une évolution progressive des postures.* » (Duffey & Elkhatabi, 2022). Les différentes études réalisées témoignent de la nécessité d'une politique systémique pour asseoir la logique de parcours, une politique orientée à la fois vers l'accès au logement, ainsi qu'au maintien dans celui-ci par le biais notamment d'une collaboration avec le secteur de la psychiatrie, et du médico-social.

Néanmoins, le *Logement d'abord* demeure actuellement expérimental, et n'a pas encore été déployé dans l'ensemble des territoires comme le département de la Creuse.

L'évolution des politiques de logement prenant en considération les personnes présentant des troubles psychiques apparaît plutôt limitée, car ces dispositifs restent soit expérimentaux et déployés uniquement dans certains territoires, soit ils n'existent pas dans l'ensemble des départements. Bien que la logique de parcours inhérente à l'approche globale, apparaisse dans la construction de certaines politiques du logement, elle reste cependant encore partielle puisque souvent expérimentale, et ciblée sur la thématique de l'accès au logement. En effet, l'approche globale visant l'accès et le maintien dans le logement nécessite une politique systémique, regroupant l'ensemble des secteurs.

Parmi l'ensemble des dispositifs présentés ci-dessus, seul les ACT « classiques » issus de la loi de 2002, existent sur le département de la Creuse. Ces derniers sont portés par le centre hospitalier spécialisé en psychiatrie (unique en Creuse) qui gère à lui seul ce dispositif. Alors même que le département de la Creuse témoigne d'un seuil de pauvreté beaucoup plus élevé comparativement au niveau national (32% contre 17%), nous constatons que ce département reste souvent isolé des initiatives et expérimentations lancés par les pouvoirs publics. Cet isolement engendre d'une part un manque, voire une absence de dispositifs adaptés au public souffrant de troubles psychiques, et d'autre part ne permet pas l'éveil des professionnels à d'autres pratiques orientées sur une approche systémique.

Ainsi nous observons aujourd'hui plusieurs courants de pensée qui co-existent dans la construction des politiques du logement. Ces différentes logiques appliquées concomitamment par les pouvoirs publics, traduisent une tension. D'une part, nous constatons des logiques focalisées sur un secteur en particulier, et qui restent donc relativement cloisonnées. Et d'autre part, des logiques notamment à l'attention des personnes en proie à des troubles psychiques, qui abordent davantage l'accompagnement dans une logique de parcours. Cette tension qui apparaît à l'intérieur même des politiques du logement est transposable aux différentes politiques menées. En effet, cette logique de parcours encore expérimentale dans les politiques du logement, est par contre le fil conducteur aujourd'hui des politiques publiques du médico-social. D'ailleurs la notion de rétablissement dans les parcours de santé mentale est intrinsèquement liée à la logique de parcours, impliquant une « *continuité de l'intervention socio-sanitaire* » pour justement éviter les ruptures de parcours (Laforcade, 2017), une logique où l'accompagnement s'inscrit dans un parcours de vie.

Cette culture du parcours a d'ailleurs été renforcée par le rapport « *Zéro sans solution* » de D. Piveteau et ses collaborateurs de 2014 (Piveteau et al., 2014). Néanmoins la transposition de cette approche au sein des politiques du médico-social paraît encore confuse face à la multitude de dispositifs existants.

3) Une logique de parcours au sein des politiques du médico-social affichée et renforcée par le rapport « *Zéro sans solution* » afin de trouver des solutions aux personnes en rupture de parcours

En 2013, les parents d'une jeune-femme en situation de handicap saisissent le tribunal contre les pouvoirs publics faute de place en établissement médico-social, alors que leur fille avait été orientée vers un accueil spécialisé par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH). Bien qu'au départ cette affaire visait la réparation du préjudice subi de la jeune-femme et ses parents par la condamnation de l'ARS, elle a également permis d'ouvrir le débat social sur le handicap. C'est pourquoi D. Piveteau a rédigé

le rapport « *Zéro sans solution : un devoir collectif afin de permettre un parcours de vie sans rupture, pour les personnes en situation de handicap et pour leurs proches* » (Piveteau et al., 2014). De la déclinaison de ce rapport est née la démarche « réponse accompagnée pour tous » (RAPT) en 2017 qui a été déployée dans l'ensemble des territoires français à partir de janvier 2018. Cette démarche est fondée sur l'approche transversale et globale prônée dans le rapport « *Zéro sans solution* », et vise à prévenir les ruptures de parcours des personnes en situation de handicap.

3)1 La démarche « Réponse accompagnée pour tous » : un objectif ambitieux ?

Bien que la démarche RAPT ne soit pas spécifiquement destinée aux personnes présentant des troubles psychiques, nous constatons sur le département de la Creuse que toutes les sollicitations concernant des majeurs, représentent des personnes dont l'origine du handicap est psychique.

L'ambition de la démarche RAPT plaide l'intersectorialité en rassemblant avec et autour de la personne, les professionnels de tous les secteurs concernés, dans une logique de parcours, afin de « *dépasser le fonctionnement en silo des politiques publiques et d'agir dans une logique de projet territorial global permettant la co-construction partenariale.* » (Drobi, 2019a). En effet, la démarche RAPT vise à apporter des réponses aux personnes en situation de handicap sans solution, mais au-delà d'une réponse individuelle et particulière, elle souhaite dans sa conception rendre la société plus accessible aux personnes en situation de handicap en faisant « *[...] évoluer structurellement l'offre pour qu'elle soit plus intégrée, plus modulaire et plus inclusive [...]* » (Drobi, 2019b).

La démarche RAPT se déploie selon quatre axes : le premier rejoint l'approche individuelle, et les trois autres ambitionnent d'ouvrir les réponses au sein de la cité, dans une visée inclusive. L'axe 1 est porté par les MDPH avec la création du dispositif d'orientation permanent (Dop) (CNSA, 2019). Ce dernier se déclenche sur sollicitation de la personne (ou de son entourage) ou avec son accord, lorsque cette dernière se retrouve en risque de rupture ou sans solution d'accompagnement. En effet, dans la mesure où l'orientation décidée par la CDAPH ne peut aboutir, le Dop s'appuie sur l'élaboration d'un plan d'accompagnement global (PAG), créé par l'article 89 de la loi de modernisation de notre système de santé, qui œuvre pour la coordination des différents acteurs autour et avec la personne concernée. L'élaboration d'un PAG se travaille dans le cadre d'un groupe opérationnel de synthèse (GOS), où la participation active de la personne (et/ou ses représentants) est requise, ainsi que celle des professionnels susceptibles d'apporter des réponses dont les autorités de tutelle, et au-delà de la seule participation du secteur spécialisé.

Les textes prévoient la formalisation d'un PAG par une réponse individualisée, modulaire et construite en collaboration avec la personne. Ainsi lors d'un GOS : un référent du PAG au sein de la MDPH est nommé, dont le rôle consiste à animer la construction partenariale des réponses ; un rapport est réalisé où sont consignées les conditions d'intervention de chaque acteur ; les professionnels participants doivent pouvoir engager leur structure ou institution pour éviter de laisser en suspend des réponses ; un coordonnateur de parcours est désigné, il veillera à l'effectivité du PAG et pourra s'il rencontre des difficultés, revenir vers le référent identifié au sein de la MDPH ; un suivi périodique est prévu annuellement.

Après sa mise en place, certaines études concernant la démarche RAPT mettent en exergue un manque, voire une absence de participation des acteurs du milieu ordinaire lors des GOS, limitant ainsi les réponses possibles tournées essentiellement vers le secteur médico-social (Drobi, 2019a). C'est pourquoi les axes 2 et 3 sont essentiels pour soutenir l'approche transversale et globale, et favoriser ainsi l'accès au milieu ordinaire en transformant l'offre « *La transformation de l'offre d'accompagnement n'aura de sens que si l'accessibilité progresse* » (Drobi, 2019a). En effet, l'objectif central de l'axe 2 vise à transformer structurellement l'offre afin qu'elle soit davantage intégrée, modulaire et inclusive. Cette approche souhaite rompre avec la logique de place en établissement, en adoptant une logique de services adaptés, une logique de parcours selon les souhaits et les besoins des personnes (Drobi, 2019a). Cet axe est piloté par les ARS et les conseils départementaux. A cette fin, la participation des personnes en situation de handicap est essentielle, c'est pourquoi l'axe 3 porte sur la « dynamique d'accompagnement par les pairs », et l'atteinte de cet objectif se traduit par le développement du pouvoir d'agir des personnes concernées. Cet axe est porté par les MDPH et les représentants des associations de personnes en situation de handicap. L'accompagnement par les pairs apporte différents avantages : d'une part aux personnes en situation de handicap qui se sentent comprises, soutenues et valorisées au travers des savoirs expérientiels ; et d'autre part auprès des professionnels car lorsque les savoirs expérientiels sont reconnus, ils conduisent « *au changement du regard porté sur le handicap qui n'est plus appréhendé uniquement à travers le prisme de la déficience* » (Drobi, 2019b). Néanmoins l'accompagnement par les pairs est encore peu pratiqué lors des GOS, et jamais en Creuse.

Le rôle des MDPH dans la démarche RAPT est central, et notamment à travers la mise en place du premier axe, c'est pourquoi il nous paraît opportun de revenir sur leurs origines et leurs missions.

3)2 Les missions dédiées aux MDPH confrontées à la réalité creusoise

Evoquée plus haut, la loi du 11 février 2005 révèle un véritable changement en combinant l'approche médicale qui caractérisait les COTOREP et les CDES, et l'approche sociale-

environnementale. En effet, la définition du handicap considère l'environnement de la personne à partir de la logique de parcours, et crée l'équipe pluridisciplinaire d'évaluation²⁴ (EPE) au sein de la MDPH. Les textes prévoient une EPE chargée d'évaluer le besoin de compensation de la personne en situation de handicap à partir de son projet de vie, et d'élaborer une ou des propositions de compensation, comprenant le cas échéant un PAG. Le code de l'action sociale prévoit une pluridisciplinarité pour justement appréhender la situation de la personne dans sa globalité. Les textes mentionnent des compétences variées : « *médicales ou paramédicales, des compétences dans les domaines de la psychologie, du travail social, de la formation scolaire et universitaire, de l'emploi et de la formation professionnelle* ». Tout comme le définit P-Y Baudot, sociologue, dans une étude réalisée sur le fonctionnement de la MDPH, la pluridisciplinarité dans l'évaluation des situations traduit « *dans les normes administratives le changement de paradigme dans la définition du handicap* » (Baudot et al., 2010, p.61).

En Creuse, L'EPE de la MDPH est organisée selon trois pôles : pôle enfance – pôle autonomie – pôle professionnel. Le pôle dit professionnel (concerné par cette étude) est vaste et rassemble un panel de situations variées en lien avec de nombreux secteurs professionnels. En effet, il regroupe toutes les demandes en lien avec l'employabilité (évaluation de la capacité à travailler impliquant une approche globale), l'insertion professionnelle, la formation, le maintien dans l'emploi, et l'orientation vers les établissements médico-sociaux (établissement et service d'aide par le travail (ESAT), FH, service d'accueil de jour (SAJ), service d'accompagnement à la vie sociale (SAVS), et service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH), pôle de compétences et de prestations externalisées (PCPE), dispositif emploi accompagné (DEA)).

Les trois pôles de l'EPE sont composés en interne de douze professionnels justifiant de formations variées dans : l'enseignement spécialisé (un équivalent temps plein (ETP) d'enseignant spécialisé - pôle enfance), le travail social (un 80% assistante de service sociale - pôle enfance/ un ETP éducatrice - pôle professionnel et autonomie/ trois ETP et un 80% travailleurs sociaux – pôle autonomie), le médical (40% d'ETP regroupant deux médecins - les trois pôles), le paramédical (80% d'ETP infirmière - pôle professionnel, autonomie, et enfance sur des situations particulières / un ETP ergothérapeute – pôle autonomie), et en psychologie (un ETP master 1 en psychologie clinique-pathologie - pôle professionnel, autonomie, et enfance pour les jeunes à l'aube de leur majorité). Cependant et bien que la composition de l'EPE de la MDPH de Creuse témoigne d'une pluridisciplinarité, dans la pratique celle-ci est loin d'être effective.

²⁴ Section 3 : Maison départementale des personnes handicapées (Articles R146-16 à R146-44), 2005

Au sein du pôle professionnel dans lequel j'interviens, certaines situations sont étudiées par un des professionnels de l'EPE, avec ou sans formation initiale dans le domaine médical, qui réalise l'évaluation et élabore une proposition à partir du dossier déposé, seul. L'évaluation pluridisciplinaire prônée dans la loi n'existe pas pour ces situations, car « *le coût en personnel que représente l'évaluation pluridisciplinaire amène les MDPH à dimensionner de manière variable les réunions d'EP* » (Baudot et al., 2010, p.203). Une organisation issue en partie des délais de réponse imposés par la loi, et renforcée par une logique de rentabilité associée à la qualité. En effet « *Le respect des délais constitue aujourd'hui l'un des indicateurs de l'efficacité du travail des MDPH* », alors que cet « *cette définition des besoins des usagers comme étant celui du délai rapide de traitement n'est pas une évidence naturelle* » (Baudot et al., 2010, p.243-244). Cette logique favorise l'évaluation des besoins à partir d'une approche médicale et individuelle, avec peu de prise en compte de l'aspect environnemental de la personne. La pluridisciplinarité impliquant une approche sociale-environnementale, demande des moyens en termes de temps, et de personnels. Dans un contexte où l'augmentation des dossiers déposés est constante, les moyens alloués ne permettent pas une « *hausse équivalente des ressources en personnel* » (Baudot et al., 2010, p.203).

Néanmoins d'autres situations sont discutées dans le cadre de réunions d'équipe pluridisciplinaire organisées par la MDPH de la Creuse. Différents types d'équipes pluridisciplinaires avec les partenaires sont organisées, et concernant les situations pour lesquelles cette étude s'intéresse, nous évoquerons l'une d'entre elle, attachée au pôle professionnel, intitulée « équipe pluridisciplinaire médico-sociale ». En effet, les orientations vers les services et établissements médico-sociaux sont échangées notamment lors de ces équipes, et les situations de sans-abrisme présentant un handicap psychique pour lesquelles la MDPH est sollicitée, concernent pour la majeure partie, des personnes qui ont été, ou sont orientées vers un service et/ou un établissement médico-social.

Lors de ces équipes, différents partenaires sont associés, permettant une approche relativement pluridisciplinaire en raison des compétences variées des acteurs présents (éducateur, assistant-social, psychologue du travail, psychologue clinicien, infirmier, expert de l'insertion professionnelle, expert des troubles de l'autisme, responsable de service médico-sociaux, ergothérapeute), ainsi que d'une approche relativement intersectorielle en raison de la présence de différents secteurs (médico-social, psychiatrie, insertion professionnelle, et d'autres secteurs invités selon les situations échangées). Cependant les professionnels présents demeurent essentiellement spécialisés dans l'accompagnement des personnes en situation de handicap. Le secteur du social relevant de la compétence du conseil départemental, et celui du logement/ mal-logement, ne sont pas représentés. Ainsi, la pluridisciplinarité de ces équipes demeure toute relative malgré tout car « *Ce n'est pas*

seulement la taille, mais aussi la composition de l'équipe qui peut modifier l'esprit de la loi » (Baudot et al., 2010, p.203).

Ces équipes permettent d'échanger de situations particulières concernant notamment l'orientation vers les services médico-sociaux, et favorisent également l'acculturation des professionnels. En effet, cette acculturation se traduit par l'interconnaissance des organisations respectives de chacun des participants, des lois (prestations MDPH, cadre légal entourant la psychiatrie, prestations de France travail...), des dispositifs, des logiques professionnelles... Ces équipes donnent lieu à des débats autour de l'évolution des textes, la mise en place de procédures, à l'échange autour de difficultés rencontrées par les professionnels concernant des situations qu'ils accompagnent, à des rencontres avec des professionnels divers et variés invités par la MDPH (« service social tsigane », différents lieux de répit, « l'école de la 2^e chance », « service de psycho réhabilitation psychosocial »...). A travers ces échanges, ces équipes pluridisciplinaires jouent un rôle d'animation territoriale, et « *permettent aux différents membres d'acquérir des connaissances dans des domaines qui ne correspondent pas à leur domaine de formation, sur les différents secteurs impliqués dans la mise en œuvre des droits des personnes handicapées* » (Baudot et al., 2010, p.213). L'étude de P-Y Baudot met d'ailleurs en exergue que l'analyse de situations particulières, offre aux membres l'opportunité de se familiariser avec la législation relative à la politique du handicap, et d'anticiper des solutions pour des problèmes susceptibles de concerner des cas futurs. La MDPH à travers ces équipes, joue son rôle d'assembleur. Néanmoins l'absence des secteurs du social et du logement/ mal-logement notamment, limite quelque peu les réflexions et les réponses au secteur du médico-social. En effet, l'absence de ces secteurs ne permet pas d'appréhender l'ensemble des réponses existantes et notamment s'agissant des accompagnements possibles dans l'accès et le maintien dans le logement.

L'article L146-3 de la loi de 2005²⁵ confère aux MDPH la mission d'accueillir, d'informer, et d'accompagner la personne en situation de handicap et ses proches. Elles assurent notamment les orientations vers les services et établissements médico-sociaux et facilitent « *les démarches des personnes handicapées et de leur famille* » (24). Les textes attribuent aux MDPH le rôle de garant dans « *la mise en œuvre des décisions prises [...], l'accompagnement et les médiations que cette mise en œuvre peut requérir. Elle met en œuvre l'accompagnement nécessaire aux personnes handicapées et à leur famille après l'annonce et lors de l'évolution de leur handicap* ». Ainsi, pour toute orientation décidée par la CDAPH, les textes confèrent aux MDPH un rôle de suivi des décisions en la plaçant comme un médiateur entre la personne et les établissements médico-sociaux, afin d'œuvrer dans une logique de continuité du parcours

²⁵ Section 2 : Maisons départementales des personnes handicapées. (Articles L146-3 à L146-12), 2005

« Chaque maison départementale recueille et transmet [...] les données relatives aux suites réservées aux orientations prononcées par la commission [...], notamment auprès des établissements et services susceptibles d'accueillir ou d'accompagner les personnes concernées ». Les textes vouent aux MDPH un rôle d'assembleur, d'animateur, et de coordonnateur car elle « organise des actions de coordination avec les autres dispositifs sanitaires et médico-sociaux concernant les personnes handicapées ». La personne et sa famille sont installées au cœur de cette loi, qui œuvre dans une logique de parcours. Le législateur à l'époque, souhaitait la mise en place d'un « guichet unique » incarné par la MDPH au sein de chaque territoire.

Cependant depuis cette loi de 2005, force est de constater que les MDPH « n'ont pas réussi à être reconnue comme la seule institution capable d'intervenir dans le domaine du handicap » (Baudot et al., 2010, p.33). Bien que ce constat soit visible au sein de l'ensemble des départements, il l'est probablement moins dans les petits territoires comme celui de la Creuse où la MDPH demeure malgré tout le « lieu d'échange », car les dispositifs et acteurs sont beaucoup moins nombreux et se connaissent.

La fonction de « guichet unique » qui suppose un rôle d'animateur, de coordonnateur et de décideur du secteur handicap porté par la MDPH, a été renforcé par le rapport « Zéro sans solution » sur lequel la démarche RAPT a été fondée. En effet, ce rapport rappelle et renforce la position de la MDPH comme cheffe de file « C'est la MDPH [...] qui doit être l'assembleur de première ligne au service de la personne. Les responsables publics de l'offre de soins et de services viennent à son soutien, mais n'ont pas à prendre directement en charge une demande individuelle » (Piveteau et al., 2014, p.35). Ce rôle suppose pour les MDPH « de nouer des relations de travail fluides » impliquant ainsi « un travail actif de meilleure connaissance mutuelle, qui aille au-delà des représentations institutionnelles, et passe par la mise en contacts régulière des équipes » (Piveteau et al., 2014, p.42). Pour que la MDPH représente une institution autonome, elle doit être « incontournable et irremplaçable » en intervenant au sein d'un vaste réseau, et en étant reconnue comme la seule capable de résoudre un problème social (Baudot et al., 2010, p.65). Dans le cas contraire, P-Y Baudot met en exergue deux logiques professionnelles qui s'opposent en citant une ancienne présidente de l'association des directeurs des MDPH : la première va jouer son rôle d'animateur et « aura l'intelligence de comprendre que l'on peut animer ce réseau sans être seul maître à bord » ; et la deuxième va plutôt rejeter tout ce qui ne lui appartient pas « si ce n'est pas chez moi, si je n'ai pas la main dessus, alors c'est contre moi » (Baudot et al., 2010, p.65). C'est pourquoi il semblait essentiel de conserver cette conduite du « guichet unique » dans les réflexions politiques en partant du socle qu'aurait pu être les MDPH.

Néanmoins, un paradoxe subsiste dans la démarche RAPT car d'un côté elle repositionne la MDPH dans son rôle de coordinateur du parcours des personnes en situation de handicap par le biais de l'axe 1, et d'un autre elle diminue l'EPE dans son rôle d'accompagnateur. En effet, l'axe 4 intitulé « *accompagner au changement de pratiques* » permet par exemple, d'orienter désormais une personne vers un service médico-social pour une durée de dix ans. Quel sens mettre à une orientation de dix ans ? et d'autant plus à l'heure où l'inclusion est souhaitée ? L'orientation de cinq ans maximums auparavant permettait notamment à la personne et son entourage de refaire le point sur cette orientation plus régulièrement, et à légitimer le rôle de l'EPE MDPH dans le suivi des décisions. Soit l'orientation s'était mise en place et selon le retour de la personne ainsi que du service en question, l'EPE de la Creuse pouvait intervenir comme médiateur entre la personne et le service si l'une des parties exprimait une certaine insatisfaction. Soit l'orientation n'était pas effective, et l'EPE rencontrait à nouveau la personne pour refaire le point sur ses souhaits, ses besoins, et sa situation actuelle, permettant notamment à la personne de se remobiliser, ainsi que de solliciter à nouveau le ou les services médico-sociaux. En Creuse, l'EPE a pu justifier son rôle d'accompagnateur et de médiateur notamment par le biais de ces orientations limitées à cinq ans. Le risque à plus long terme, réside dans la compréhension du sens affecté à ces décisions d'orientation, aussi bien du côté des personnes concernées, des EPE MDPH, que des services médico-sociaux : une décision strictement administrative, limitant ainsi sa fonction à une « chambre d'enregistrement » ? ou une décision permettant à l'EPE d'accompagner, et d'agir dans une logique de continuité du parcours, pour ainsi réduire les risques de rupture ? Quel sens trouver à orienter dix ans une personne vers un établissement médico-social ? si ce n'est de trouver un compromis afin d'éviter de remettre totalement en cause le fonctionnement actuel, ou encore le fondement même de la MDPH. Ces choix politiques témoignent d'une certaine confusion, voire contradiction, du rôle dédié à la MDPH et dans sa fonction de « guichet unique ».

D'ailleurs, de multiples dispositifs d'accompagnement des personnes en situation de handicap se sont créés par lesquels les personnes accèdent en dehors d'une décision de la CDAPH. Néanmoins en Creuse, en raison des relations nouées avec les partenaires de divers secteurs, ces derniers se tournent régulièrement vers l'EPE de la Creuse face aux difficultés, et/ou aux questionnements qu'ils rencontrent avec les personnes qu'ils accompagnent. En ce sens, la logique de parcours perdure et légitime l'existence même de l'équipe pluridisciplinaire, de son rôle d'assembleur du partenariat avec et autour de la personne.

Nous constatons un écart entre l'intention affichée de réaffirmer la position de la MDPH comme le « guichet unique » du handicap à travers les axes 1 et 3 de la démarche RAPT, et les politiques décidées par la suite. En effet, suite à la démarche RAPT visant la transformation

de l'offre afin notamment de trouver des solutions et éviter les ruptures de parcours, le choix des politiques s'est orienté vers la création de nouveaux dispositifs, qui assurent en partie des missions confiées initialement aux MDPH.

3)3 De nouveaux dispositifs récents visant à la transformation de l'offre, qui se superposent aux acteurs déjà présents

Afin de soutenir la démarche RAPT, les pôles de compétences et de prestations externalisées (PCPE) ont été créés. Leur création traduisait le manque ou de l'absence de réponse immédiate pour les personnes en risque ou en rupture de parcours.

Ces derniers sont financés par les ARS et relèvent du secteur médico-social. Leur intervention relève d'une décision d'orientation de la CDAPH mais ne la conditionne pas. En effet, leur mobilisation doit pouvoir se mettre en place rapidement afin d'assurer la continuité du parcours.

Leurs missions essentielles consistent à renforcer l'offre d'accompagnement auprès de la personne par le biais de prestations directes, ainsi que de coordonner l'ensemble des intervenants conformément au PAG.

Les professionnels sollicités pour ces prestations peuvent être variés (psychologues, éducateurs spécialisés, ergothérapeutes...). Ces prestations d'accompagnement « *s'articule[nt] avec les fonctions d'appui aux professionnels pour la coordination des parcours de santé complexes* »²⁶. Ils peuvent venir en soutien par exemple, aux professionnels des CHRS dans l'accompagnement des personnes en proie à des troubles psychiques. Les PCPE œuvrent dans une logique de subsidiarité en partant « *des besoins de la personne et de l'entourage en privilégiant le milieu ordinaire* » (Barreyre, 2023).

Bien que la MDPH orchestre, organise et anime les GOS, le suivi des PAG est souvent relayé à d'autres par manque de moyens. Face à l'absence de réponse adaptée à destination des personnes sans domicile en proie à des troubles psychiques dans le département de la Creuse, le PCPE « situation complexe » est très actif, et souvent désigné pour suivre et mettre en place le PAG. L'accompagnement par le biais du PCPE étant soumis à une décision de la CDAPH, les relations avec le PCPE « situations complexes » se sont construites par ce biais. Ainsi, le service reste en lien permanent avec l'EPE de la MDPH de la Creuse, en l'informant et en la sollicitant lorsque les professionnels sont dans l'impasse par exemple.

Néanmoins malgré une volonté affichée des politiques de rendre plus inclusive la société, les retours des MDPH réalisées auprès de la CNSA concernant les différents PAG effectués,

²⁶ Instruction n° DGCS/SD3B/2016/119 du 12 avril 2016 relative à la mise en œuvre des pôles de compétences et de prestations externalisées pour les personnes en situation de handicap.

témoignent de « *la pénurie de l'offre adéquate aux besoins, malgré les ressources des PCPE, les mobilisations des acteurs autour des plans d'accompagnement global, malgré l'expérimentation des « territoires 100 % inclusifs » ;* » (Barreyre, 2023). Un constat partagé dans le territoire creusois.

Dans l'objectif d'ouvrir et rendre la société plus inclusive, les communautés 360 ont été créées en 2020²⁷.

La communauté 360 s'assimile à une plateforme départementale qui s'inscrit dans la continuité des ambitions de la démarche RAPT. En effet, l'une de ses missions consiste à répondre aux demandes des personnes ou des professionnels accompagnants, d'apporter des solutions, et de repérer les situations dites « sans solution », dans un objectif de prévention.

De plus, elle porte une fonction d'observatoire en capitalisant les réponses qu'elle apporte aux personnes, mais également les réponses issues des PAG, ainsi que les orientations vers les établissements et services médico-sociaux décidées par la CDAPH.

A la lecture du cahier des charges, les missions des communautés 360 rejoignent pour beaucoup celles dévolues aux MDPH. Alors que la loi de 2005 confère à la MDPH le rôle de « guichet unique » pour toutes les questions relatives au handicap, il aurait été relativement cohérent de renforcer son rôle en la confortant « *sur sa fonction « d'assembleur » et d'opérateur de l'orientation* » (Piveteau et al., 2014a, p.28). Le comble de l'incohérence fût d'empêcher les MDPH de pouvoir candidater à l'appel d'offre lancé par les ARS. Plutôt que de donner les moyens à la MDPH de pouvoir exercer l'ensemble de ses missions, les financements sont éparpillés, fragilisant ainsi le rôle des MDPH dans leur fonction de « guichet unique ».

Bien que le cahier des charges de la communauté 360 mentionne son intervention en complémentarité avec la MDPH, la création d'un dispositif supplémentaire apparait au risque d'ajouter une nouvelle couche à la panoplie de dispositifs déjà existants, et d'en complexifier l'accès.

A l'époque de la création de la communauté 360 en Creuse, j'ai constaté l'apparition d'un sentiment de crainte au sein de la MDPH et notamment de l'EPE, une peur de voir nos missions d'animation et de coordination disparaître, ou sinon fortement diminuer. D'ailleurs à ce jour, la communauté 360 est peu invitée par l'EPE à participer au GOS.

²⁷ Circulaire de novembre 2021, relative au cahier des charges des communautés 360

Ces différents dispositifs œuvrent et participent au mouvement de transformation de l'offre. En effet, l'objectif est de pouvoir créer des réponses aux personnes en situation de handicap (psychique) et notamment celles sans-domicile, pour que les services médico-sociaux ne soient plus la seule réponse, mais plutôt que ces derniers viennent en soutien des parcours. L'enjeu de cette transformation passe par la désinstitutionnalisation du secteur médico-social. A l'instar du projet initial de désinstitutionnalisation de la psychiatrie, celui du médico-social souhaite s'affranchir de la logique de place existante au sein des établissements, pour tendre vers une logique de services adaptés aux souhaits et besoins des personnes. Dans la continuité du rapport de 2014, D. Piveteau a rédigé en 2022 un rapport relatif à la transformation de l'offre médico-sociale dans une visée inclusive, dans lequel il rappelle notamment la pleine citoyenneté des personnes en situation de handicap et donc la nécessité de développer leur pouvoir d'agir, et à cet effet le rôle capital des professionnels de l'accompagnement, issu notamment du secteur médico-social (Piveteau, 2022).

Cette première analyse des politiques publiques de la psychiatrie, du mal-logement et du médico-social orientées sur la prise en compte du handicap psychique, nous permet de constater l'écart entre les politiques affichées et leur mise en place. La logique de parcours dans l'accompagnement des personnes en situation de handicap prônée dans les discours demeure encore bien loin d'être possiblement transposée et implantée dans ces secteurs.

Ainsi à travers l'analyse de parcours chez quatre personnes, et d'entretiens réalisées auprès de professionnels de différents secteurs, nous tenterons de comprendre l'implication de ces politiques publiques dans les ruptures de parcours, ainsi que les atouts et les limites de la démarche « *réponse accompagnée pour tous* ».

II. Une logique de parcours affichée dans les politiques publiques, mais difficile à mettre œuvre dans les accompagnements

Depuis les années 2000, les pouvoirs publics adoptent progressivement au sein de leurs politiques, la notion de parcours. Celle-ci souhaite « *rompre avec un système caractérisé par le cloisonnement des acteurs* » (Aubert et al., 2022). La logique de parcours répond « *aux enjeux de continuité et de cohérence de toute prise en charge* » par le biais d' « *approches globales et coordonnées* » (Aubert et al., 2022). Cette logique vise la réduction, voire l'évitement des ruptures de parcours qui s'assimilent à une « *modification brutale, imprévue et durable de l'articulation biographique* », donnant lieu à un « *avant* » et un « *après* ». » (Hélaridot, 2006). Les ruptures s'apparentent à une connotation négative.

Ainsi, l'analyse de parcours de vie chez quatre personnes présentant des troubles psychiques, connaissant ou ayant connu le sans-abrisme, nous permettra dans un premier temps d'identifier les ruptures vécues par ces personnes, ainsi que leurs difficultés. Puis dans un second temps, nous chercherons à comprendre les facteurs dans ces ruptures de parcours.

1) Présentation du parcours des quatre personnes sélectionnées

1)1 Dylan

Dylan est né en 1997 dans le département de la Creuse. Il a été scolarisé jusqu'à l'âge de 12 ans en 2009, et a été exclu suite à un « *comportement violent* ». Jusqu'à l'âge de 14 ans, Dylan a vécu dans une caravane située au sein d'un « *campement* » occupé par les Gens du voyage. Début 2011, à ses 14 ans, Dylan « *fuit* » le foyer familial et dénonce de la maltraitance familiale. Il est confié à l'aide sociale à l'enfance (ASE) et placé au centre départemental de l'enfance et de la famille (CDEF) en Creuse. Pour reprendre sa scolarité, une intégration est tentée en IME, mais il en sera exclu dès la première journée après avoir mis volontairement le feu dans la chambre qui lui était destinée. A ses 18 ans en janvier 2015, la prise en charge par l'ASE s'arrête et Dylan se retrouve sans logement et s'installe chez l'une de ses sœurs. Par la suite, Dylan alterne entre des périodes d'errance à la rue dans différents coins de France, des hospitalisations en psychiatrie, et des périodes d'incarcérations. En septembre 2019, il est accueilli au CHRS de Creuse. Par la suite, la RAPT est sollicitée en décembre 2020 afin de trouver une solution d'hébergement. Différents accompagnements se sont mis en place, et depuis octobre 2021 il réside dans un FH pour personnes en situation de handicap. Dans le cadre de cet accueil au FH, l'accompagnement s'est orienté vers le travail et il a intégré un ESAT début décembre 2023.

1)2 Nicolas

Nicolas est né en 1990 dans le département de la Savoie. Nicolas, sa mère et son beau-père s'installent en Creuse durant sa scolarité en école élémentaire. De ses 12,13 ans à ses 31 ans, Nicolas alterne entre hospitalisations en psychiatrie et périodes de détention. Entre chacune d'elles, Nicolas retourne vivre chez sa mère et son beau-père, dans un contexte de violences familiales. A la suite d'une violente dispute avec son beau-père en février 2021, Nicolas quitte le domicile familial et se retrouve sans logement. Par la suite, Nicolas alterne des périodes à la rue, au 115, et chez des connaissances. Le dispositif de la RAPT est mobilisé en 2021, et par ce biais, ce dernier sera accueilli au CHRS en avril 2022. Depuis, les professionnels intervenant autour et avec Nicolas, ont tenté de trouver un lieu de vie adapté à son projet et à ses besoins. Une tentative a été réalisée en octobre 2023, au sein d'une résidence associative située dans un département voisin, qui propose des logements individuels avec des espaces collectifs, mais qui s'est soldé par un renvoi en raison du comportement de Nicolas jugé inadapté par les professionnels de la résidence. Depuis, Nicolas alterne entre le squatte chez des connaissances, des nuitées à l'hôtel, et des hospitalisations en psychiatrie.

1)3 Fabien

Fabien est né en 1993 en région parisienne. Durant sa scolarité en maternelle, Fabien est confié à l'ASE en raison de maltraitance familiale, et placé au sein d'une famille d'accueil en région parisienne. De ses 8,5 ans à ses 11,5 ans, Fabien demeure au sein d'un établissement hospitalier et spécialisé en pédopsychiatrique. En juillet 2004, il est accueilli dans une famille d'accueil en Creuse en raison du déménagement de son père dans ce même département. En septembre 2005, il entre dans un IME en Creuse comme demi-pensionnaire jusqu'à ses 20,5 ans, et demeure au sein de la même famille d'accueil. A sa sortie d'IME en 2013, Fabien intègre un FH et un ESAT. A la suite de difficultés rencontrées par Fabien dans les relations avec ses collègues et ses moniteurs d'atelier, ce dernier démissionne de l'ESAT en 2017. A la suite, les professionnels de l'ESAT et du FH en informent l'EPE MDPH. En septembre 2021, il quitte le FH pour s'installer chez une compagne, mais suite à leur rupture en avril 2022, il se retrouve sans logement. Par la suite Fabien alterne entre le squat chez des connaissances, le 115, et des hospitalisations en hôpitaux classiques et spécialisés. En octobre 2023, un accompagnement s'est mis en place auprès d'une professionnelle installée en libéral que Fabien a connu lorsqu'il résidait au FH, et pour lequel il adhère. Après plusieurs tentatives vaines de recherche de logement auprès du bailleur social creusois, Fabien et la professionnelle trouvent un logement en mars 2024 dans lequel il réside depuis. De plus, Fabien a trouvé un travail dans un chantier d'insertion depuis début mai 2024.

1)4 Audrey

Audrey est née en 1984 dans le département de la Creuse. En raison d'une déficience intellectuelle, Audrey a été scolarisée en IME en internat durant dix ans. Lors de sa sortie de l'IME, à l'âge de 20 ans, bien qu'elle fût orientée en FH et en ESAT, elle retourne dans sa famille et se marie par la suite. De son époux, deux enfants naissent, l'un en 2009 et l'autre en 2012. Durant les années suivantes, Audrey quitte le domicile à trois reprises et dénonce de la maltraitance conjugale. Des comportements jugés problématiques attribués à des troubles psychiques sont constatés lors de son premier accueil au CHRS, et reconnus pathologiques depuis. Après son dernier départ du domicile en 2022, le service de l'accueil de jour du 115 mobilise la RAPT. Malgré les accompagnements mis en place, Audrey retourne vivre chez son mari envers qui elle a porté plainte pour actes de violence un an auparavant, afin de pouvoir revoir ses filles, en septembre 2023. Néanmoins l'accompagnement auprès du SAMSAH perdura, et Audrey emménagea dans un appartement relevant du dispositif de l'habitat inclusif début juin 2024.

A travers l'analyse de parcours de ces situations (cf. annexe 1), nous constatons différents points de ruptures avec l'intervention de différents secteurs de l'action publique auprès d'une même personne : de l'école, l'aide sociale à l'enfance, la protection judiciaire de la jeunesse, de l'administration pénitentiaire, du mal-logement, des services médico-sociaux, à la psychiatrie.

2) Des ruptures en chaîne durant l'enfance

2)1 Une logique de parcours mise à mal en raison de la faiblesse des ressources dans l'offre de soins pédopsychiatriques en Creuse

Dès leur enfance, les bilans retrouvés concernant Dylan, Fabien et Nicolas, témoignent de nombreux accompagnements relevant de divers secteurs : de la protection de l'enfance auprès de l'aide sociale à l'enfance (ASE) et de la protection judiciaire de la jeunesse (PJJ) ; de l'école ; du médico-social ; à la pédopsychiatrie et la psychiatrie.

Le dispositif de protection de l'enfance en France est organisé en deux secteurs : la protection sociale ou administrative des mineurs en danger mise en œuvre par l'aide sociale à l'enfance (ASE), qui relève de la compétence des conseils départementaux ; et la protection judiciaire de la jeunesse (PJJ), qui relève de l'Etat, du ministère de la justice²⁸.

²⁸ Article L112-3 - Code de l'action sociale et des familles

L'ASE intervient à l'attention des mineurs en situation de danger ou en risque de l'être, et parmi les situations choisies, Dylan et Fabien ont été confiés à ce service respectivement à l'âge de 14 ans, et entre 3 et 5 ans. Les lois de décentralisation de 1983 et 1986 désignent le président du conseil départemental comme chef de file en matière de protection de l'enfance. Il est responsable de l'organisation du recueil, du traitement et de l'évaluation des situations de danger, il émet des signalements au procureur de la république, et pilote le service de l'aide social à l'enfance (ASE). Depuis la loi de 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale²⁹, le président du conseil départemental a l'obligation tous les cinq d'élaborer un schéma départemental. L'objectif de ce schéma est d'identifier les besoins du territoire afin d'améliorer l'accompagnement des enfants et des familles. Ce dernier évalue notamment les besoins à travers l'action de l'ASE et selon les mesures éducatives qu'elle réalise. Le dernier le schéma départemental de protection de l'enfance de Creuse indique que le taux de mesures éducatives en 2017 était le plus élevé de France (Schéma départemental 23 de protection de l'enfance, 2021-2026).

Ce schéma met également en exergue une offre restreinte en Creuse des modalités d'accueil des mineurs en danger, ainsi que des difficultés d'accès aux services de psychiatrie infanto juvénile « *Il est à noter une absence de places en psychiatrie infanto juvénile [...] les hospitalisations à temps complet étant impossibles, les enfants doivent être orientés vers les centres de Limoges. Des délais d'attente de plus de 6 mois sont enregistrés pour les demandes de prise en charge ou rendez-vous en CMP* » (Schéma départemental 23 de protection de l'enfance, 2021-2026). La Creuse fait partie au niveau national des 8% à peine de départements (chiffres issus de l'année 2021) dépourvus de lit d'hospitalisation en pédopsychiatrie (Cour des comptes, 2023). Les deux infirmières du service de l'« équipe mobile précarité » (EMP) dépendant du centre hospitalier spécialisé (CHS) de Creuse, évoquent également ce manque. En effet, à travers leur expérience en psychiatrie en Creuse (toutes deux travaillent depuis plus de vingt dans ce secteur et ont connu différents services, aussi bien en intra qu'en extrahospitalier), ces dernières arguent que le manque de moyens en pédopsychiatrie en Creuse pose problème et expriment que « *80% des personnes hospitalisées en hôpital de jour avaient subi des maltraitances dans leur enfance. Donc il serait primordial qu'on mette plus de moyens pour les enfants au niveau de la pédopsychiatrie car y'a quasi rien en Creuse, aucune hospitalisation n'est possible, pas d'hôpitaux de jour, quasi pas de professionnels spécialisés* ».

Dans la mesure où les professionnels de l'ASE accompagnent les jeunes et leur famille au quotidien, nous pouvons supposer que l'obligation d'attendre plus de six mois un premier

²⁹ Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale

rendez-vous, ou d'être obligé de se rendre dans le département voisin, ne facilite pas la collaboration avec le secteur de la pédopsychiatrie lorsque le jeune témoigne d'un mal-être.

Dylan pour sa part, a été hospitalisé à plusieurs reprises dans un centre hospitalier situé en Haute-Vienne. Sans en connaître le motif, nous constatons à travers les bilans qu'en dehors des hospitalisations en intra, le suivi en ambulatoire ne s'est pas installé dans le temps. La dispense de soins en pédopsychiatrie dans un autre département engendre des difficultés supplémentaires dans la mise en place d'un accompagnement. En effet, les soignants ne se déplacent pas dans un autre département, obligeant le mineur et les professionnels qui l'accompagnent à faire la route (correspondant à plus de deux heures aller-retour). Ces trajets impliquent un financement pour assurer le coût des déplacements (véhicule, carburant), ainsi qu'en termes de professionnels car pour accompagner le jeune à Limoges, l'accompagnateur devra s'absenter du CDEF à minima trois heures (temps de trajet, d'attente, et de rendez-vous). L'ensemble de ces facteurs augmentent le risque de rupture des soins. Et dans l'hypothèse où les entretiens en ambulatoire sont assurés, les soignants n'interviennent donc pas dans l'environnement du jeune, l'approche systémique est d'ores et déjà mise à mal. De plus, une problématique de coordination s'ajoute entre la MDPH de la Creuse et le service de pédopsychiatrie de la Haute-Vienne, car ils ne se connaissent pas, limitant également la collaboration.

Ces difficultés semblent d'autant plus grandes pour l'ensemble des professionnels accompagnant les mineurs placés, compte-tenu du fait que ces derniers souffrent davantage de troubles psychiques que les autres. En effet, des chercheurs du centre hospitalier de Douai ont publié une étude en 2019 réalisée à partir de remontées françaises et étrangères sur « *La santé mentale des enfants placés* », et révèlent la prévalence « *de troubles développementaux et/ou psychiatriques* » chez les enfants placés en comparaison avec les enfants non placés (Even & Sutter-Dallay, 2019). Les situations de Dylan et Fabien illustrent cette prévalence.

Ces difficultés sont similaires au service de la PJJ. Dylan et Nicolas ont tous deux été accompagnés par ce service, et des hospitalisations en pédopsychiatrie dans le département de la Haute-Vienne. La direction de la PJJ est l'une des cinq branches du ministère de la justice, son action est dirigée à l'attention des mineurs, et gravite autour de la protection, de l'éducation et la réinsertion des jeunes (Ministère de la justice, 2023). Tout comme les services de l'ASE, les hospitalisations de Dylan et Nicolas en pédopsychiatrie dans le département de la Haute-Vienne réduit l'approche globale des professionnels de la PJJ. La pauvreté du territoire creusois en matière de soins en pédopsychiatrie pénalise ces jeunes accompagnés par ces services, et mettent en difficulté ses professionnels.

Fabien lui, a déménagé en Creuse pour maintenir le lien avec son père qui avait emménagé dans ce département. La comparaison de ses accompagnements réalisés dans le département de Seine-Saint-Denis (93) jusqu'à l'âge de 11,5 ans, puis par la suite en Creuse (23), met en exergue l'offre insuffisante de soins en pédopsychiatrie en Creuse. Dans le 93, ces rencontres sont organisées par l'école et le service de pédopsychiatrie, où sont présents : l'école, la CDES, l'ASE, la pédopsychiatrie et le père de Fabien. Nous comprenons à travers les bilans du 93 que le projet travaillé portait sur un retour à l'école ordinaire progressif de Fabien en milieu ordinaire. En effet, après avoir été placé au départ en famille d'accueil, il a été déscolarisé en raison d'une décompensation psychique et s'est retrouvé pris en charge et accueilli par un service de pédopsychiatrie dans le département 93 en 2001 (durant trois ans). L'ensemble des bilans issus de ces rencontres, relatent du travail collaboratif réalisé entre les professionnels. De nombreux détails apparaissent aussi bien concernant les temps où Fabien est à l'hôpital de jour, que les temps où il est à l'école. Un réel partage semble s'être installé entre les professionnels car les écrits renseignent de l'environnement de Fabien sur le plan familial, social, scolaire, et médical. Ces bilans indiquent notamment les signes cliniques associés à la pathologie, les traitements, les « crises » de Fabien durant les nuits. Ce partage d'informations à caractère confidentiel démontre la pleine collaboration de la pédopsychiatrie. De plus, ces derniers manifestent leur appui auprès des autres professionnels intervenant auprès de Fabien. Par exemple, suite à un « débordement avec ses camarades » (nommé ainsi dans le bilan) à l'école, une infirmière du service de pédopsychiatrie a accompagné l'enseignante et l'AVS durant une sortie scolaire, afin que ce dernier puisse y participer. Des objectifs sont fixés lors de chaque rencontre et repris à chaque bilan. La participation de chaque acteur apparaît précieuse puisqu'entre deux bilans espacés de deux mois, nous comprenons qu'un dossier a été déposé à la CDES 93 et qu'une auxiliaire de vie scolaire (AVS) a été décidée, et mise en place pour accompagner Fabien lors des enseignements. La professionnelle en charge de cet accompagnement apparaît d'ailleurs présente aux bilans suivants.

Au moment de son déménagement en Creuse, les bilans renseignent d'un relais réalisé avec la pédopsychiatrie, l'école, et la CDES 23. Lors des rencontres, les acteurs présents sont : l'enseignante, la CDES 23, l'ASE, le père et la famille d'accueil. Le père n'est indiqué présent qu'au premier bilan, son absence est justifiée par la suite en raison de son retour dans le 93. Néanmoins les rapports indiquent une correspondance avec le père qui semble prise en compte dans les choix décidés par la suite. Fabien quitte donc le service de pédopsychiatrie du 93, il emménage dans une famille d'accueil et intègre une école primaire creusoise à temps plein. Il passe donc d'une scolarité de trois jours par semaine qui s'est mise en place progressivement avec de nombreux allers-retours à une scolarisation à temps plein. Une des

hypothèses pour expliquer ce choix est l'absence d'hôpital de jour pour les mineurs. Bien que l'accompagnement médical perdure en Creuse, il correspond désormais à une visite auprès d'un psychiatre tous les mois et une rencontre avec un infirmier une fois toutes les deux semaines. Il semble que les professionnels de la pédopsychiatrie ne se déplacent pas, ni à l'école, ni chez la famille d'accueil. Contrairement au département précédent, la pédopsychiatrie est systématiquement inscrite comme absente lors des rencontres organisées par l'école. Les bilans indiquent que la communication entre les différents acteurs et la pédopsychiatrie s'établit avant tout par courrier. L'un des bilans évoque « *un comportement inadapté* » chez Fabien avec ses camarades et l'enseignant « [...] *besoin d'attention permanent [...] cri, gesticule tout le temps, [...] très volubile* ». L'enseignant paraît démuni dans la réponse à fournir « *n'a pas la posture d'écolier [...] n'est pas en capacité de suivre les cours* ». Il semble que le manque de lien avec la pédopsychiatrie engendre chez les professionnels et notamment l'enseignant, une incompréhension face au comportement de Fabien. Contrairement aux bilans du 93, ceux du 23 apportent peu de détails sur l'environnement de Fabien en dehors de son « *comportement* » jugé sans cesse « *inadapté* » à l'école. Comparativement au département 93 où le service de la pédopsychiatrie témoignait d'une participation active dans les échanges avec une implication importante dans les actions menées, l'offre de soins en pédopsychiatrie en Creuse apparaît comme insuffisante.

Progressivement les cinq écrits font apparaître des « *difficultés de compréhension* » chez Fabien, et une orientation en IME est décidée par la CDES 23 en accord avec l'ensemble des participants aux rencontres. En Creuse, Fabien n'aura été scolarisé qu'une seule année et a priori dans des conditions difficiles selon les rapports. Les écrits supposent un sentiment d'incompréhension des autres professionnels lors des rencontres, « *ne relève pas d'une scolarisation à l'école ordinaire [...] n'arrive pas à s'adapter aux enseignements [...] est en souffrance et de ce fait, met en souffrance ses camarades* ». L'absence du secteur de la pédopsychiatrie lors des rencontres, ainsi que le manque de liens « [...] *la famille d'accueil ne connaît pas non plus l'infirmière.* », semblent avoir participé à l'échec de l'intégration de Fabien à l'école ordinaire en Creuse. Ainsi face à ces bilans, la CDES a décidé d'une réorientation de Fabien en IME. Un an à peine après son arrivée en Creuse, Fabien quitta l'école et dut se réadapter à un nouvel environnement, l'IME.

L'absence de lit d'hospitalisation en pédopsychiatrie, d'hôpital de jour, ainsi que le manque de personnels en CMP, limitent considérablement l'accompagnement des enfants, des jeunes souffrant de troubles psychiques. Cette pauvreté des ressources en pédopsychiatrie ne favorise pas un accompagnement adapté.

2)2 Une scolarité interrompue malgré son obligation

Dylan, Nicolas ont été dans un premier temps, scolarisés à l'école ordinaire, mais en ont été exclus à l'âge de 12 ans. En France, l'école est obligatoire jusqu'à l'âge de 16 ans révolu. Lorsqu'un élève âgé de moins de 16 ans est exclu définitivement de son établissement, il doit impérativement être rescolarisé. Le recteur ou le directeur académique des services de l'éducation nationale en est informé, et doit pourvoir aussitôt à son inscription dans un autre établissement scolaire ou dans un centre public d'enseignement par correspondance (Article D511-43 - Code de l'éducation - Légifrance).

Bien que nous n'ayons aucune information sur les raisons de la déscolarisation de Nicolas, ni sur les démarches qui à l'époque ont été réalisées pour répondre à l'obligation scolaire, nous constatons que malgré ses accompagnements par la pédopsychiatrie (dans le cadre de ses hospitalisations) et la PJJ, la scolarité pourtant obligatoire, s'est interrompue.

Les raisons de l'exclusion de l'école invoquées pour Dylan relatent un « *comportement violent [...] et inadapté dans le collectif* ». Une tentative d'intégration de Dylan en IME a été réalisée en septembre 2011, à ses 14,5 ans, l'année où il a été placé au CDEF. Mais les écrits retrouvés indiquent qu'il n'y est resté qu'une seule journée. D'après les rapports, aucune rencontre, ni de visite, n'ont été orchestrées par le CDEF avant l'accueil de Dylan à l'IME. Les professionnels de l'IME semblaient découvrir ce jeune et son refus de dormir à l'IME le jour même de son arrivée. Malgré l'expression de ce refus par Dylan durant la journée, les professionnels de l'IME expliquent avoir tenté de le convaincre de rester, alors que l'IME ne se situe qu'à 22 km du CDEF. Si bien que Dylan a fini par mettre le feu à son lit et a ainsi été reconduit au CDEF le soir même. Le jour suivant, Dylan a été hospitalisé en pédopsychiatrie car d'après l'un des écrits du CDEF, Dylan s'est montré « *très agressif [...] n'arrêtait pas de crier et de taper dans les murs* ».

A l'époque, l'EPE de la MDPH en a été informée par mail dès le soir même par l'IME. Cependant, cette dernière ne s'en est pas saisie puisqu'aucune rencontre n'a été organisée, ni avec Dylan, le CDEF et ni avec l'IME. La CDAPH a juste pris acte de sa sortie. Comme évoqué en première partie, la MDPH n'a pas répondu à son rôle de garant de l'orientation, et n'a pas œuvré dans une logique de parcours. Aucun professionnel de la MDPH n'a tenté de trouver une solution, laissant ainsi Dylan déscolarisé.

Différentes causes semblent avoir participé à cet échec : l'absence de prise en compte de la volonté de Dylan ; le manque de liens entre les services de l'ASE et de l'IME ; et la MDPH-CDAPH qui n'a pas su appréhender la problématique, et remplir son rôle en œuvrant dans une continuité du parcours.

Nulle part dans les bilans, les services de l'éducation nationale ne sont cités, ce qui interroge leur implication pour répondre à leur mission de garantir la scolarité à tout élève : ont-ils été sollicités par les autres professionnels intervenant ? ont-ils cherché un autre établissement scolaire à Nicolas et Dylan ? bien que la scolarité soit obligatoire jusqu'à 16 ans, Nicolas et Dylan n'ont plus fréquenté l'école à partir de 12 ans alors qu'ils étaient accompagnés l'un comme l'autre par les services de la protection de l'enfance (ASE, PJJ), connus de la pédopsychiatrie, ainsi que de la MDPH de la Creuse.

La faiblesse des ressources du territoire creusois associée aux difficultés des professionnels de secteurs différents à collaborer et œuvrer dans une logique de parcours, semblent avoir participé aux ruptures de parcours chez Nicolas et Dylan.

Après de nombreuses ruptures dans leur enfance, celles-ci se poursuivent dans leur vie d'adulte.

3) L'entrée dans la vie d'adulte : des modalités d'aides inadaptées à ces publics

L'analyse des parcours de Fabien, Audrey, Dylan et Nicolas, révèle la répétition des ruptures, leur difficulté à construire du lien, et à adhérer aux accompagnements proposés par les services publics. Néanmoins, ils se tournent régulièrement vers ces derniers pour être aidés. Les uns et autres en raison de leur parcours décousu et heurté, vivent l'expérience de la « *dépendance contrainte* », car pour obtenir de l'aide, ils sont *contraints* de se soumettre aux accompagnements des différents services publics (Muniglia, 2016). Tout un paradoxe puisque nous constatons que ces accompagnements proposés ne sont pas toujours adaptés puisque ces personnes « *relèvent [...] de plusieurs modes de prise en charge* » (Muniglia, 2016).

3)1 Une désinstitutionnalisation de la psychiatrie inachevée, des prises en charge parcellaires, et des conditions d'incarcération inadaptées

A l'entrée dans leur vie d'adulte, Dylan et Nicolas témoignaient d'un parcours scolaire chaotique et d'un éloignement important du secteur de l'emploi. Leurs parcours traduisent les difficultés des professionnels de secteurs différents à se coordonner, car ils n'ont eu de cesse d'enchaîner les hospitalisations en psychiatrie, ainsi que les périodes de détention. En effet, s'agissant de Dylan nous comptons cinq hospitalisations en psychiatrie et deux périodes d'incarcération de sa majorité en 2015 à 2019 où il a été accueilli au CHRS. Nous énumérons sept hospitalisations en psychiatrie pour Nicolas (équivalent à plus de deux ans et demi), et quatre périodes d'incarcération (correspondant à plus de quatre années) à partir de sa majorité en 2008 jusqu'à son accueil au CHRS en 2022.

Avant et après chaque période d'hospitalisation ou de détention, Dylan est sans domicile, et Nicolas toujours au domicile familial. En dehors des hospitalisations et des incarcérations, leur quotidien reste très difficile, la rue pour Dylan et la violence familiale pour Nicolas. Des études sur les personnes en milieu carcéral révèlent que pour certaines personnes dont le quotidien en dehors de la détention est difficilement supportable et sans perspective, voire sans projet, la prison peut apparaître comme « *rassurante* » et répondre à « *leur absence d'autonomie* » (Palma, 2023). La professionnelle du service pénitentiaire d'insertion et de probation (SPIP) enquêtée, accompagne des personnes incarcérées et sous mesure judiciaire. En effet, le SPIP a pour mission d'accompagner les personnes orientées par le juge qui ont commis un acte délictueux. Cette dernière relate l'évolution de leurs missions depuis cinq, sept ans. Auparavant, leur intervention se focalisait avant tout sur le contrôle des mesures décidées par le juge, alors que désormais elle s'apparente davantage à celle de la PJJ, bien que le SPIP n'intervienne pas auprès du juge avant sa décision contrairement à la cette dernière. Selon elle « *le cœur du métier du SPIP c'est la lutte contre la récurrence* ». Bien consciente du risque de récurrence chez les personnes sans logement « *la récurrence est un moyen d'avoir un lieu de vie pour certaines personnes en errance* », elle fait part cependant de leurs difficultés à trouver un logement en Creuse pour ces personnes.

En effet, elle relate que « *toutes nos demandes d'ACT par exemple, ont été rejetées [...] quand le bailleur social [qui attribue les logements sociaux] voit « SPIP », il refuse systématiquement, comme l'hôpital d'ailleurs [référence aux ACT]* ». L'assistant social travaillant sur le dispositif des appartements de coordination thérapeutique (ACT) interviewé, justifie ce type de refus en expliquant « *on voit des demandes pour des sortants de prison qui sont difficilement, on va dire...institutionnalisables* ». Tout un paradoxe pour des personnes qui n'ont quasi connu que les institutions. La méconnaissance du public et des services entre eux, semble être un frein à l'accueil des personnes accompagnés par le SPIP dans le dispositif des ACT en Creuse. La professionnelle du SPIP relate dans l'entretien des « *limites de la justice lorsque le secteur psy ne se joint pas à elle* ». Lors de l'incarcération de Nicolas courant 2019 jusqu'en janvier 2021 dans le département de la Corrèze, le SPIP a également tenté, en accord avec Nicolas, de trouver un logement avant sa sortie. Une demande d'ACT a donc été réalisée auprès d'un hôpital psychiatrique de la Corrèze mais celle-ci fût rejetée par les professionnels du dispositif des ACT corrézien, avec comme motivation « *le patient manque d'accompagnement et de stabilité* » (motivations écrites ainsi, et rapportées par la professionnelle du SPIP lors de notre échange téléphonique en 2019). Une justification plutôt surprenante sachant que Nicolas était incarcéré depuis plus d'un an et suivi par le secteur psychiatrique intra-carcéral qui indiquait une bonne adhésion aux soins. Ainsi à sa sortie, Nicolas est retourné vivre au domicile familial et s'est retrouvé à la rue le mois suivant.

L'absence de logement après chaque hospitalisation et incarcération, suppose que les professionnels les accompagnants n'ont pas recherché ou trouvé de logement ordinaire, mais en tentant parfois de trouver une réponse dans des dispositifs spécialisés comme en témoigne la situation de Nicolas. Cette approche émane de la représentation des professionnels à l'égard de ce public qu'ils estiment incapable d'accéder à un logement, et traduit une vision de l'accès au logement comme un aboutissement et non comme un droit « *Et ces représentations vont tendre à maintenir une part des sortants de détention dans des structures d'hébergement, plutôt que de les orienter vers le logement dit autonome* » (Delcourt, 2020).

La professionnelle du SPIP interviewée évoque la difficulté ajoutée par l'absence de centre de détention en Creuse. En effet, le département justifie d'une maison d'arrêt accueillant les personnes en attente d'être jugées ou celles dont les peines sont courtes, mais pour les peines plus longues, elles devront être purgées dans un autre département. Ainsi la recherche d'un lieu de vie à la sortie de détention par le SPIP, est d'autant plus difficile lorsqu'une personne sans logement comme Dylan ou Nicolas souhaitent revenir vers leur département d'origine.

De plus, des études mettent en relief des modalités de vie en milieu carcéral inadaptées aux personnes présentant des troubles psychiques, et qui pourraient être déterminantes dans l'apparition de ses troubles (Palma, 2023), mais également pour des personnes chez qui les troubles existaient auparavant « *l'environnement carcéral peut avoir une incidence néfaste sur des troubles déjà préexistants* » (Delcourt, 2020). Concernant des personnes orientées en détention en proie à des troubles psychiques préexistants, la prison peut être un lieu pathogène, un lieu où l'enfermement est significatif d'une sanction. En effet, le soin à l'attention de ces personnes est peu présent par manque de moyens. A l'époque où l'hôpital psychiatrique prenait en charge ces personnes, la « *désinstitutionnalisation* » de la psychiatrie avait pour objectif de définir l'hôpital psychiatrique comme un lieu de soin et non plus comme un lieu de vie en créant une offre de soins extrahospitaliers au sein de la cité, à proximité de ces personnes (Baronnet & Alberghini, 2018). Seulement cette désinstitutionnalisation fût synonyme d'une diminution drastique des lits d'hospitalisation intra-hospitalier non compensée en ambulatoire, rendant difficile l'accompagnement global dont les personnes en grande précarité ont besoin, « *la psychiatrie de secteur, faute de moyens, [est] dans l'incapacité de fournir des solutions rapides et adaptées aux personnes en souffrance psychique et psychiatrique* » (Baronnet & Alberghini, 2018). En effet, le manque de moyens alloués au secteur de la psychiatrie concomitamment à l'augmentation de la demande, a entraîné chez les soignants des pratiques orientées avant tout sur le versant strictement médical, en écartant bien souvent la situation globale de la personne, considérée alors comme relevant du champ du social. Le dévoiement de la désinstitutionnalisation de la psychiatrie a engendré des prises en charge précaires, parcellaires et peu adaptées aux personnes les plus démunies (Baronnet

& Alberghini, 2018). Aujourd'hui, les psychiatres « *[renoncent] à cette indication d'hospitalisation* » concernant les personnes qui commettent des délits (Palma, 2023), et les prisons endossent désormais leur prise en charge mais dans des conditions inadaptées, voire pathogènes, en raison notamment des « *conditions d'incarcération et à la situation actuelle de la psychiatrie publique* » (Palma, 2023).

Cette prise en charge parcellaire de la psychiatrie est également dénoncée par les infirmières de l'EMP interviewées. Ces dernières évoquent également la récurrence des hospitalisations en invoquant l'absence de prise en compte globale de la personne par le secteur intra-hospitalier « *on gère le symptôme qui est bruyant mais on ne travaille pas le reste. Si on travaille le fond, le logement, la famille, la mobilité, l'éducation thérapeutique du patient par rapport à sa maladie, par rapport au traitement, on limitera pour certains les ré-hospitalisations* » (infirmières EMP).

Les deux professionnelles ajoutent à cette problématique, celle des « *sorties contre avis médical* » où les personnes sortent d'hospitalisation alors que le psychiatre estime que ces dernières relèvent encore de soins en intra-hospitalier. Ce cas de figure implique une sortie d'hospitalisation « *contre signature [...], sans suivi [médical], sans ordonnance, sans rien quoi* » (infirmières EMP). Dans cette perspective donc, aucune alternative n'est proposée aux personnes en extrahospitalier notamment. Soit, elles se plient aux recommandations médicales, soit elles les refusent mais sans autre proposition, traduisant ainsi le manque de participation sociale de ces personnes. Une étude réalisée sur les personnes souffrant de troubles psychiques témoignant de ruptures « *résidentielles* » dans leurs parcours, corrobore le discours des infirmières. En effet, celle-ci met en exergue « *Une prise en charge des troubles psychiques souvent limitée aux périodes de crise* » entraînant « *[...] une remise à la rue des personnes, sans qu'une transition ni un relais avec le secteur extrahospitalier et/ou médico-social ne soit le plus souvent assurée* » (Baronnet & Alberghini, 2018).

L'approche systémique se distingue de ces pratiques orientées avant tout sur les symptômes, la pathologie, et la réponse médicamenteuse. En effet, celle-ci « *favorise la réorganisation de l'individu dans les divers contextes où il évolue, en misant sur la circulation de l'information plutôt que sur le contrôle* » (Blanchette, 1999). Elle s'inscrit dans une approche globale de la personne, en considérant l'individu dans ses interactions avec l'environnement « *on ne pourra aider quelqu'un si l'on ignore son milieu de vie, ou si l'on ne se soucie pas de la façon dont la relation d'aide modifie ce milieu* » (Louis Landry Balas, 2008).

La Haute autorité de santé (HAS) recommande de centrer l'intervention des professionnels du soin et des autres secteurs, sur le « *pouvoir d'agir des personnes [...]* dans la perspective de leur rétablissement » (HAS, 2024). Ces recommandations s'inscrivent à l'attention des personnes en situation de grande précarité présentant des troubles psychiques, et traduit dès les premières lignes, le logement comme l'un des déterminants de la santé

mentale. Ses recommandations traduisent une logique de parcours « *Proposer une approche globale incluant l'accès à un logement (ou un « chez-soi ») et un accompagnement clinique et social adaptés* » (HAS, 2024).

Nous constatons à travers les points de ruptures des parcours de Dylan et Nicolas, un manque de collaboration entre les secteurs. Qu'ils soient sortis contre avis médical, ou après plusieurs mois d'hospitalisation, ou encore de détention, la question du logement ou d'un « chez soi », a peu été prise en compte. Ce constat traduit chez les professionnels et notamment ceux de la psychiatrie, leur « *incapacité à appréhender le caractère multiforme des problèmes sociaux* » (Muniglia, 2016).

Ce manque de prise en compte du handicap psychique dans les secteurs de la psychiatrie et du milieu carcéral, s'observe également dans le secteur de l'hébergement d'urgence.

3)2 L'exclusion des plus démunis renforcée par les difficultés de collaboration des secteurs de la psychiatrie et du mal-logement

Qu'il s'agisse d'Audrey, Nicolas, Fabien ou Dylan, tous ont connu l'accueil d'urgence en Creuse, et aussi dans d'autres départements concernant Dylan. D'après la cheffe de service de l'accueil d'urgence (115, accueil de jour, et SIAO) enquêtée, l'organisation du secteur de l'hébergement d'urgence à l'attention des personnes sans-abris en Creuse, se régit sur deux niveaux : le premier répond à l'immédiateté et concerne l'accueil d'urgence ; le second correspond au dispositif d'accueil, d'hébergement et d'insertion (AHI). L'accueil d'urgence se traduit par les abris de nuit (réservés aux hommes), l'hôtellerie (réservé aux femmes, aux familles avec enfants), et l'accueil de jour. Le niveau de l'AHI en Creuse est accessible sur orientation de la « commission SIAO », et le CHRS de Creuse situé à Guéret (préfecture du département) est l'une des réponses possibles.

Un sentiment d'abandon de la psychiatrie chez les acteurs de l'hébergement d'urgence :

Aussi bien l'interview réalisée avec la cheffe de service de l'accueil d'urgence, qu'avec le chef de service du CHRS, révèlent le manque de liens avec la psychiatrie. La professionnelle de l'accueil d'urgence se souvient « *une fois à l'accueil de jour, on a compté et y'avait ce jour-là trois personnes sur cinq qui relevaient de troubles psy* ». Tandis que le professionnel du CHRS exprime « *on a vraiment l'impression d'être une succursale de l'hôpital psy* ». En effet, face à des personnes comme Audrey qui « *hurle les nuits [...] parle à une entité invisible* » (écrits du CHRS lors de son deuxième départ du domicile conjugal), ou Nicolas, Fabien et Dylan qui témoignaient d'un « *sentiment de persécution* », de « *conduites addictives sévères* », d'« *auto-agressivité et agressivité* », d'« *hallucinations* » (description retrouvée pour ces trois personnes dans plusieurs rapports), les professionnels se sentent dérouterés et bien souvent démunis.

La professionnelle de l'accueil d'urgence se souvient d'une personne pour qui le service avait appelé l'hôpital psychiatrique et s'était entretenu avec un infirmier (inconnu) qui travaillait dans une unité. Les travailleurs sociaux de l'hébergement d'urgence estimaient qu'elle était en danger « *elle ne mangeait quasi rien car elle était persuadée que quelqu'un voulait l'empoisonner, elle perdait du poids à vue d'œil, elle avait dû mal à marcher au bout d'un moment tellement elle était faible* ». D'après ses dires, l'infirmier lui a répondu « *qu'elle n'était pas assez décompensée* ». Bien que les services de l'hébergement d'urgence travaillent régulièrement avec les infirmières de l'EMP, en dehors des permanences (une demie journée par semaine) elles ne sont pas forcément disponibles, et leurs horaires de travail ne coïncident pas toujours avec le besoin (notamment les soirs et week-end).

Le chef de service du CHRS interviewé, relate inviter les professionnels extra-hospitalier qui accompagnent les personnes hébergées, lors des commissions de suivi de projet que le CHRS organise, et déplore le fait qu'ils soient systématiquement absents « *on les invite à nos réunions, et même lorsqu'ils connaissent la personne, ils ne viennent jamais* ». Les professionnels de terrain tentent d'échanger avec le secteur de la psychiatrie, mais en dehors des infirmières de l'EMP, ils ne semblent pas avoir d'autre interlocuteur qui pourrait dans ces situations leur apporter des réponses. Le dialogue reste à construire entre l'association porteuse des dispositifs d'hébergement d'urgence (115, accueil de jour, SIAO et CHRS), et l'hôpital psychiatrique.

Le manque de dialogue entre les professionnels de l'hébergement d'urgence et ceux de la psychiatrie s'explique également avec la difficulté d'accès aux soins.

La problématique d'accessibilité aux soins psychiatriques des personnes en grande marginalité :

La désinstitutionnalisation inaboutie du secteur de la psychiatrie engendrant un manque de soignants et de moyens dans les services extrahospitaliers, ne permet pas ou peu aux professionnels « *de pratiquer « l'aller vers » alors que cette dernière pratique est un préalable indispensable à l'accès aux soins des personnes très précaires et à la rue* » (Baronnet & Alberghini, 2018). En effet en Creuse, bien que les infirmières de l'EMP prévoient une demi-journée fixe par semaine dans leurs agendas pour se rendre à l'accueil de jour et au CHRS, elles ne se déplacent que sur rendez-vous programmé au préalable. Une pratique qui interroge face au public auquel l'EMP s'adresse. Ce service ne semble pas échapper à cette « *logique de gestionnarisation* » (Baronnet & Alberghini, 2018), où les responsables à temps partiel sur différents services, semblent très éloignés des réalités de travail et des accompagnements menés « *ils ne savent pas vraiment ce qu'on fait et nous demandent rien à ce sujet, seulement des chiffres* » (infirmières EMP). L'institution semble avant tout préoccupée par le nombre

d'actes réalisés par les infirmières. Celles-ci semblent relativement désabusées face à deux réalités opposées : l'intérêt des personnes accompagnées contre l'intérêt financier. Ainsi la logique de l'hôpital psychiatrique, contraint les infirmières de l'EMP à adopter des pratiques professionnelles qui ne favorisent pas le lien avec les personnes sans-abris.

La difficulté d'accès au soin renvoie également à une problématique de temporalité. En effet, les personnes sans-abris vivent dans un autre espace-temps que les professionnels notamment, celle de l'immédiateté, afin de survivre et se procurer le minimum vital. Bien que subjective, cette temporalité est ressentie très différemment chez les personnes de la grande précarité « *En effet, les individus qui font l'expérience du sans-abrisme sont amenés à développer un rapport spécifique au temps, (dé)structuré autour de repères spatio-temporels façonnant leur existence en l'absence d'espace-temps domestique et professionnel qui rythmeraient les jours et leur enchaînement* » (Lelimouzin & Besozzi, 2023). Quand ces personnes tentent de s'engager vers une réinsertion sociale, toutes les démarches nécessaires sont rythmées par les institutions qui leur imposent « *des temps de latence, le plus souvent investis négativement par les personnes accompagnées* ». Cette temporalité peut procurer chez la personne, un sentiment d'incompréhension. En effet, l'espace-temps entre l'acceptation d'une rencontre avec un psychiatre d'un centre médico-psychologique (CMP) par exemple, et la date du rendez-vous peut durer « *plusieurs mois* » d'après les professionnels de l'hébergement d'urgence. Cette attente passive peut engendrer un certain mal-être chez la personne et « *être vécue comme un manque d'intérêt au moment même où le besoin de soutien est à son apogée* » (Lelimouzin & Besozzi, 2023), au risque de provoquer un abandon, voire un rejet, de la démarche de soins à peine entamée. Audrey, Nicolas, Dylan et Fabien l'ont tous expérimentée.

Fabien avait à une époque accepté de rencontrer un infirmier d'un CMP et nous avons pu observer que les professionnels « *[...] ont encore des pratiques qui ne sont pas adaptées au public très précaire en situation d'exclusion* » (Baronnet & Alberghini, 2018). En effet, un mois après la mise en place de cet accompagnement, le service du CMP a mis fin à celui-ci en justifiant cette décision par le fait que Fabien ne respectait pas les horaires des rendez-vous (motivation notée lors d'un échange avec ce dernier). Fabien à l'époque alternait entre le squat chez des connaissances et la rue, sa réalité relevait de préoccupations vitales au quotidien, et son rapport au temps et à l'espace en était affecté. Face à ce comportement, certains professionnels des institutions l'interprètent comme un manque de motivation, de l'indifférence, voire de la provocation. Dans cette mesure, une forme d'incompréhension réciproque s'installe entre l'accompagnant et l'accompagné, au risque de rompre l'accompagnement. Audrey, Nicolas, Dylan et Fabien l'ont tous vécu.

Des dispositifs de l'AHl peu adaptés à l'accompagnement des personnes en proie à des troubles psychiques, renforçant le risque de rupture, et les pratiques d'exclusion :

La commission SIAO en Creuse, se réunit une fois par semaine en présence de différents services représentés par des professionnels : de l'accueil d'urgence, du CHRS, de la DDETSPP (financeur), de la pension de famille, des services sociaux territoriaux (municipal et départemental) et depuis 2022, du SPIP. D'après les professionnels de l'hébergement d'urgence, la présence des acteurs est régulière. Les réponses ne concernent que de l'hébergement accompagné, « *l'hébergement classique, ce n'est pas notre job* » (chefe de l'accueil d'urgence).

Un grand paradoxe subsiste dans le fait que les politiques sociales missionnent les professionnels de l'hébergement d'urgence à lutter contre les exclusions, et les contraignent concomitamment à participer aux processus d'exclusion de certaines catégories de personnes. En effet, l'absence d'accompagnement adapté sur le territoire génère une crainte chez les professionnels de l'hébergement d'urgence, qui par manque d'articulation et de collaboration entre les décideurs des politiques publiques (financeurs, secteur de la psychiatrie, du médico-social, du mal-logement), éprouvent un sentiment d'impuissance, voire de maltraitance à l'égard des personnes qu'il accompagnent, et « *crée la méfiance entre acteurs, qui sont alors très enclins à refuser à l'avenir l'accompagnement des personnes aux besoins complexes par crainte de se retrouver, in fine, seuls face à des situations inextricables.* » (Drobi, 2019a). Ainsi, ils instaurent une sélection sur un public de plein droit et participe ainsi à leur exclusion. En raison de ses hurlements les nuits, Audrey a été exclue de l'hôtel et remise à la rue. La professionnelle de l'accueil d'urgence explique « *on n'avait pas de solution pour elle, l'hôtel ne souhaitait plus la garder* ». Tout comme Fabien qui après quelques nuits passées à l'accueil d'urgence, a dû quitter l'abri de nuit et remis à la rue en raison d'un comportement jugé « *provocateur* » dans les rapports des professionnels. Par manque de collaboration avec le secteur de la psychiatrie, de sensibilisation des professionnels de l'accueil d'urgence, et de moyens (personnels formés, dispositifs spécifiques...), certaines personnes en sont exclues.

Aussi bien le professionnel du CHRS, que la professionnelle de l'accueil d'urgence, siégeant tous deux à ces commissions, n'évoquent le terme « sélection ». Ils relatent cependant des problématiques concernant l'accueil des personnes souffrant de troubles psychiques, comme le soulignent plusieurs études sur le sujet « *[...] dans un contexte professionnel déjà tendu, les structures de l'AHl peuvent mettre en œuvre des pratiques de sélection ou d'évitement des publics avec des troubles psychiatriques* » (Baronnet & Alberghini, 2018). N'ayant aucune perspective rapide derrière l'accueil au CHRS, les deux professionnels de l'hébergement d'urgence argumentent que ce temps d'accueil de six mois n'est

pas suffisant, et les orienter monopoliserait donc une place pendant longtemps. En effet, comme l'indique le professionnel du CHRS, leur financeur présent également lors des commissions SIAO, leur demande de pouvoir assurer une « *fluidité et le turn-over* » pour « *permettre de désengorger les services d'urgence* ». Nous comprenons que lors de cette commission SIAO, les professionnels opèrent une sélection à l'attention des personnes en souffrance psychique. D'ailleurs nous avons pu le constater concernant Fabien pour qui la commission SIAO a refusé l'accès à un hébergement accompagné. Ainsi la logique du financeur basée sur la « *fluidité et le turn-over* » pour des raisons financières, nuit à l'accès des personnes en souffrance psychique, et crée leur exclusion. Conscients mais impuissants, et encouragés par leur financeur, les acteurs de l'hébergement d'urgence participent à l'exclusion des personnes en proie à des troubles psychiques, et « *réactivent les figures du bon et du mauvais pauvre, théoriquement mises à mal par le principe d'inconditionnalité de l'accueil.* » (Schlegel, 2017).

Les réponses existantes de la commission de l'AHI sur le territoire creusois sont limitées et réduites à des dispositifs peu adaptés à l'accompagnement des personnes comme Audrey, Dylan, Fabien et Nicolas. Bien que l'accueil du CHRS au-delà des six mois par exemple puisse être renouvelé, il se réalise mois par mois avec l'accord du financeur. Chaque accueil donne lieu à la formalisation d'un contrat d'accueil entre la personne et le CHRS. Ainsi, Dylan a signé vingt contrats avec le CHRS, et Nicolas treize. Lors d'une rencontre en présence de Nicolas, la professionnelle du PCPE avait pu observer le changement de posture de ce dernier à mesure que l'échéance de l'accueil au CHRS était répétée face à l'absence de réponse « *petit à petit je l'ai vu se recroqueviller* » (professionnelle du PCPE). L'accueil limité et contractualisé renforce la précarité et l'insécurité de la personne en lui rappelant sans cesse l'épée de Damoclès existante.

Les dispositifs comme celui des accueils de nuit, accueil de jour, du SIAO, ou du CHRS, ne sont pas adaptés pour accueillir et accompagner les personnes sans-abris en proie à des troubles psychiques. Le cadre légal de ces dispositifs rappelé par le financeur, induit chez les professionnels de l'hébergement d'urgence, des logiques qui peuvent témoigner de contradictions avec le droit de ces personnes et leurs besoins. En effet, le manque de personnels dans les services ambulatoires, le manque de moyens des dispositifs d'hébergement d'urgence, le manque de formation des professionnels, et l'absence de réponse appropriée, sont autant de facteurs qui participent au risque de rupture de parcours.

L'analyse de parcours ainsi que les entretiens réalisés auprès des professionnels mettent en exergue la faiblesse des ressources du territoire creusois, et des logiques professionnelles instaurées par les financeurs qui nuisent à la logique de parcours, et participent au risque de

ruptures. Ces logiques trouvent notamment leur racine dans le cloisonnement des politiques publiques, le manque de collaboration entre les secteurs, la désinstitutionnalisation de la psychiatrie inaboutie, et des dispositifs peu adaptés à ce public de la grande précarité en souffrance psychique.

Nous constatons que la mise en œuvre des pratiques professionnelles intra et inter-secteurs selon la logique de parcours, impose une transformation des modalités d'organisation de ces secteurs. La notion de parcours appelle à définir avec les personnes « *leur projet de vie* » selon « *deux dimensions : celles des besoins évidemment, mais aussi celle des attentes des usagers ou de leurs proches* » (Guirimand & Mazereau, 2018).

Ainsi, pour prévenir et trouver des solutions aux personnes en situation de handicap (psychique notamment) en rupture de parcours, le dispositif « réponse accompagnée pour tous » a été créé. Il porte un objectif ambitieux puisqu'il s'appuie sur la logique de parcours, qui reste encore à développer en Creuse.

III. La démarche RAPT : une ambition ou une utopie ?

Evoquée en première partie, la démarche « réponse accompagnée pour tous » (RAPT) est basée sur une approche transversale, globale, et plaide l'intersectorialité en rassemblant avec et autour de la personne les professionnels de tous les secteurs concernés. Son ambition vise à apporter des solutions aux personnes en situation de handicap sans solution et à leur entourage, mais au-delà d'une réponse individuelle et particulière, la démarche souhaite dans sa conception l'ouverture de la société dans une visée inclusive.

Pour la mise en place de la démarche RAPT en janvier 2018, quelques financements ponctuels ont été alloués aux MDPH par la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), mais aucun depuis. La CNSA intervient en appui sur l'ensemble de la démarche RAPT, et par sa récolte de données transmises par l'ensemble des MDPH, celle-ci nous renseigne d'une mobilisation des plans d'accompagnement globaux (PAG) à hauteur de 38% concernant les adultes au niveau national, contre 67% sur le département de la Creuse. Parmi les adultes en Creuse, 100% représentent des personnes ayant des troubles psychiques, et 50% d'entre eux rencontrent une problématique en lien avec le logement (décembre 2023).

Depuis janvier 2018, nous observons au niveau national un déploiement de la démarche par les MDPH au-delà du dispositif réglementaire. En effet, les chiffres remontés à la CNSA ne concernent plus strictement les demandes de PAG, mais toutes les situations repérées en rupture ou en risque par les MDPH. Ce repérage se réalise à travers le dépôt d'un dossier, et/ou un échange avec la personne, son représentant légal, sa famille, ses proches, et/ou après sollicitation de la MDPH par un partenaire. Le formulaire de demande d'un PAG est long et fastidieux à remplir, et face notamment aux personnes en grande précarité, cette « paperasse » n'a pas de sens et peut être source d'incompréhension et mettre ainsi des barrières. C'est pourquoi ces pratiques au sein des MDPH se sont développées, afin d'alléger et de simplifier l'accès. Le travail afférent à ces situations est réparti en Creuse, entre la référente PAG, la coordinatrice générale, et les membres de l'équipe pluridisciplinaire de la MDPH. Parmi les situations choisies, seule la situation de Fabien n'a pas fait l'objet d'une demande officielle de PAG mais l'organisation de la démarche s'est par la suite construite de façon similaire.

Contextualisation des sollicitations de l'EPE MDPH par les partenaires

Concernant les quatre situations, la MDPH a été interpellée par mon biais, je suis ainsi intervenue au nom de l'équipe pluridisciplinaire tout au long de la mise en place des PAG.

Les échanges entre les professionnels et l'EPE MDPH concernant ces situations ont eu lieu dans le cadre des GOS organisés par la MDPH, mais également en dehors. En effet,

l'EPE est régulièrement sollicitée par mail et par téléphone. De plus, la Creuse est un petit département et offre de nombreuses occasions aux professionnels (peu nombreux et toujours les mêmes représentants) de se retrouver.

Dylan (23 ans) : le premier contact s'est réalisé par téléphone en octobre 2020, puis un deuxième échange (en visioconférence dans le contexte de pandémie) s'est réalisé à la mi-novembre avec une éducatrice et le chef de service du CHRS. Dylan y était accueilli depuis sa sortie d'hospitalisation en septembre 2019. Dylan bénéficiait alors d'une AAH, du complément de ressources (CPR), d'une orientation FH-ESAT. Une mesure de protection judiciaire, une curatelle renforcée, avait été décidée en février 2020. Il était suivi par le SPIP en charge de veiller aux décisions du juge : 40h de travaux non rémunérés (TNR), accompagnés d'une obligation de soins, de travail, et le port d'un bracelet électronique jusqu'en octobre 2021. Ainsi, Dylan était suivi par le CMP (infirmier et psychiatre), et était accompagné par la mission locale. Le caractère d'urgence a été défini par le chef de service du CHRS en raison du dépassement (de sept mois) du délai d'accueil. La RAPT a été présentée (envoi d'un mail par la suite au CHRS, ainsi qu'à la mandataire), et la MDPH a été saisie fin décembre 2020 par la curatelle.

Nicolas (31 ans) : j'ai été contactée par la professionnelle en charge de sa curatelle renforcée en février 2021. Nicolas était sorti de détention en janvier et n'ayant pas de domicile, il était retourné vivre chez sa mère et son beau-père, pour se retrouver à la rue le mois suivant. Il bénéficiait d'un suivi par le SPIP : 40h de TNR, accompagnés d'une obligation de soins, de travail, et d'une dette auprès du CHS Creuse en raison de l'incendie qu'il avait commis en 2019 au sein de l'appartement thérapeutique dans lequel il vivait. Ainsi il était suivi par le CSAPA (porté par le CHS), le 115 qui l'hébergeait régulièrement, mais aucun accompagnement n'était mis en place pour répondre à son obligation de travail. La RAPT a été présentée et saisie rapidement après.

Fabien (28 ans) : contrairement aux trois autres personnes, je le connaissais déjà au moment où la directrice du FH m'a contactée pour m'informer de son départ afin de s'installer chez sa copine en septembre 2021. Je l'avais rencontré pour la première fois en 2017, au moment où il rencontrait des difficultés avec l'ESAT, juste avant sa démission. Depuis, sa situation était abordée régulièrement en réunion d'équipe pluridisciplinaire « médico-sociale » avec le FH de façon à instaurer une veille et un soutien auprès des professionnels. Depuis Fabien restait en contact avec moi, il m'appelait et passait à la MDPH régulièrement. Il bénéficiait d'une AAH, d'une orientation FH-ESAT. A la suite de cette information, j'ai invité Fabien à la MDPH pour échanger de ses souhaits. Ce dernier désirait vivre avec sa copine et travaillait dans le milieu ordinaire, le service du PCPE lui a été présenté pour le soutenir dans ses démarches. En effet, les retours réalisés lors des équipes « médico-social » par les

partenaires de pôle emploi et du dispositif de l'emploi accompagné, témoignaient d'un « épuisement » des professionnels. C'est au moment où il s'est retrouvé sans domicile, en avril 2022, que nous avons initié un travail selon l'approche de la RAPT en accord avec Fabien et la mandataire.

Audrey (38 ans) : une professionnelle du 115 m'a appelée par téléphone mi-juin 2022. Audrey bénéficiait d'une AAH, du CPR, et d'une orientation SAVS. Une mesure de protection judiciaire, une tutelle, avait été décidée en mai 2022. Elle fréquentait du lundi au dimanche l'accueil de jour, et alternait les nuits entre la rue, et ses parents qui vivaient à trois dans un studio et dont les « crises nocturnes » d'Audrey les « effrayaient » selon les propos de la professionnelle. À la vue du caractère d'urgence de la situation, la RAPT a été présentée (envoi d'un mail à la mandataire), et la MDPH a rapidement été saisie par la tutelle après.

L'analyse des différents GOS (cf. Annexe1) mis en place par la suite, révèle certains enjeux dans la mise en place du partenariat.

1) Les enjeux du partenariat

Evoqués en première partie, les GOS visent à rassembler les professionnels pouvant permettre de trouver des solutions. L'organisation des GOS concernant les quatre personnes, a été réfléchi entre le professionnel ayant saisi l'EPE MDPH, la référente PAG, une collègue infirmière et moi-même. J'en ai assuré l'animation avec la participation active de mes collègues. A cet effet, deux propositions de dates sont choisies, ainsi que le choix des professionnels à inviter. Ils correspondent d'une part à ceux déjà présents autour de la personne, et d'autre part à ceux susceptibles d'apporter une réponse.

Le dilemme de l'EPE MDPH : le souhait des personnes VS la construction de collaborations

Lors de la réflexion du choix des professionnels à associer, la question du logement ordinaire a toujours été abordée par l'EPE, mais très vite balayée par les professionnels qui estimaient Audrey, Nicolas, Fabien, et Dylan dans l'incapacité de s'y maintenir.

Dylan fût la première situation de sans-abrisme présentant des troubles psychiques, pour laquelle la MDPH a été sollicitée. Le discours du CHRS lors des premiers échanges, n'offrait aucune perspective dans la recherche d'un logement ordinaire. De plus, les professionnels rappelaient sans cesse les impératifs ordonnés par leur financeur (DETSPP) quant au délai d'accueil largement dépassé (de plus de sept mois). L'organisation et l'animation des GOS sont de la responsabilité de la MDPH, et l'un de ses enjeux relève de la construction du partenariat car « *Il ne peut exister qu'à partir d'une volonté partagée* » (Maraquin, 2015). En effet, le partenariat exige la reconnaissance mutuelle des compétences, il vise à établir un

rapport d'égalité et repose sur la prise de décisions partagées. Il conduit à des actions de coopération et des initiatives favorisant le consensus dans diverses applications pratiques (Maraquin, 2015). Dans un contexte où le temps était (dé)compté, où le CHRS estimait Dylan incapable de vivre en logement ordinaire, l'EPE a fait le choix en plus de ceux existants, de n'inviter que des partenaires relevant du secteur médico-social, afin de ne pas nous positionner en opposition au CHRS (le PCPE, les deux FH situés sur Guéret, et le service d'accueil de jour (SAJ)). L'ensemble des acteurs invités étaient présents. J'ai rencontré Dylan en amont du GOS.

S'agissant d'Audrey et Nicolas, tous deux dormaient régulièrement à la rue (en alternant avec de la famille) lorsque l'EPE a été interpellée. Là encore, qu'il s'agisse de l'éducatrice de l'accueil de jour, et de la mandataire, toutes deux relataient leur incapacité à vivre dans un logement ordinaire, tout en partageant leur souhait d'y accéder. L'objectif visait une réponse rapide. Ainsi, en sus des professionnels déjà présents autour d'Audrey, la MDPH a invité au premier GOS le CHRS, les deux FH situés sur Guéret et le PCPE. Concernant Nicolas, le discours de la mandataire témoignait d'une profonde inquiétude. Elle relatait un discours par téléphone chez Nicolas, décousu, voire incohérent, et craignait qu'il soit retombé dans la consommation de drogues. Cette dernière ne savait pas vraiment où il se situait, elle observait en raison des sollicitations financières, qu'il naviguait entre Guéret (115), et d'autres départements. Le choix s'est donc limité dans un premier temps à rassembler les professionnels intervenants, ainsi que le PCPE. Aussi bien pour Audrey, que pour Nicolas, tous les professionnels ont répondu présents. Le premier GOS pour Audrey s'est déroulé début juillet 2022, et concernant Nicolas en mars 2021. Tous deux ont été rencontrés par l'EPE MDPH (infirmière ou moi-même) en amont du premier GOS et chacun d'eux a pu exprimer clairement leur souhait de vivre en logement ordinaire.

En raison du choix des professionnels invités (aucun permettant de travailler l'accès au logement ordinaire), l'EPE a réellement été confrontée à une question éthique en mettant au second plan le souhait des personnes. En effet, comment créer un travail collaboratif avec les professionnels qui sollicitaient l'EPE MDPH sans tenir compte de leur expertise professionnelle, et se positionnant contre leur avis ?

La collaboration : un enjeu dans la construction du partenariat

Le premier GOS de Dylan en février 2021, a réuni pour la première fois des professionnels issus de plusieurs secteurs : du mal-logement, de la psychiatrie, de la justice, de la protection judiciaire, de l'insertion professionnelle, du médico-social, et du social.

Depuis les premiers échanges en octobre 2020, le CHRS n'a eu de cesse de rappeler le dépassement du délai d'accueil de Dylan au sein de leur structure. En effet, l'accueil de six mois était renouvelé de mois en mois depuis avril 2020, et le CHRS exprimait qu'il ne pourrait plus encore l'accueillir bien longtemps. Ce contexte a réellement mis une pression sur l'EPE MDPH, ainsi que les professionnels du PCPE où l'orientation s'est décidée à la suite du premier GOS. Le PCPE a alors mis en place l'intervention d'un éducateur afin de rechercher un accueil en FH. Le CHRS s'adressait avant tout à la MDPH, c'est pourquoi l'EPE MDPH a été désignée coordonnateur du PAG. Cinq autres GOS (le dernier en septembre) ont été organisés jusqu'à l'entrée de Dylan au FH en octobre 2021, afin de suivre les avancés et ajuster ensemble, les recherches selon les retours de Dylan et des professionnels « *L'éloignement du terrain est [...] un frein à la coordination pour le coordinateur des coordinateurs* » (Mellier, 2018). En dehors des GOS, le PCPE était nommé pour mettre en place les actions définies dans les PAG (rencontre avec des familles d'accueil, stages en FH, au SAJ, en ESAT) en lien avec les autres partenaires concernés.

Ces différentes rencontres ont notamment permis aux acteurs du PCPE et de l'EPE de rencontrer et de faire connaissance avec le public de la grande marginalité en souffrance psychique, jusque-là méconnu de nos services. Nous avons progressivement appris par le biais des rencontres avec les personnes concernées, ainsi qu'auprès des professionnels spécialistes de la grande marginalité, les besoins spécifiques de ces personnes, les dispositifs existants, les fonctionnements des acteurs du mal-logement. En effet, ces rencontres ont favorisé l'acculturation réciproque des professionnels : « *La MDPH permet qu'on puisse se rencontrer et c'est super. La richesse de nos partenariats, c'est qu'on s'apporte la compétence les uns et les autres* » (chef de service du CHRS interviewé). Ces rencontres entre le CHRS, le PCPE, le SAJ et la MDPH notamment, ont favorisé une dynamique collaborative entre les services.

En effet, pour les situations de Dylan et Nicolas, le CHRS s'est appuyé sur ces collaborations lors des demandes (mensuelles) de maintien au-delà des six mois auprès du financeur (DETSPP) « *vous [MDPH, PCPE, SAJ] êtes derrière nous et ça donne du poids* » (chef de service CHRS), et aucune n'ont été refusées (20 demandes de renouvellement pour Dylan, et 11 concernant Nicolas).

Malgré le cadre réglementaire, ainsi que leur organisation (règlement intérieur), le chef du CHRS enquêté indique que leur accompagnement a beaucoup évolué depuis, les professionnels s'affranchissent de plus en plus du cadre pour innover et adapter leur accompagnement aux besoins des personnes accueillies. Par exemple, bien que l'alcool soit interdit dans l'enceinte du CHRS, les professionnels après différentes tentatives, ont accepté de déroger pour certaines personnes qu'ils accueillaient (addiction reconnue et suivie), et ont

conservé sous clé l'alcool dans le bureau du chef de service de façon à aider la personne à réguler sa consommation. Le chef du CHRS indique que cette pratique n'aurait jamais pu être imaginée, et encore moins instaurée sans ces rapprochements avec le secteur médico-social.

Ces dynamiques collaboratives semblent cependant plus difficiles à mettre en place avec le secteur de la psychiatrie. Concernant Audrey et Dylan, les professionnels ont toujours été présents lors des GOS : une infirmière de l'EMP au premier GOS d'Audrey, puis une infirmière du CMP après son hospitalisation début août 2022 ; et un infirmier du CMP pour Dylan dans le cadre de son obligation de soins. S'agissant de Nicolas et de Fabien, la présence du secteur de la psychiatrie fût beaucoup plus laborieuse : l'infirmier intervenant dans le cadre de l'obligation de soins pour Nicolas a été présent seulement au premier GOS, et le chef de service du CMP pour Fabien est venu aux deux premiers.

Dans le cadre des recherches de solutions, les appartements thérapeutiques en ALT ont été pensés comme une réponse éventuelle pour Audrey, Nicolas et Fabien. Néanmoins, cette idée restait vaine pour Nicolas et Fabien en l'absence de professionnels de la psychiatrie. Lorsqu'un professionnel était présent comme pour Audrey, ce dernier faisait acte de présence, mais n'avait aucun pouvoir décisionnel, rendant toute exploration du côté des dispositifs portés par la psychiatrie, vaine. L'implication des acteurs de la psychiatrie était très limitée.

De plus, lors des rencontres organisées par les partenaires (CHRS et/ou PCPE) en dehors des GOS, le secteur de la psychiatrie était absent alors que « *La continuité de l'intervention socio-sanitaire est la clé du succès* » (Laforcade, 2017). En effet, le chef de service du CHRS indiquait « *on invite les soignants [CMP ou CSAPA] qui accompagnent et donc qui les connaissent, mais ils ne viennent jamais. Je sais bien qu'ils n'ont pas le temps mais c'est dommage* ». En résulte une « *insatisfaction* » réciproque entre les secteurs car « *Tous se plaignent de ne plus pouvoir exercer correctement leur métier, les uns à force de trop de sollicitations jugées indues, les autres du fait de l'absence de réponses à leurs appels réitérés* » (Baronnet & Alberghini, 2018).

Ce manque de collaboration entre le secteur de la psychiatrie et les autres professionnels dans l'accompagnement des personnes, encourage notamment les partenaires à solliciter l'EPE MDPH pour l'organisation de GOS, afin de rencontrer la psychiatrie et tenter de mettre en place un accompagnement basé sur la globalité et la continuité. Néanmoins même s'ils répondaient présents lors des GOS, les professionnels de la psychiatrie peinaient à adopter la logique de parcours alors que « *L'accès au logement et le maintien dans celui-ci semblent être la première clé du succès* » et « *nécessite un continuum dans la prise en charge, entre soins et accompagnement médico-social* » (Laforcade, 2017). En effet, le manque de moyens alloués à ce secteur, le manque de soignants, de temps pour ces derniers, engendrent chez

les professionnels des approches parcellaires dans les accompagnements offerts, et tournées avant tout sur le versant médical strictement.

Le secteur de la psychiatrie en Creuse est particulièrement tendu, il existe d'ailleurs une liste d'attente concernant les personnes qui demandent à être hospitalisées. Dans le discours des professionnels interviewés apparaît sans être nommée, une « logique de rentabilité ». En effet, la professionnelle de l'ARS interviewée, nous indique que le CHS creusois est depuis quelques années rattaché dans sa gestion au CHS du département de la Haute-Vienne. De nombreux psychiatres du CHS de la Haute-Vienne interviennent désormais un à deux jours par semaine au CHS creusois. Nous pouvons ainsi supposer que travaillant sur un temps très réduit au sein du CHS creusois, leur implication concernant l'ensemble des réflexions de l'établissement paraît d'autant plus difficile. Comment prendre en compte la personne hospitalisée dans sa globalité alors qu'ils ne connaissent pas ou peu, les autres acteurs des secteurs du (mal) logement, du social, du médico-social, et ne participent pas aux instances partenariales ? A ce constat s'ajoute les psychiatres embauchés en intérim, travaillant sur des missions courtes et parfois à temps partiel. Cette organisation engendre chez les psychiatres présents à temps plein de multiples casquettes, et semble participer à leur difficulté d'implication comme le soulignent les infirmières de l'EMP « *notre chef [un psychiatre], il intervient sur plusieurs services et il ne sait pas vraiment ce qu'on fait nous ici. On le voit rarement et il nous ne demande pas grand-chose, si ce n'est d'acter toutes nos dépenses* ». Face au manque de moyens financiers, la « logique budgétaire » semble occuper une place importante dans le fonctionnement de la psychiatrie en Creuse, et celle-ci ne fait qu'accentuer le manque de prise en compte de l'environnement de la personne, ainsi que son manque de participation sociale.

Le manque de coordination participe au risque de rupture

La coordination du partenariat autour du ou des projets élaborés lors du PAG, se définit par le pilotage de l'action des professionnels intervenant. La situation d'Audrey en témoigne la difficulté sur deux temps.

Lors du premier GOS début juillet 2022, le projet élaboré correspondait à l'entrée au CHRS début août. L'objectif d'intégrer le CHRS consistait à se donner du temps pour permettre la mise en place de soins et l'accompagnement d'Audrey dans son quotidien afin d'évaluer sa capacité à vivre seule. Pour accompagner Audrey et soutenir le CHRS, une orientation PCPE a été décidée, ainsi qu'une orientation SAMSAH pour prendre le relai dans un second temps. Une issue transitoire étant trouvée, l'EPE MDPH n'a pas veillé à la mise en place du projet, et aucune coordination n'a été réalisée. La professionnelle exerçant la mesure de tutelle présente lors du GOS a recherché de son côté un logement, et Audrey s'est retrouvée dans un foyer

résidence situé en pleine campagne fin juillet, à quarante kilomètres de ses filles, où ne vivait que des personnes âgées. Bien que nous ne connaissions pas les motivations qui ont poussé la mandataire à se lancer dans cette recherche, l'absence de lien et de coordination entre les professionnels après le GOS, a probablement participé à un certain isolement de cette dernière. Sans nouvelle, le CHRS a admis une autre personne courant août 2022.

Quatre mois plus tard (novembre 2022), la cheffe de service de la mandataire m'a contactée pour relater la souffrance d'Audrey dans ce lieu de vie. En effet, sans moyen de locomotion, ni transport en commun, et entourée de personnes âgées, Audrey ne se sentait pas bien et avait tenté d'en partir à pied (rattrapée sur une route de campagne par les gendarmes). Il n'existait aucun commerce à proximité, et elle ne voyait pas ses filles qui résidaient chez leur père à Guéret. Ainsi face au risque de rupture, un deuxième GOS a été organisé fin novembre 2022, et le PCPE a été nommé pour assurer la coordination afin de permettre à Audrey de voir ses filles, et rechercher un autre lieu de vie. Trois mois plus tard en février 2023, le service du SAMSAH a pu intégrer Audrey dans ses accompagnements. Bien que des pistes commençaient à s'amorcer, l'EPE MDPH a pu observer par le biais d'échanges avec les professionnels lors d'instances informelles, une certaine confusion dans les accompagnements menés. En effet les projets s'entremêlaient, et traduisaient un manque de coordination entre les professionnels. Face à ses remontées, l'EPE a organisé un GOS en mars et en juin 2023 afin de réunir les professionnels, reprendre les projets, ainsi que la place de chaque intervenant. Bien qu'il fût formalisé lors de chaque PAG les visites avec ses filles, elles ne se sont jamais mises en place. Il semble qu'un enjeu de pouvoir soit apparu entre les professionnels du SAMSAH et du PCPE, issus de deux associations différentes « *La coordination [...] comporte une dimension de pouvoir, [...], de hiérarchisation ou de pilotage* » (Mazereau, 2020).

L'absence de lien et de coordination dans un premier temps, puis les enjeux de pouvoir dans un second temps, ont contribué à isoler Audrey de ses filles, sa famille, et son environnement, « *le risque de rupture est certain si ces moyens ne sont pas coordonnés et correctement formés. Dans ces situations, l'approche par le « parcours de vie » n'est pas optionnelle. A ce titre, il convient, [...] de garantir que tous les intervenants vont travailler dans une logique et une culture de parcours* » (Piveteau et al., 2014). Ainsi pour pouvoir revoir ses filles, Audrey s'est retrouvée dans « l'obligation » de reprendre contact avec leur père, l'homme qui la battait et qu'elle a fui à maintes reprises.

Œuvrer dans une logique de parcours pour limiter le risque de rupture, implique la nécessité de relations partenariales et de coordination entre les professionnels : « *La coordination entre les professionnels et les institutions permet de décloisonner les parcours*

de vie en évitant les ruptures dans les suivis » (Mellier, 2018). Néanmoins, la construction du partenariat ne relève pas d'une évidence et soulève plusieurs enjeux. Des enjeux de pouvoir, mais également des enjeux liés aux logiques des secteurs, et de leur financeur. L'analyse des processus réflexifs réalisée dans l'organisation des GOS, nous permet de constater que les professionnels prennent difficilement en considération le souhait des personnes. Dans un contexte où l'offre d'accompagnement en Creuse demeure très réduite, les professionnels privilégient une approche par les besoins, et non par les droits.

Dans la mesure où le discours politique enjoint les acteurs à œuvrer dans une logique de parcours, il semble que les financeurs peinent à mettre en place la démarche RAPT sur la question de l'accès et du maintien au logement pour ce public. En effet, l'approche individuelle souhaitée dans le cadre de la démarche RAPT à travers l'élaboration des PAG, restera *« chronophage tant que l'offre de services territoriale ne permet pas d'accompagner le plus grand nombre de personnes dans le respect de leurs besoins réels. »* (Drobi, 2019a).

2) Le manque de réponse adaptée en Creuse participe au risque de rupture

La démarche RAPT vise une transformation sociétale pour faciliter l'accès au milieu ordinaire aux personnes notamment en proie à des troubles psychiques qui connaissent une situation de sans-abrisme. Un objectif ambitieux mais force est de constater que tant que les axes 2 et 3 notamment, pilotés par les autorités de tutelle (ARS et conseils départementaux) et les MDPH ne se développeront pas davantage sur l'ensemble des territoires, l'offre d'accompagnement s'en trouvera limitée.

Une logique de parcours difficile à mettre en œuvre par les autorités tutélaires

La logique de parcours semble difficile à atteindre dans la mesure où les autorités de tutelle œuvrent avant tout dans leur champ d'action. En effet, l'entretien avec la professionnelle de la DDETSPP a été difficile à obtenir, cette dernière présente lors des commissions SIAO, estimait que le « handicap » ne relevait pas de sa compétence *« je ne sais pas vraiment ce que je vais pouvoir vous dire car le « handicap » ce n'est pas notre service »*. Et à l'instar de la DDETSPP, la professionnelle de l'ARS interviewée était également dubitative de cet entretien en expliquant dès le commencement que le logement ne relevait pas des missions de l'ARS. Deux positionnements qui se rejoignent et témoignent d'un certain cloisonnement à l'intérieur d'un même secteur, puisque l'ARS et la DDETSPP représentent tous deux des services déconcentrés de l'Etat *« Le cloisonnement se traduit institutionnellement par des services de l'Etat qui travaillent peu ensemble, à la fois en centrale et dans les administrations déconcentrées »* (Baronnet & Alberghini, 2018). Chacun d'eux travaillent dans une logique centrée sur une thématique précise, alors qu'une approche globale est nécessaire pour ouvrir

le débat entre les acteurs institutionnels du logement, de l'hébergement d'urgence, de la psychiatrie, du médico-social, du social, de la justice, « [...] *il existe souvent une forte crainte des acteurs institutionnels de devoir assumer la responsabilité qui n'est pas la leur [...], ces appréhensions sont particulièrement vives ; ne pas les mettre en débat peut conduire à des postures attentistes préjudiciables à l'effectivité de l'accompagnement des personnes* » (Drobi, 2019a). Ces positionnements traduisent un manque de sensibilisation à la logique de parcours puisque celle-ci nécessite de dépasser les frontières de chaque secteur pour œuvrer dans une continuité. Ainsi, la difficulté de considérer l'ensemble des secteurs limite la réflexion et l'élaboration de réponses adaptées.

Les interviews avec les professionnels de l'ARS et du PCPE (service financé par l'ARS) illustrent également de difficultés de communication, et deux niveaux apparaissent. Le premier existe entre les services du PCPE et l'ARS : le PCPE « situations complexes » transmet annuellement un bilan à l'ARS, mais d'après la professionnelle de l'ARS « *on a des remontés mais surtout chiffrés, je ne connais pas vraiment les situations pour lesquelles ils interviennent* ». D'ailleurs, cette dernière a indiqué lors de l'entretien, ne pas avoir connaissance de l'intervention du PCPE concernant le public visé par cette étude.

Le deuxième niveau apparaît entre les professionnels de l'association qui porte le PCPE : la professionnelle de ce service indique que les liens avec l'ARS ne passent pas par elle « *Quand il y a des ateliers ou d'autres choses, c'est souvent les directeurs qui y vont mais sans vraiment connaître la réalité du terrain, du coup ils passent à côté de pleins de choses* ». Tous les cinq ans les services du médico-social contractualisent avec leur financeur un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) où sont définies les orientations stratégiques du service en question.

Ces difficultés de communication à l'intérieur d'un même service, ainsi qu'entre ce service et son financeur, limite la connaissance des réalités du terrain, et donc la réflexion vers l'élaboration de réponses différentes, plus modulaires et adaptées lors des CPOM. La professionnelle de l'ARS évoque notamment ces CPOM lors de l'entretien, et bien qu'elle indique que désormais ces derniers sont orientés vers la « transformation de l'offre », elle traduit celle-ci par une conversion « *une place d'IME, ça fait deux places de SESSAD par exemple* ». La logique de parcours prônée dans le cadre de la démarche RAPT, semble encore partielle « *La négociation des CPOM [...] reste en général centrée sur des mesures d'activité [...] ou des objectifs quantitatifs de transformation de places, qui laissent peu de place aux souplesses qu'exigent les modes alternatifs de prise en charge. L'ambition d'ouverture au milieu ordinaire n'a donc aucune traduction tarifaire systémique* » (Piveteau, 2022). La méconnaissance des difficultés rencontrées sur le terrain, et le manque de sensibilisation des acteurs institutionnels pour comprendre le sens de la transformation de l'offre, semblent maintenir la « logique d'établissement », et limiter l'évolution de l'offre territoriale creusoise. Il

semblerait notamment nécessaire « *d'équiper en compétences les administrations en charge du dialogue de gestion* » (Piveteau, 2022).

L'interview avec la professionnelle de la DDETSPP met également en exergue un manque de sensibilisation sur la notion de handicap et des droits des personnes portés par la CDPH. En effet, bien qu'expérimentale, le sens de la politique du « logement d'abord » qui relève de la compétence de la DDETSPP, semble lui échapper. Cette politique évoquée en première partie, rappelle que le logement est un droit avant tout, et non l'aboutissement d'un parcours d'aide réussi. L'accès au logement non conditionné à une évaluation en amont pour identifier les freins et la capacité de la personne à pouvoir vivre dans un logement ordinaire, suppose un changement de posture chez les professionnels. Cette politique prône le logement comme « *support du rétablissement de la personne* » (Baronnet & Alberghini, 2018). Après un bref rappel, la professionnelle de la DDETSPP indiquait qu'elle ne voyait pas l'intérêt de la transposition de cette politique en Creuse en disant que « *toutes les politiques publiques actuelles répondent déjà aux personnes à la rue* ».

L'accès au logement comme un droit ne semble pas faire écho à la professionnelle de la DDETSPP. Lorsque j'aborde la loi « DALO » durant l'entretien (loi DALO de 2007 évoquée en première partie : institue le droit au logement opposable et traduit le passage d'une obligation de moyens à une obligation de résultats), cette dernière ne semble pas comprendre le lien avec le public concerné par cette étude « *Mais pour qu'une personne puisse accéder au logement, il va falloir une situation qui est un peu plus stable. Est-ce une bonne chose de mettre une personne dans un écrin d'argent, s'il ne sait pas comment le gérer ?* ».

Face aux situations sur lesquelles notre étude s'appuie, la professionnelle de la DDETSPP renvoie la responsabilité au secteur de la psychiatrie puisqu'elle évoque un « *glissement qui se fait car ils viennent d'abord vers nos services alors qu'avant ils passaient par une stabilisation du psychisme. Faudrait remettre les choses dans l'ordre déjà* ». La notion du logement comme un droit et comme déterminant de la santé mentale semble difficilement faire écho.

Le discours des autorités tutélaires témoigne d'un manque de sensibilisation aux changements nécessaires pour accompagner selon leurs souhaits et besoins, les personnes sans-abris qui présentent des troubles psychiques.

La MDPH de la Creuse porte également sa responsabilité dans ce constat. En effet, qu'il s'agisse d'Audrey, Fabien, Dylan ou Nicolas, jamais l'ARS, la DDETSPP, et le conseil départemental, n'ont été invités lors des GOS. Leur présence lors des rencontres avec ce public et les partenaires, pourrait permettre leur éveil et sensibilisation à la problématique du sans-abrisme des personnes en souffrance psychique. De plus, leur implication pourrait contribuer et étendre nos réflexions dans la recherche de solutions, et ainsi leur permettre de remplir leur rôle.

Un manque de réponses adaptées en Creuse par manque de flexibilité, de modularité

Les secteurs du médico-social et de la psychiatrie, peinent à sortir de leur *logique sectoriel* et jouent difficilement leur rôle de facilitateur dans l'accès et/ou le maintien dans le milieu ordinaire. En effet comme évoqué en première partie, il n'existe pas en Creuse de dispositifs spécifiques comme un « LAM » ou « un chez soi d'abord », l'offre de logement correspond le plus souvent à des locations classiques, ou à des hébergements relevant du médico-social. Dans ce contexte, nous constatons que les accompagnements qui peuvent être sollicités en Creuse autour d'un logement classique, manquent de modularité et de flexibilité.

Le secteur de la psychiatrie par exemple, offre bien souvent des réponses limitées et peu adaptées comme en témoigne la situation de Fabien. En effet, dans le cadre du premier GOS, Fabien avait accepté d'aller rencontrer un infirmier du CMP, mais n'arrivant pas à s'inscrire dans un accompagnement formalisé (il passait au CMP mais de façon fortuite), le CMP a décidé de mettre fin à l'accompagnement. Rappelons qu'à cette époque, Fabien squattait à droite et à gauche chez des connaissances, il vivait une situation très instable et donc peu propice à des règles strictes. Face à cette réponse, Fabien s'est montré agressif verbalement, et les services de l'ordre ont été appelés par le CMP pour que Fabien quitte la structure. Le manque d'adaptation des professionnels de la psychiatrie, s'est traduit par une rupture du soin et a entraîné un nouvel épisode de mal-être chez Fabien. Dans cet exemple, les professionnels du CMP demandaient à Fabien de s'adapter à leur organisation alors que « *L'intensité de cette présence à géométrie variable doit s'adapter aux besoins, allant du suivi courant au suivi de crise qui comporte plusieurs interventions par jour.* » (Laforcade, 2017).

Concernant Nicolas, avant de rechercher une réponse dans un autre département, les SAVS, et le SAMSAH ont été invités lors d'un GOS afin de trouver une solution en Creuse. L'infirmier du CSAPA n'a pas honoré la réunion, rendant ainsi la collaboration avec la psychiatrie difficile. Nicolas était alors hébergé au CHRS. Les professionnels du CHRS le décrivaient comme un homme très anxieux avec un besoin d'étayage dans son quotidien (gestion des courses, des repas, prise des repas, gestion de l'alcool, rappel des rendez-vous avec l'infirmier du CSAPA, gestion de son linge...). Il témoignait d'une certaine vulnérabilité en « prêtant » de l'argent à d'autres sans en voir le remboursement, ou en consommant de l'alcool à outrance afin selon les dires du CHRS « *de se faire des copains* ». De plus, il se levait toutes les nuits, et retrouvait le veilleur de nuit du CHRS pour discuter autour d'une cigarette, il repartait alors dans sa chambre plus sereinement (depuis son entrée au CHRS, Nicolas n'a fait aucune tentative de suicide contrairement à une époque). Dans son souhait de vivre en logement ordinaire, les chances de maintien dans celui-ci dépendaient de la flexibilité des accompagnements à mettre en place. Face à ce constat, les SAVS et le SAMSAH ont refusé d'intervenir car ils estimaient que cette personne ne relevait pas de leur offre

d'accompagnement. L'infirmier du CSAPA absent durant le GOS, avait été cependant sollicité par ailleurs par l'EPE. Il indiquait qu'il voyait Nicolas une fois toutes les deux semaines mais qu'il ne pourrait pas intervenir davantage, et ni au domicile. Les réponses apportées par les services du médico-social et de la psychiatrie, traduisent une logique d'établissement et non de service. La question de l'adaptation de l'offre d'accompagnement selon les souhaits et besoins de la personne ne s'est jamais posée. Le manque de moyens alloués aux services du CSAPA, SAVS et SAMSAH, limite leur offre d'accompagnement et renforce leur manque de modularisation.

Ainsi, face à l'absence de réponse adaptée au sein du département, le PCPE a étendu sa recherche en Haute-Vienne. Le CHRS répétait qu'une solution devait être trouvée car l'accueil ne pouvait plus durer encore longtemps, et bien qu'aucune échéance n'ait été posée, la pression sur Nicolas et les autres professionnels se ressentait lors des GOS. Alors qu'il souhaitait rester vivre en Creuse, Nicolas n'a eu d'autre choix que d'accepter de déménager en octobre 2023 en Haute-Vienne, après dix-neuf mois d'accueil au CHRS. Seulement un mois plus tard Nicolas a été exclu de ce lieu. Il est revenu vivre en Creuse et se retrouve aujourd'hui à nouveau sans-domicile et consomme de nouveau certaines substances psychoactives.

Sur l'ensemble des GOS concernant Audrey, Dylan, Nicolas et Fabien, soit le secteur de la psychiatrie était absent, soit le professionnel présent ne pouvait prendre de décision. Les décideurs comme les psychiatres notamment, n'ont jamais été présents. Ce constat soulève le manque d'implication de ce secteur en laissant des professionnels qui ne peuvent s'engager en première ligne. Cette démarche limite grandement la construction de réponses plus modulaires, flexibles, adaptées aux souhaits et besoins de la personne, et nuit à l'évolution des pratiques.

Les services des SAVS et SAMSAH ont également été invités et présents lors d'un GOS concernant Fabien, mais n'ont pas donné suite, estimant que la situation dépassait leur offre d'accompagnement. Tout comme Nicolas, les besoins d'accompagnement de Fabien traduisent la nécessité de flexibilité et disponibilité, les premiers mois du moins. L'éducatrice financée par la suite dans le cadre de la PCH, a dû faire appel à son réseau personnel pour trouver un logement. Bien qu'il s'agisse d'un logement ordinaire, il est situé à proximité du domicile de cette dernière (3 km) afin de faciliter les rencontres et répondre au besoin de liens de Fabien. Il semble que cette proximité soit nécessaire à Fabien afin de lui apporter un lien sécurisant. D'après le discours de la professionnelle et celui de Fabien lorsqu'il m'en parle, l'implication de l'éducatrice dépasse amplement le cadre strictement professionnel : son mari dépanne très souvent Fabien pour réparer sa mobylette, il mange de temps en temps chez eux, Fabien passe les aider pour le jardinage, l'éducatrice lui a donné des meubles pour l'aider

à emménager, a sollicité son réseau personnel pour l'aider à déménager, elle réalise de la médiation avec le voisinage lorsque le comportement de Fabien déborde... Ces quelques exemples traduisent le besoin d'étayage de Fabien, ainsi que son besoin de liens et d'un cadre non formalisé. Ces organisations restent néanmoins à la marge, et l'offre territoriale actuelle ne répond pas à ce type de besoins.

L'enjeu la transformation de l'offre médico-sociale signifie l'ouverture des services du médico-social vers le milieu ordinaire, qui par ricochet vise à rendre plus accessible les services relevant du milieu ordinaire aux personnes en situation de handicap. Néanmoins les visions peinent à évoluer sur la place des personnes en situation de handicap, et l'offre médico-sociale en Creuse ne bouge guère. Une professionnelle du FH dans lequel Dylan réside aujourd'hui expliquait lors d'une rencontre avec l'EPE, qu'il n'adhérait pas réellement à leur projet d'établissement « *c'est un électron libre, il ne s'inscrit nulle part et fait ce qu'il veut* » disait-elle pour témoigner de leurs difficultés à l'accompagner. Cet exemple illustre la difficulté du secteur médico-social de s'affranchir de la *logique d'établissement*. L'accueil de Dylan dans cet établissement a mis dans un premier temps les professionnels en difficultés, mais progressivement, ils se sont adaptés en assouplissant les règles de vie du service. Cet exemple reflète la volonté des professionnels mais strictement à l'intérieur du FH. Cependant, pour qu'un changement de regard, de posture, s'opèrent en profondeur chez les acteurs de l'accompagnement, une dynamique réciproque entre les autorités de tutelle (ARS, conseil départemental) et les gestionnaires du médico-social, est nécessaire. Ce plan de transformation est déterminé par la mobilisation engagée de tous les acteurs institutionnels et « *s'inscrit davantage dans une logique de territoire et une coopération accrue entre tous les acteurs du champ médico-social afin d'offrir une palette de prestations internes et externes, diversifiées et adaptables à toutes les personnes* » (Arab, 2023). Il engage les acteurs à recourir « *au droit commun systématiquement* » en mobilisant notamment les professionnels afférents. S'affranchir de la *logique d'établissement* du médico-social, nommée comme le *processus de désinstitutionnalisation*, pour offrir un service d'hébergement, implique chez les professionnels accompagnant de développer des interactions avec les acteurs du milieu ordinaire. Leur mission est de « *faciliter l'inclusion des personnes handicapées dans la vie sociale ordinaire* » (Arab, 2023). Cette mission leur confère un rôle de médiateur entre le secteur spécialisé et le milieu ordinaire, et leur attribue également un rôle d'expert « *en transposant la compétence là où elle est requise* », permettant ainsi aux acteurs du milieu ordinaire de « *monter en compétence pour s'adresser [...] à des adultes en situation de handicap* » (Piveteau, 2022).

Le manque de réponses adaptées en raison du manque d'appui et d'action à l'attention du milieu ordinaire

Concernant la sollicitation du milieu ordinaire par les financeurs des services relevant du médico-social, elle semble encore éloignée des représentations. Bien que les pouvoirs publics affichent la logique de parcours dans les politiques dédiées au handicap et notamment à travers la RAPT, ces derniers ne semblent pas la transmettre aux organes déconcentrés. En effet, l'interview avec la professionnelle de l'ARS témoigne de démarches strictement en direction des services du médico-social. Cette dernière a beaucoup évoqué l'ouverture de place ou de création de service médico-social (avec les créations de deux SAMSAH notamment en 2021 et 2022), des réflexions pensées sur la création ou le renforcement de dispositifs spécifiques, mais aucune réflexion à l'attention du milieu ordinaire, pour le renforcer, le sensibiliser ou l'accompagner. D'ailleurs les PAG en témoignent « *le constat est sans appel aujourd'hui : ils [les PAG] mobilisent encore trop peu l'offre de droit commun* » puisque l'offre manque d'évolution (Drobi, 2019a). Le discours des autorités de tutelle interviewées, ajouté au constat d'un changement qui peine à s'engager en Creuse, traduisent une compréhension partielle de ce qui est attendu à travers la démarche RAPT.

En effet, cette dernière vise une transformation sociétale pour faciliter l'accès au milieu ordinaire des personnes notamment sans-abris et en proie à des troubles psychiques. Elle repose sur la logique de parcours, et implique donc une approche globale, transversale à l'ensemble des secteurs. Cependant, la construction de la démarche RAPT interroge puisque les textes ne citent que les ARS, les conseils départementaux, et les MDPH. Bien qu'elles ne soient pas exclues, les DDETSPP, ou les municipalités qui interviennent notamment sur les politiques du logement, ne sont pas explicitement citées. Nous pouvons ainsi supposer que cette approche législative limite la compréhension des attentes reposant sur les ARS, les conseils départementaux et les MDPH. Comment agir sur les dispositifs du mal-logement et du logement si les autorités compétentes ne sont pas directement visées ?

Un constat renforcé par la circulaire du 07 décembre 2023 relative à la mise en œuvre du *plan de création de 50 000 nouvelles solutions et de transformation de l'offre médico-sociale 2024-2030*³⁰. En effet, cette circulaire vise à garantir les droits de toutes personnes en situation de handicap en convergence avec la convention relative aux droits des personnes handicapées des Nations Unies. A cet effet, elle enjoint les ARS, les conseils départementaux, et les services de la sécurité sociale à « *mettre en œuvre une gouvernance partenariale* » pour accélérer la transformation de l'offre médico-social définie selon le rapport de D. Piveteau de 2022, afin de « *ne laisser personne sans solution* » (Ministère des solidarités et des familles,

³⁰ Circulaire DGCS/3B/DSS/1A/CNSA/DFO/2023/176 du 7 décembre 2023

2023). Elle donne plusieurs recommandations, tant sur le public « prioritaire », que sur le plan organisationnel. Bien que les personnes « avec troubles psychiques » soient citées comme un public dont les autorités de tutelle devront témoigner d'une attention particulière, la problématique de l'accès ou le maintien dans le logement n'est mentionnée nulle part alors que d'autres le sont. De plus, bien qu'une enveloppe financière soit spécialement dédiée à la mise en place de ce plan, elle est entièrement versée aux ARS. Nous pouvons cependant apprécier au travers des recommandations la volonté des pouvoirs publics d'un travail collaboratif afin de rapprocher les secteurs des ARS et des conseils départementaux. Mais nous pouvons également déplorer de n'avoir cité que ces deux autorités, limitant ainsi *l'approche transversale* du handicap pourtant citée et envisagée au sein de cette circulaire.

Comme exposé dans le rapport de D. Piveteau de 2022 (Piveteau, 2022), le secteur médico-social a son rôle à jouer dans l'ouverture de la société. Néanmoins, rendre la société plus inclusive ne peut reposer uniquement sur ce secteur. En effet, l'offre de droit commun demeure peu sollicitée sur la question du logement, et l'analyse de nos situations témoignent de la nécessité d'agir concomitamment et directement sur le milieu ordinaire en associant tous les financeurs des aides publiques, et notamment ceux du logement et du mal-logement. Les accompagnements existants restent encore basés sur des modalités « classiques », et témoignent de peu de modularité et de flexibilité.

3) Le manque d'adhésion nourrit le risque de rupture

Le manque d'adhésion de la personne s'observe par son manque de participation sociale en lien avec les postures des professionnels, ainsi que les contraintes liées à l'urgence.

Les personnes accompagnées ne sont pas considérées comme un partenaire

L'une des raisons de la faible participation des personnes s'explique notamment par le fait qu'en Creuse, la personne concernée par la mobilisation de la RAPT ne fasse pas partie des partenaires. En effet, comme évoquée précédemment, la personne n'est pas incluse dans la réflexion concernant l'organisation des GOS. En effet, bien qu'Audrey, Dylan et Nicolas aient été rencontrés par l'équipe pluridisciplinaire (infirmière ou moi-même), cet échange a eu lieu juste avant la tenue du premier GOS, dans un objectif de gain de temps et de réactivité. Ainsi leur parole, leurs souhaits, n'ont pas été directement sollicités dans la réflexion et le choix des professionnels à inviter. De plus, qu'il s'agisse d'Audrey, Dylan, Nicolas ou Fabien, ils n'ont été invités qu'en seconde partie des GOS. Ce constat trouve notamment ses origines par la différence de statut « [...] *l'un travaille (le professionnel) quand l'autre reçoit une aide (l'utilisateur)* » (Maraquin, 2015), traduisant sans doute une notion de hiérarchie, « [...] *une façon*

de percevoir nos relations sur un mode inférieur/supérieur, comme si l'égalité devait être quantitative, et non qualitative » (Maraquin, 2015).

Lorsque Fabien s'est retrouvé sans-domicile en avril 2022, un premier GOS a été organisé par la MDPH début mai 2022. Les invités représentaient d'une part des professionnels avec lesquels Fabien était en contact (mandataire judiciaire, conseiller de pôle emploi, et la cheffe de service du FH dans lequel il résidait), et d'autre part des professionnels susceptibles d'apporter un étayage manquant (chef de service du CMP et cheffe de service du PCPE). La date a été arrêtée selon les agendas de chacun et tous étaient présents. Ainsi les échanges ont été réalisés en l'absence de Fabien dans un premier temps, et l'ensemble des professionnels a réfléchi des possibilités de logement qui pourraient lui être faites. En dehors du médico-social, aucune autre réponse ne lui a été proposée sachant que les professionnels (FH dans lequel il a vécu, et curatelle), l'estimaient dans l'incapacité de vivre en logement autonome. Ainsi, Fabien s'est résolu et a réalisé deux immersions au sein d'autres FH. Mais ces dernières ont toutes deux été écourtées en raison d'hospitalisations en psychiatrie. Fabien a toujours exprimé son refus de vivre dans un espace où toutes les activités du quotidien sont partagées collectivement *« la notion de choix est cruciale [...] une solution de logement ou d'hébergement durable non choisie par la personne peut difficilement [...] être propice à l'acceptation d'un parcours d'accompagnement »* (Baronnet & Alberghini, 2018). Le manque d'adhésion de Fabien n'a pas réellement été considéré par les professionnels, et a participé au mal-être de Fabien.

Le processus mis en place par la MDPH a participé au manque de considération de l'adhésion de Fabien. En effet, le cheminement qui s'est opéré progressivement chez les professionnels, reste dans une réflexion exogène puisque la personne concernée et/ou ses pairs, n'y participent pas. Le processus réflexif en est fortement impacté, voire étrié dans la mesure où l'autodétermination de la personne n'est pas pleinement requise. Un constat fort dommageable car *« C'est sans aucun doute la meilleure prise en considération des savoirs expérientiels des personnes accompagnées [...] qui permettra d'accélérer la transformation de l'offre d'accompagnement, et bien au-delà, celle de notre société »* (Drobi, 2019b). En effet, la pleine participation de la personne dans ce processus réflexif du début à la fin est le socle de la démarche RAPT *« Il s'agit là d'une condition pour que s'installe la confiance nécessaire pour que les réponses plus modulaires et/ou plus inclusives soient appropriées par les personnes »* (Drobi, 2019b). Ainsi, lorsque la personne rejoint les professionnels en deuxième partie du GOS, elle se retrouve face à différents professionnels qu'elle ne connaît pas forcément, et sait que sa situation a été discutée juste avant. D'ailleurs lorsque Fabien rejoignait le groupe, il témoignait bien souvent d'une certaine nervosité, et se positionnait souvent sur la défensive. Ce fonctionnement dessert la réussite de tout projet car il ne favorise

pas la recherche de l'adhésion de la personne, voire même pourrait encourager une forme de rejet automatique. C'est d'ailleurs ce qui a pu être observé chez Fabien qui a fini par rejeter toutes propositions, et a cessé d'honorer ses rendez-vous avec le professionnel du PCPE.

Par contre, à partir du moment où l'adhésion de Fabien a été recherchée et considérée dans le processus réflexif, il a adhéré à l'accompagnement. En effet dans sa recherche de soutien, Fabien avait repris contact courant 2023 avec une ancienne éducatrice du FH (dans lequel il a vécu). Cette dernière m'a contactée en août 2023 sachant que je restais en contact (très) régulier avec Fabien. Suite à cet échange, la MDPH a organisé une rencontre avec Fabien, cette professionnelle, la curatelle, et moi-même en septembre. Fabien sollicitait l'éducatrice pour trouver du soutien, des conseils, et cette dernière souhaitait trouver un moyen d'intervenir dans un cadre professionnel. Ainsi à l'issue de cette rencontre, une demande de PCH a été déposée et des heures d'accompagnement ont été décidées en octobre et financées à ce titre. Depuis, Fabien est en lien constant avec cette professionnelle, un logement ordinaire a été trouvé en mars 2024, ainsi qu'un travail dans le milieu ordinaire en mai. Dès lors que Fabien ait été inclus dans le processus réflexif, et où son adhésion ait été considéré, il a témoigné d'une participation active en collaboration avec l'éducatrice.

La posture des professionnels limite la participation des personnes :

J'ai pu parfois observer lors des GOS, une certaine posture chez les professionnels de l'accompagnement visant la protection de la personne accompagnée. En effet, lors du premier GOS d'Audrey en juillet 2022, les professionnels de l'accueil de jour et la tutelle, exprimaient qu'elle n'était pas en capacité de vivre seule en logement ordinaire. Le discours des professionnels semblait reposer sur un « devoir » de protection, des propos tels que « *elle n'en est pas capable* », ou encore « *on la mettrait en échec* », se tenaient régulièrement lors des GOS par l'ensemble des professionnels. Régulièrement certains propos traduisaient une approche relativement paternaliste « *le paternalisme retire toute capacité décisionnelle à une personne, car celle-ci est estimée incapable de reconnaître ce qui est bien pour elle* » (Filleul et al., 2023). Ce modèle impacte fortement la participation sociale définie par « *la réalisation de ses habitudes de vie et résulte de l'interaction entre ses caractéristiques personnelles et l'environnement physique et social dans lequel elle vit* » (Fougeyrollas et al., 2015). Cette approche paternaliste engendre une certaine soumission de la personne à celle qui l'accompagne, et qui estime son savoir supérieur. L'accompagnateur juge la personne dans l'incapacité de, et décide alors de faire abstraction de son souhait plutôt que de l'accompagner à prendre conscience « *des risques [qu'elle] court* » (Paul, 2012, p.18). Sa connaissance est placée au-dessus et il juge de sa « capacité à » : « *le paternalisme implique une vision infériorisée de la personne accompagnée, laquelle est entretenue par le professionnel* »

(Filleul et al., 2023). L'approche paternaliste s'oriente vers la réduction de tout risque potentiel où la participation, et donc l'adhésion de l'accompagné, est peu requise. Audrey s'est ainsi retrouvée dans un lieu de vie entourée de personnes âgées, où elle était dépendante des autres concernant sa mobilité et donc l'accès à toute vie sociale : voir ses filles, sa famille, faire ses courses alimentaires, les boutiques... La situation d'Audrey illustre le paradoxe entre la démarche des professionnels fondée sur la protection d'Audrey, une intention remplie de bienveillance, et son « obligation » à reprendre contact avec son mari, l'homme qui la battait et qu'elle a fui à plusieurs reprises, pour voir ses filles.

L'urgence de la situation et la faiblesse des ressources territoriales, limitent la participation de la personne :

Au moment où l'EPE a été sollicitée, les situations d'Audrey et de Nicolas relevaient de l'urgence immédiate, car ils fréquentaient la rue. Concernant Fabien et Dylan, la notion d'urgence s'est également établie en raison du risque imminent. En effet, le premier squattait chez des connaissances et n'avait pas de domicile, et le second était hébergé au CHRS qui rappelait sans cesse leur délai d'accueil, largement dépassé.

L'urgence de ces situations a conduit les professionnels à se focaliser sur la recherche de solutions rapides, en limitant la participation de la personne, car l'inclure dans le processus réflexif et les démarches demande du temps. C'est pourquoi compte-tenu des décisions d'orientation FH en cours ou anciennes qui avaient été prises par la CDAPH, la recherche de solution s'est en premier lieu orientée vers ces établissements, mais en dépit de leur souhait exprimé de vivre dans un logement ordinaire, et non collectif. Il n'est pas toujours aisé pour nous professionnels, de pouvoir à la fois respecter le souhait des personnes, et trouver des réponses adaptées à leurs besoins en raison de l'urgence et de la faiblesse des ressources territoriales. Nous sommes régulièrement confrontés à ce dilemme. Dans ce contexte, nous constatons que la prise en compte de l'adhésion de la personne ne fait pas partie des premières préoccupations des professionnels, qui se focalisent avant tout sur la recherche de solutions rapides. Ce n'est que lorsqu'elle apparaît que le professionnel tentera de « convaincre » la personne de la pertinence de celle-ci, comme en témoigne la situation d'Audrey concernant le foyer résidence, de Fabien concernant ses essais en FH, ou de Nicolas avec son emménagement dans une résidence associative en Haute-Vienne.

A travers l'analyse de la mobilisation RAPT concernant Audrey, Fabien, Dylan et Nicolas, nous constatons que le manque de participation sociale des personnes, renforce le risque de rupture, limite la réflexion des professionnels, et réduit l'évolution de l'offre médico-sociale et sociétale.

Conclusion

La réflexion menée à travers cette étude réalisée dans le département de la Creuse, attire l'attention sur les défis à relever pour transformer ce territoire afin de permettre aux personnes sans-domicile présentant des troubles psychiques, d'accéder et se maintenir dans un « chez soi ». Si la « logique de parcours » apparaît dans les politiques publiques, pourquoi ces personnes connaissent une trajectoire de vie remplie de ruptures, de périodes d'instabilité jusqu'à se retrouver à la rue, alors qu'elles sont accompagnées par de nombreux services ? Dans la mesure où la démarche RAPT a été créée pour trouver des solutions aux personnes en rupture, et rendre la société plus inclusive, en quoi son efficacité semble-t-elle limitée ?

Dans un contexte où le département de la Creuse témoigne d'un seuil de pauvreté significativement plus élevé que la moyenne nationale (32% contre 17%), les difficultés des professionnels à œuvrer par le biais d'une approche globale et transversale, sont renforcées par la faiblesse de l'offre territoriale. En effet, les hospitalisations intra et inter en pédopsychiatrie sont inexistantes, augmentant ainsi le risque de rupture du soin et la difficulté des professionnels à offrir un accompagnement basé sur une approche globale. De plus, les réponses du secteur du mal-logement sont relativement limitées, le département ne compte aucun dispositif d'accueil d'urgence adapté tel « un chez soi d'abord », ou de lits d'accueil médicalisés (LAM). Du côté de la psychiatrie à l'attention des adultes, le manque de moyens humains et financiers limite considérablement l'approche des professionnels dans les accompagnements qu'ils proposent. En effet, nous constatons des organisations notamment au sein de « l'équipe mobile précarité », insuffisamment adaptées, avec peu de flexibilité pour répondre aux besoins du public de la grande précarité. Les accompagnements offerts par les services de la psychiatrie témoignent de prises en charge parcellaires, basées bien souvent sur l'urgence et l'approche médicale. La prise en compte d'un « chez soi » comme déterminant majeur de la santé mentale semble limitée, et peu considérée. Le manque de réponses adaptées en Creuse participe à la construction de postures chez les professionnels des secteurs observés, relativement paternaliste. Celles-ci visent la protection de la personne, quitte à mettre au second plan son souhait, au risque de son manque d'adhésion à l'accompagnement proposé et donc d'une rupture. Dans l'ensemble des parcours, nous constatons que la faiblesse des ressources du territoire creusois renforce le risque de ruptures.

Néanmoins, la petite taille de ce territoire permet une proximité entre les personnes et les services comme celui de la MDPH, ainsi qu'entre les professionnels car ces derniers sont peu nombreux et se rencontrent facilement. La loi de 2005 positionne la MDPH comme le « guichet unique » du handicap. Son action repose sur la logique de parcours, elle porte le rôle de garant dans la mise en place des décisions prises par la CDAPH, en la plaçant comme un médiateur

entre la personne et son environnement afin d'œuvrer dans une logique de continuité. Les textes lui vouent un rôle d'assembleur, d'animateur, et de coordonnateur du partenariat avec et autour de la personne en situation de handicap. Les politiques dédiées au handicap par la suite, ont néanmoins apporté une certaine confusion dans ses missions. En effet, la création d'autres dispositifs telle la communauté 360 qui porte des missions similaires à celles dévolues à la MDPH, ou encore l'axe 4 de la RAPT (allongement des durées d'orientation notamment), tendent à diminuer et diluer son champ d'action, voire la remettent en partie en question. Cependant la petite taille du département de la Creuse permet encore à la MDPH de demeurer le lieu d'échanges pluridisciplinaires. Son rôle d'assembleur et d'animateur du partenariat, a d'ailleurs été renforcé par la mise en place de l'axe 1 de la RAPT. L'approche intersectorielle afin de trouver des solutions aux personnes en rupture ou en risque, a permis de créer de riches dynamiques collaboratives entre les partenaires du mal-logement, de la justice, et du médico-social. Ces collaborations œuvrent au décloisonnement des secteurs par l'acculturation réciproque des acteurs, au partage de compétences, au dépassement des logiques des professionnels issus de secteurs différents, au soutien et à l'appui des professionnels.

Les recherches et les réflexions engagées pour réaliser cette étude, m'ont permis de prendre du recul dans l'exercice de mon emploi. Travaillant depuis de nombreuses années au sein de l'EPE MDPH, il ne m'a pas été aisé d'enfiler une « casquette de chercheur ». Ce travail a engendré de multiples questionnements sur nos pratiques professionnelles, aussi bien au niveau personnel, intra-MDPH, qu'auprès des partenaires. L'analyse de quatre parcours m'a permis une enquête minutieuse et poussée. Elle m'a emmenée vers une exploration fine de chaque parcours, et vers de vastes recherches bibliographiques. Les différentes notions et concepts abordés au sein de cette étude sont très étendus, et témoignent de la nécessaire transversalité du handicap à l'ensemble des politiques publiques : protection de l'enfance, scolarité, santé mentale (pédopsychiatrie et psychiatrie), mal-logement, logement, justice, médico-social,...

Cette étude m'a notamment permis de découvrir l'histoire des politiques dédiées au mal-logement, à la psychiatrie, au médico-social, de reprendre les textes dédiés à la MDPH et à la RAPT, ainsi que de nombreuses études réalisées sur ses thèmes. L'importance de l'adhésion de la personne est capitale et j'ai pris conscience que nous ne la considérons pas suffisamment. L'une des pistes qui pourrait permettre notamment l'amélioration de nos pratiques, consisterait à développer l'axe 3, la pair-aidance, porté en partie par la MDPH. En effet, de nombreuses études sur le sujet en France ou dans d'autres pays, témoignent de la richesse des savoirs expérientiels : *« C'est sans aucun doute la meilleure prise en considération des savoirs expérientiels des personnes accompagnées [...] qui permettra*

d'accélérer la transformation de l'offre d'accompagnement, et bien au-delà, celle de notre société » (Drobi, 2019b). Je pense qu'il serait bénéfique d'inclure des travailleurs « pair » dans les secteurs de la psychiatrie, du mal-logement et du médico-social notamment, ainsi que lors des GOS. Leurs savoirs expérientiels permettraient l'éveil des professionnels vers d'autres réflexions, et vers des pratiques orientées notamment sur le « rétablissement ».

A travers ces recherches, j'ai notamment pu réfléchir sur notre travail collaboratif. Les difficultés observées à partir des situations, m'ont permis d'identifier certaines origines. Celles-ci sont variées mais le manque, voire l'absence de réponse adaptée sur le territoire conduit souvent les professionnels à se sentir démunis, voire isolés, ou à se retirer. L'une des pistes pourrait être d'inclure davantage les autorités tutélaires lors des GOS : l'ARS, le Conseil départemental et la DDETSPP. La Communauté 360 de la Creuse pourrait également être associée lors de chaque GOS. La participation de ces différents acteurs leur permettrait d'être sensibiliser, et d'identifier les besoins nécessaires à l'évolution de l'offre pour permettre l'accès et de maintien dans le logement des personnes présentant des troubles psychiques. La mise en place actuelle de la maison de l'autonomie en Creuse, rassemblant les agents de la MDPH et ceux du service responsable notamment du pilotage des services médico-sociaux (FH, SAVS...), devrait également rapprocher les professionnels pour une meilleure connaissance des besoins en lien notamment avec ces situations complexes.

L'une des difficultés notables dans le sujet de cette étude, ainsi qu'à l'ensemble des « situations complexes » concernant les adultes en Creuse dans le cadre de la RPAT, réside dans la collaboration avec le secteur de la psychiatrie. La circulaire du 7 décembre 2023 intitulée : *plan de création de 50 000 nouvelles solutions et de transformation de l'offre médico-sociale*, devrait permettre des réflexions autour de cette question. En effet, cette circulaire demande aux ARS, conseils départementaux et à la Sécurité sociale, de s'appuyer notamment sur l'expertise des MDPH issue du pilotage de la RAPAT (axe 1, et 3 en partie). De plus, elle souhaite des pratiques basées sur la logique de parcours en ciblant notamment comme public nécessitant une attention particulière, les personnes présentant des troubles psychiques : *« Des réponses privilégiant la logique de parcours devront être déployées [...]. Ces réponses seront construites en renforçant les liens entre le secteur médico-social et le milieu ordinaire dans son ensemble, en particulier avec le secteur sanitaire [...] »* (Ministère des solidarités et des familles, 2023). La mise en place de cette circulaire est en cours de réflexion en Creuse, et devrait permettre l'émergence de nouvelles réponses, et notamment à l'attention des personnes sans-domicile présentant des troubles psychiques.

Bibliographie

Arab, A. (2023), "La transformation de l'offre médico-sociale : Effets et impacts sur les managers et équipes professionnelles du secteur de l'hébergement pour personnes adultes en situation de handicap", *Projectics / Proyética / Projectique, Hors-Série (HS1)*, p. 175-200.

Assante, V. (2004), "Évolution législative de 1975 à 2004. Regard critique". *Gérontologie et société*. Vol 27, N°110, p. 75-93.

Association DALO, (2024), "La Loi DALO : Historique".
<<https://droitaulogementopposable.org/La-Loi-DALO-Historique>>

Aubert, I., Kletz, F., & Sardas, J.-C. (2022), "L'intégration des enjeux de la logique de parcours dans les politiques publiques en santé : une lecture au prisme des régimes de gouvernementalité". *Gestion et management public*, Vol 10, N°3, p.11-34.

Bailleau F., & Milburn P. (2011). "La protection judiciaire de la jeunesse à la croisée des chemins. Entre contrôle gestionnaire et pénalisation des mineurs". *Les Cahiers de la Justice*, N°3, p.37-49.

Baronnet J., & Alberghini A. (2018). "Aux portes de la rue ou quand les institutions produisent l'exclusion : Les sortants d'hôpitaux psychiatriques". *Recherche sociale*, N°228, p.6-91.

Barreyre J.-Y. (2023). "La résistible transformation de l'offre médico-sociale en France (1975-2023)". *Vie sociale*, N°43(3), p.31-46.

Baudot P.-Y., Duvoux N., Lejeune A., Perrier G. & Revillard A. (2010). "Les MDPH : un guichet unique à entrées multiples. Rapport final", *L'archive ouverte pluridisciplinaire HAL*. chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgclefindmkaj/https://sciencespo.hal.science/hal-03615661/document

Beaugrand J. P. (1988), "Démarche scientifique et cycle de la recherche". https://www.academia.edu/66804031/D%C3%89MARCHE_SCIENTIFIQUE_ET_CYCLE_DE_LA_RECHERCHE

Bellahsen M., Knaebel R. & Bellahsen L. (2020). Préface : "La révolte de la psychiatrie : Les ripostes à la catastrophe gestionnaire", *La Découverte*. chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgclefindmkaj/https://psychiatrie.crapa.asso.fr/IMG/pdf/crapa_a_dherents_bellahsen_mathieu_la_revolte_de_la_psychiatrie.pdf

Blanchette, L. (1999). *L'approche systémique en santé mentale*. Les Presses de l'Université de Montréal.

Bloch M-A (2022), *Dispositifs de coordination : En finir avec le mille-feuille à la française*. CNSA.

Bratt R. G. (2002), "Housing and Family Well-being", *Housing Studies*, N°17(1), p.13-26.

Bregeon P. (2009), "Histoire du réseau des centres d'hébergement et de réinsertion sociale et de l'hébergement social", <https://hal.science/hal-00390066>

Broutin S. (2019), "Médicosocial en santé mentale : Histoire et réalités institutionnelles", *L'information psychiatrique*, Vol 95, p.496-502.

Chapireau F. (2001), "La classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé", *Gérontologie et société*, Vol 24, p.37-56.

Charzat M. (2002), "Rapport Charzat", chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgclefindmkaj/<https://www.vie-publique.fr/files/rapport/pdf/024000350.pdf>

Chauvière, M. (2018). "Déconstruire la rhétorique du parcours et de la coordination. In Les nouveaux enjeux du secteur social et médico-social", *Champ social*, p. 23-34, <https://doi.org/10.3917/chaso.guiri.2018.01.0023>

CLS (2020). *Contrats locaux de santé*. ORS Nouvelle Aquitaine.

CNSA (2017). *Troubles psychiques - Guide d'appui pour l'élaboration de réponses aux besoins des personnes vivant avec des troubles psychiques*

CNSA (2019). *Qu'est-ce que la démarche « Une réponse accompagnée pour tous » ?* CNSA.

CNSA (2023). *Évolution de la prestation de compensation du handicap : La CNSA publie un guide pour accompagner les MDPH*. CNSA.

Conseil départementale de la Creuse (2021). *Schéma départemental 23 de protection de l'enfance, 2021-2026*. chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgclefindmkaj/https://www.creuse.fr/IMG/pdf/schema_departemental_enfance_creuse_version_de_finitive_23_02_2021-2.pdf

Convention relative aux droits des personnes handicapées des Nations Unies, 2006.

Cour des comptes. (2023). *LA PÉDOPSYCHIATRIE Un accès et une offre de soins à réorganiser*. <https://www.ccomptes.fr/fr/publications/la-pedopsychiatrie>

Deci E. & Ryan R. (2002). *Handbook of Self-determination Research*. University Rochester Press.

Delcourt, L. (2020). "Prison, rue, foyer : Une trajectoire à la croisée du pénal et de l'aide sociale", *Sciences & Actions Sociales*, Vol 13(1), p.82-107.

Didier-Courbin, P. & Gilbert P. (2005), *Éléments d'information sur la législation en faveur des personnes handicapées en France : De la loi de 1975 à celle de 2005*. *Revue française des affaires sociales*, 2, 207-227.

DREES (2015, 2016). *Les inégalités sociales de santé—Actes du séminaire de recherche de la DREES 2015-2016 | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques.*

Drobi, M. (2019a). "Une réponse accompagnée pour tous », la solidarité d'engagement en pratique". *Vie sociale*, Vol 27, p.153-165.

Drobi, M. (2019b). "Une réponse accompagnée pour tous : Une démarche qui met le pouvoir d'agir au service de la continuité des parcours". *Pratiques en santé mentale*, 65e année, p.27-35.

Duffey, A. & Elkhatabi, S. (2022). *Quel accompagnement public pour inscrire dans le temps la politique du Logement d'abord ? La politique du Logement d'abord en pratique* (p. 105-111). Presses de Rhizome.

Dutrey, R. (2018). "Pourquoi la loi Dalo ne tient pas ses promesses ?" *Revue Projet*, N°364, p.23-30.

Estecahandy P. & Hennin M. (2022). "Les principes du Logement d'abord : Penser et organiser l'accompagnement des personnes sans domicile à l'échelle des politiques publiques". *La politique du Logement d'abord en pratique*, (p. 41-43). Presses de Rhizome.

Even, M., & Sutter-Dallay, A.-L. (2019). "La santé mentale des enfants placés. Une revue de la littérature". *L'Encéphale*, 45(4), 340-344.

Fabris, E. & Revellin, M. (2022). *La mise en œuvre du Logement d'abord : Quels enseignements à partir de réalités opérationnelles ?* La politique du Logement d'abord en pratique (p. 96-104). Presses de Rhizome.

Fiche pratique LAM (2021).

https://outil2amenagement.cerema.fr/IMG/pdf/les_lits_d_accueil_medicalise_lam__cle519f4b.pdf

Filleul, A., Drolet, M.-J., & Hudon, A. (2023). "Démasquer le paternalisme latent en santé : Apports du philosophe Ruwen Ogien". *Canadian Journal of Bioethics / Revue canadienne de bioéthique*, Vol 6(2), p.107-119.

Fondation Abbé Pierre (2019). *Rapport 2019 sur l'état du mal-logement en France.*

Fondation Abbé Pierre (2023). *Rapport 2023 sur l'Etat du mal-logement en France.*

Fougeyrollas, P., Boucher, N., Fiset, D., Grenier, Y., Noreau, L., Philibert, M., Gascon, H., Morales, E., & Charrier, F. (2015). "Handicap, environnement, participation sociale et droits humains: Du concept d'accès à sa mesure". *Développement Humain, Handicap et Changement Social*, Vol 5.

Girard, V., Estecahandy, P., et Chauvin, P. (2009). "La santé des personnes sans chez soi".

Guirimand, N., & Mazereau, P. (2018). "Le triangle de la coordination des parcours des personnes en situation de handicap. Modélisation de l'activité et des interactions entre

familles, institutions et professionnels des secteurs sanitaire, éducatif et médico-social". *Les nouveaux enjeux du secteur social et médico-social* (p. 46-75). Champ social.

HAS (2023). *Synthèse du bilan de la feuille de route santé mentale et psychiatrie au 3 mars 2023*. Ministère du travail, de la santé et des solidarités.

HAS. (2024). *Grande Précarité et troubles psychiques—Intervenir auprès des personnes en situation de grande précarité présentant des troubles psychiques*. Haute Autorité de Santé.

Hélaridot, V. (2006). "Parcours professionnels et histoires de santé : Une analyse sous l'angle des bifurcations". *Cahiers internationaux de sociologie*, Vol 120(1), p.59-83.

Henckes, N. (2022). *Logement d'abord : Agenda et conditions d'une politique publique*. La politique du Logement d'abord en pratique (p. 44-51). Presses de Rhizome.

Insee—Creuse (2023). <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2011101?geo=DEP-23>

Jouve, É. & Pichon, P. (2015). *Le chez-soi, le soi, le soin. L'expérience limite des personnes sans domicile fixe comme modèle de compréhension de la vulnérabilité sanitaire*. Les Annales de la Recherche Urbaine, Vol 110, p.46-55.

Laforcade, M. (2017), "Le rétablissement au cœur des politiques de santé", *Rhizome*, N°65-66, p.25-26.

Landry Balas, L. (2008). *L'approche systémique en santé mentale. Nouvelle édition revue et augmentée*. Les Presses de l'Université de Montréal.

Lelimouzin & Besozzi. (2023, mars 21). *La santé mentale des sans-abris au prisme des temporalités de la survie et des institutions—Alternatives Humanitaires*. Santé mentale : de la prise de conscience à la mise en pratique, Num 22.

Lotte, L. & Séraphin, G. (2009). *Le handicap psychique : un concept ? Une enquête auprès de la population majeure protégée*. Ethnologie française, Vol 39, p.453-462.

Maraquin, C. (2015). "Le partenariat c'est quoi ?" *Handicap : Pratiques professionnelles à domicile* (p. 113-122). Dunod.

Mazereau, P. (2020). "Coordination et coopération entre professionnels et avec les usagers, une mise en ordre théorique et pratique à partir de l'exemple du secteur médico-social". *Coordination et collaboration : Contraintes et opportunités dans le développement des compétences partagées*.

Mellier, D. (2018). "Préface—Processus et enjeux du décloisonnement des parcours de vie». *Les nouveaux enjeux du secteur social et médico-social* (p. 9-16). Champ social.

Milano Serge (2009). *Le handicap psychique, d'une loi à l'autre*. Revue française des affaires sociales, p.17-24.

Muniglia, V. (2016). "Comprendre les ruptures dans les parcours d'accompagnement : L'exemple des jeunes faisant l'expérience de la « dépendance contrainte »". *Informations sociales*, 195(4), p.105-113.

OMS (2022, juin). *Santé mentale : Renforcer notre action*.

Palma, J. (2023). "Détenus et troubles psychiatriques : La prison, un lieu pathogène ?" *L'information psychiatrique*, 99(2), 97-102. <https://doi.org/10.1684/ipe.2023.2550>

Paul, M. (2012). "L'accompagnement comme posture professionnelle spécifique. L'exemple de l'éducation thérapeutique du patient". *Recherche en soins infirmiers*, 110(3), p.13-20.

Portail HRBA. (2021). *L'approche de la coopération au développement fondée sur les droits de l'homme : Vers une compréhension commune entre les agences des Nations Unies - HRBA Portail*.

Piel, E. & Roelandt, J-L (2001). *De la psychiatrie vers la santé mentale*. VST - Vie sociale et traitements, N°72, p.9-32.

Piveteau, D. (2022). *Experts, acteurs, ensemble ... Pour une société qui change*. Rapport.

Piveteau, D. Acef, S. Debrabant, F-X. Jaffre, D. & Perrin, A. (2014). *Le devoir collectif de permettre un parcours de vie sans rupture, pour les personnes en situation de handicap et pour leurs proches*. Rapport.

Rapport (2019). *Fondation Abbé Pierre sur l'état du mal-logement en France*.

Rapport (2023). *Fondation Abbé Pierre sur l'Etat du mal-logement en France*.

Revue française des affaires sociales. (2009). *Les personnes souffrant d'un handicap psychique : Allocation aux adultes handicapés et emploi. Données de cadrage*. Revue française des affaires sociales, p.95-98.

Robette, N. (2014). *L'étude des parcours de vie, démarche descriptive ou causale ?* Idées économiques et sociales, N°177, p.8-15.

Schlegel V. (2017). *Pauvres, déviants, malades. Travail d'inférence et catégorisations professionnelles dans la régulation de l'accès à l'hébergement des personnes sans-domicile*. Terrains & travaux, N°30, p.185-207.

SPF (2009). *La santé mentale et les addictions chez les personnes sans logement personnel en Île-de-France : L'enquête Samenta de 2009*. Numéro thématique. État de santé et conditions de vie des populations sans domicile.

Tinland A., Girard V., Loubière S., & Auquier P., (2016), "UN CHEZ SOI D'ABORD". *Rapport intermédiaire de la Recherche Volet quantitatif*.

Weill Pierre-Edwouard (2021). *Les difficultés de mise en œuvre localisées du droit au logement opposable (DALO)*.

Zitouni Françoise & Driant Jean-Claude (2021). *Compétence logement (Etat et collectivités locales)*.

Références législatives

Déclaration universelle des droits de l'Homme, 1948.

Gouvernement (2023). *Lancement du deuxième plan quinquennal pour le Logement d'abord (2023-2027) : Agir, prévenir, construire, pour lutter contre le sans-abrisme*. info.gouv.fr.

Légifrance (1975), "Loi du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées".

Légifrance (1975), "Loi du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales".

Légifrance (1985), "Loi du 25 juillet 1985".

Légifrance (1993). "Décret du 4 novembre 1993 relatif au guide-barème"

Légifrance (1995) "Décision n° 94-359 DC du Conseil constitutionnel"

Légifrance (1998), "Loi du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions".

Légifrance (2002), *rénovant l'action sociale et médico-sociale*, 2002-2

Légifrance (2005), "Décret n° 2005-1587 du 19 décembre 2005 relatif à la maison départementale des personnes handicapées et modifiant le code de l'action sociale et des familles (partie réglementaire)".

Légifrance (2005), "Section 2 : Maisons départementales des personnes handicapées", (Articles L146-3 à L146-12).

Légifrance (2005), "Section 3 : Maison départementale des personnes handicapées", (Articles R146-16 à R146-44).

Légifrance (2007), "Loi du 5 mars 2007 instituant le droit au logement opposable et portant diverses mesures en faveur de la cohésion sociale".

Légifrance (2008), "Décret n° 2008-110 du 6 février 2008 relatif au guide d'évaluation des besoins de compensation des personnes handicapées et modifiant le code de l'action sociale et des familles (partie réglementaire)".

Légifrance (2016), "Instruction du 12 avril 2016 relative à la mise en œuvre des pôles de compétences et de prestations externalisées pour les personnes en situation de handicap".

Légifrance (2017), "Arrêté du 05 mai 2017 relatif au modèle de formulaire de demande auprès des maisons départementales des personnes handicapées".

Légifrance (2018), "Article L345-2-2—Code de l'action sociale et des familles".

Légifrance (2019), "Loi du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé".

Légifrance (2020), "Article D511-43—Code de l'éducation".

Légifrance (2020), "Décret n° 2020-1745 du 29 décembre 2020 relatif aux conditions techniques d'organisation et de fonctionnement des structures dénommées « lits halte soins santé », « lits d'accueil médicalisés » et « appartements de coordination thérapeutique »".

Légifrance (2021), "Circulaire de novembre 2021, relative au cahier des charges des communautés 360", < <https://handicap.gouv.fr/sites/handicap/files/2021-12/Cahier-des-charges-communautés-360-2021-12-16.pdf>>

Légifrance (2022), "Décret du 19 avril 2022 relatif à la prestation de compensation".

Ministère chargé du logement (2020). *Hébergement et logement adapté : La résidence accueil*.

Ministère chargé du logement. (2020c). *Hébergement et logement adapté : Les lits halte soins santé (LHSS)*.

Ministère chargé du logement (2020). *Hébergement et logement adapté : Les appartements de coordination thérapeutique (ACT)*.

Ministère chargé du logement (2020). *Le service intégré d'accueil et d'orientation (SIAO)*.

Ministère de la justice (2023). *La Direction de la Protection Judiciaire de la Jeunesse (DPJJ)*.

Ministère des solidarités et des familles (2023). *Circulaire du 7 décembre 2023 relative à la mise en œuvre du plan de création de 50 000 nouvelles solutions et de transformation de l'offre médico-sociale à destination des personnes en situation de handicap 2024-2030*.

ANNEXE 1 : Trajectoires de vie

De Audrey, Nicolas, Fabien et Dylan

Signification des couleurs associées au schéma :

Secteur école ordinaire

Secteur protection de l'enfance (ASE, PJJ)

Secteur psychiatrique (enfant et adulte)

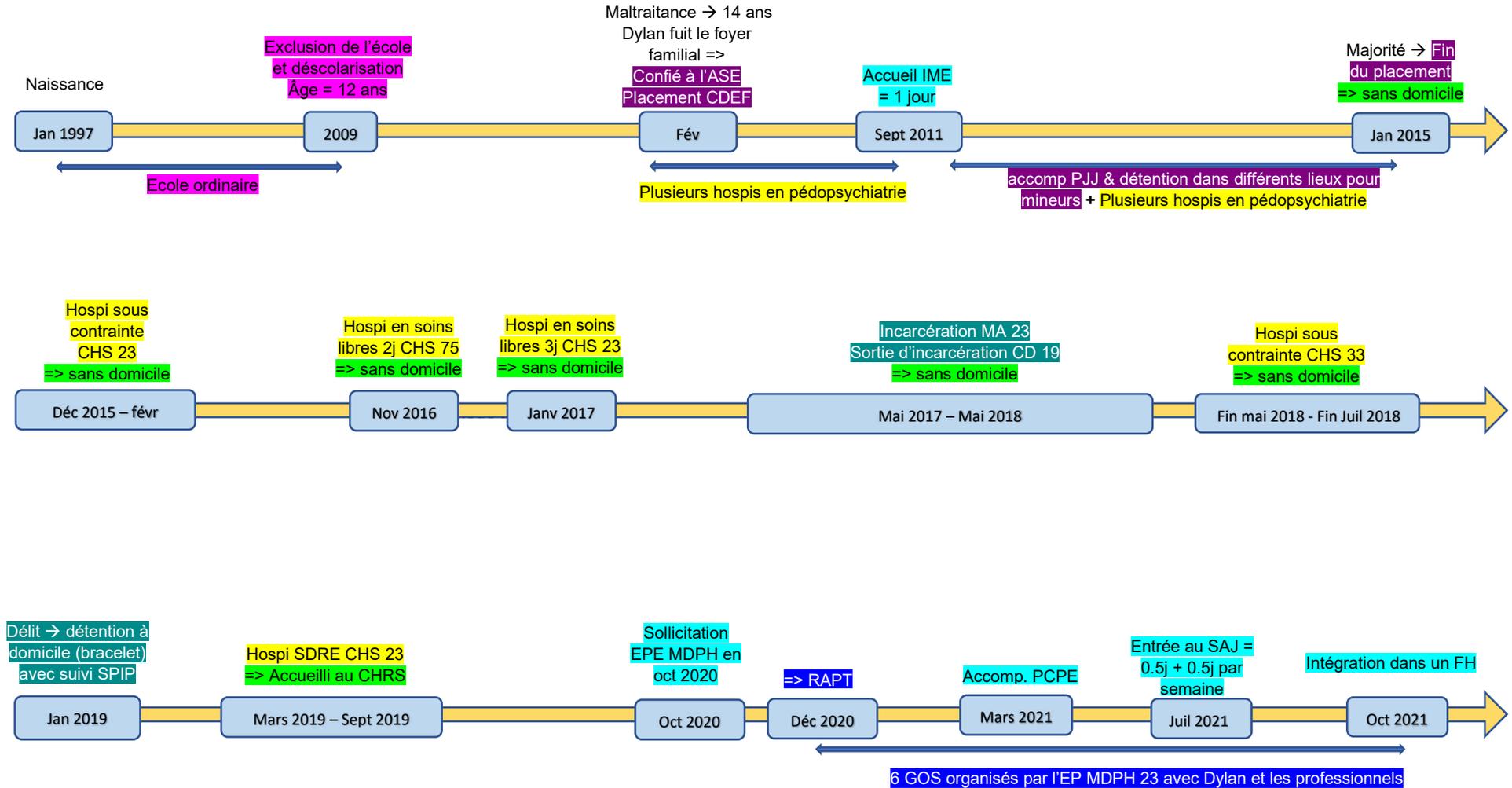
Secteur judiciaire

Secteur du mal-logement, la rue, sans-domicile

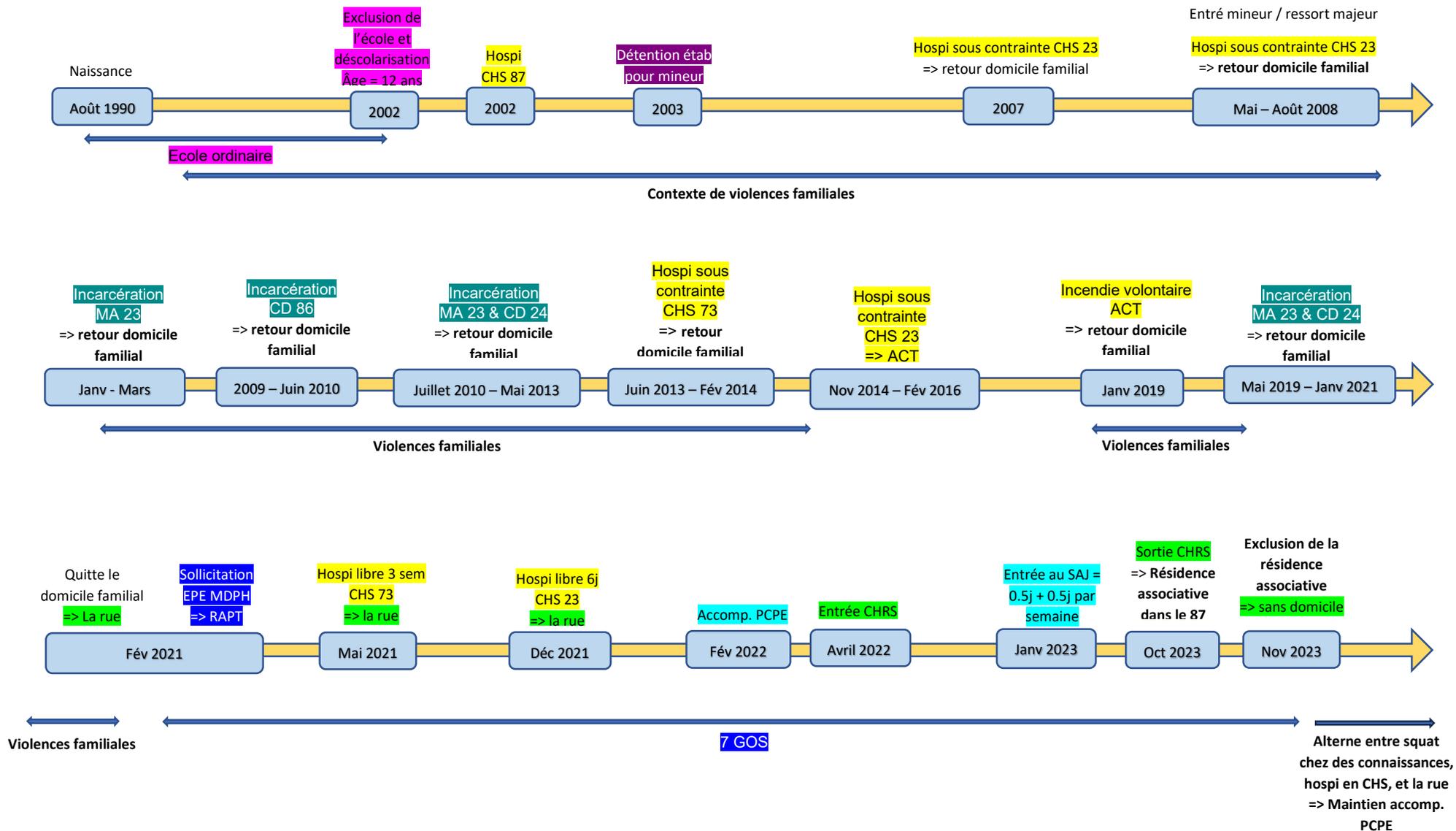
Secteur médico-social (IME, ESAT, FH, SAMSAH, PCPE, SAJ, aide humaine PCH)

Sollicitation MDPH → RAPT (ou approche RAPT)

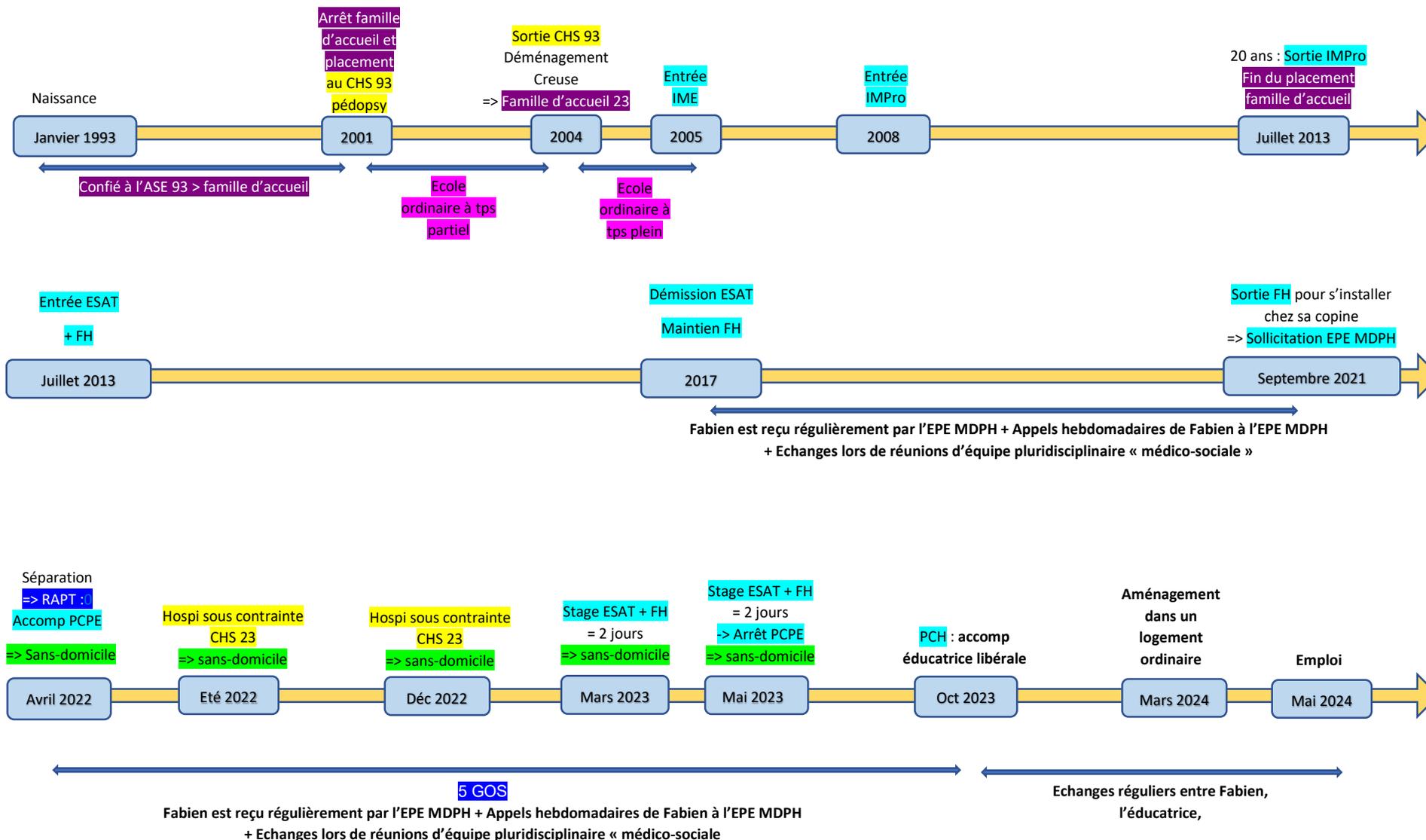
TRAJECTOIRE DE VIE DE DYLAN



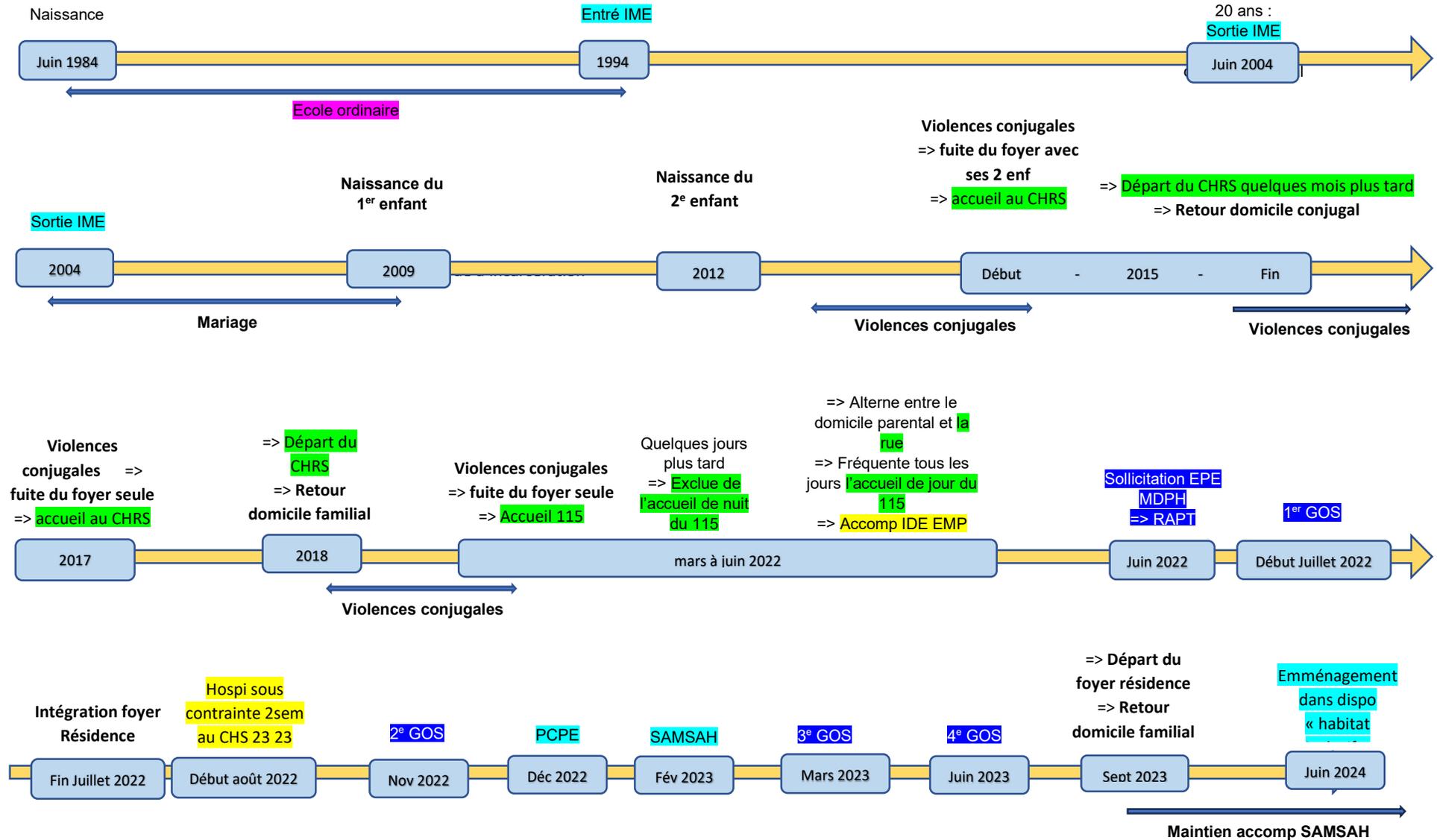
TRAJECTOIRE DE VIE DE NICOLAS



TRAJECTOIRE DE VIE DE FABIEN



TRAJECTOIRE DE VIE D'AUDREY



ANNEXE 2 : Guides d'entretien

Secteurs	Professionnels enquêtés
Mal-logement	Cheffe de service de l'accueil d'urgence : 115, accueil de jour, abris de nuit, et service intégré d'accueil et d'orientation (SIAO)
	Chef de service du centre d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS)
Psychiatrie	Deux infirmières de l'équipe mobile de précarité (EMP)
	Assistant social au sein du dispositif des appartements de coordination thérapeutique (ACT)
Médico-social	Cheffe de service du pôle de compétences et de prestations externalisées intervenant pour les situations dites complexes (PCPE « situations complexes »)
Justice	Directrice du service pénitentiaire d'insertion et de probation (SPIP), qui a dans ses premières années, travaillé au service de la protection judiciaire de la jeunesse (PJJ)
Services déconcentrés de l'Etat	Chargée de mission handicap à l'ARS
	Chargée de mission au service de l'inclusion sociale sur le plan du logement et de l'hébergement d'insertion de la DDETSP

Le Mal-logement

Guide d'entretien avec la **cheffe de service de l'accueil d'urgence** :

115, accueil de jour, abris de nuit, et service intégré d'accueil et d'orientation (SIAO)

- Présentation : Quel est votre parcours professionnel ?
Quel poste occupez-vous aujourd'hui, vos missions ?

- Quelles sont les missions de l'accueil de nuit / de jour ? leur fonctionnement ? l'accueil est-il limité à un nombre de nuits ? accueillez-vous les personnes sans logement mais ayant des ressources financières ?

- Lorsqu'une personne sans-domicile souhaite accéder à un logement, sa situation sera-t-elle présenter en commission SIAO ? si non, pourquoi ? si oui, obtiendra-t-elle une orientation vers un hébergement ou un logement systématiquement ? si non, pourquoi ?

- Quelles structures existent en Creuse pour aider les personnes sans-abris ?

- Combien de professionnels êtes-vous à l'accueil de nuit / de jour ?

- Quels sont vos partenaires quotidiens ? avez-vous des liens avec votre financeur, la DDETSPP, et à quelle fréquence ? répond-il à vos besoins ?

- Combien de SDF sont accueillis en moyenne sur une année par l'accueil de jour, l'accueil de nuit ?

- Quels sont les grands profils des SDF en Creuse ?

- Accueillez-vous beaucoup de personnes SDF présentant des troubles du comportement ? quel types de symptômes (troubles de l'addiction, hallucinations, désorientation, sentiment de persécution...) ?

- Savez-vous si elles sont reconnues par la MDPH ?

- Les professionnels sont-ils formés pour l'accompagnement de ces personnes ?
- Quelles difficultés rencontrez-vous dans leur accompagnement ?
- Travaillez-vous quotidiennement avec des professionnels/partenaires spécialisés dans l'accompagnement des personnes en proie à des troubles psychiques ? si oui, lesquels ? et comment ?
- Pour vous, l'accueil de jour, l'accueil de nuit sont-ils adaptés à ces personnes ? pourquoi ?
- Concernant des situations complexes comme celles d'Audrey, de Fabien, de Dylan et de Nicolas, comment qualifieriez-vous votre travail d'accompagnement et les réponses proposées à ces personnes ? Avez-vous rencontré des difficultés particulières et si oui, lesquelles ? des pistes d'amélioration ?
- A une époque, Fabien a été accueilli à l'accueil de nuit quelques fois puis l'accueil lui a été refusé, pourquoi ?
- Pourquoi des personnes comme Audrey, Fabien, Nicolas et Dylan ne peuvent accéder à un logement ordinaire ?
- Comment prenez-vous en compte le souhait des personnes concernées ?
- Ces situations d'Audrey, de Fabien, de Nicolas et de Dylan, sont-elles représentatives des personnes sans-abrisme ?
- Votre service a sollicité la MDPH pour la situation d'Audrey notamment, pourquoi ? Quel est le rôle de la MDPH selon vous, que représente-t-elle pour vous ? de la RAPT ?
- Auriez-vous des pistes d'amélioration pour répondre aux besoins de ces personnes ?

Le Mal-logement

Guide d'entretien avec le **Chef de service** du centre d'hébergement et de réinsertion sociale (**CHRS**)

- Présentation : Quel est votre parcours professionnel ?
Quel poste occupez-vous aujourd'hui, vos missions ?

- Comment bénéficier d'un accueil au CHRS ? quelles sont les conditions d'accueil : formalisation d'un contrat ? y'a-t-il un délai à l'accompagnement et à l'accueil proposé ? est-ce possible de déroger et si oui, comment-pourquoi (en lien avec la situation de handicap de la personne ?) ? accueillez-vous des personnes ayant des ressources financières ?

- Lorsqu'une personne sans-abris souhaite accéder à un « logement accompagné », sa situation sera-t-elle présentée en commission SIAO ? si non, pourquoi ? si oui, obtiendra-t-elle une orientation vers un hébergement ou un logement systématiquement ? si non, pourquoi ?

- Combien de professionnels êtes-vous au sein du CHRS ?

- Quels sont vos partenaires quotidiens ? avez-vous des liens avec la DDETSPP et à quelle fréquence ? répond-elle à vos besoins ?

- Combien de SDF sont accueillis au CHRS en moyenne sur une année ?

- Quels sont les grands profils des SDF accueillis par le CHRS creusois ?

- Accueillez-vous beaucoup de personnes SDF présentant des troubles psychiques ?

- Savez-vous si elles sont reconnues par la MDPH ?

- Les professionnels sont-ils formés dans l'accompagnement de ces personnes ?

- Comment repérez-vous les personnes présentant de grosses difficultés comportementales, de compréhension, de troubles de l'addiction ? quelle approche avez-vous ?
- Quelles difficultés rencontrez-vous ou avez-vous rencontré dans l'accompagnement de ces personnes ?
- Comment prenez-vous en compte le souhait des personnes accompagnées ?
- Travaillez-vous quotidiennement avec des professionnels/partenaires spécialisés dans l'accompagnement de ces situations complexes ? si oui, lesquels ? et comment ?
- Pour vous, le CHRS est-il adapté à ces personnes ? pourquoi ?
- Concernant des situations complexes comme celles de Nicolas, et de Dylan, comment qualifieriez-vous votre travail d'accompagnement et les réponses proposées à ces personnes ? Avez-vous rencontré des difficultés particulières et si oui, lesquelles ? est-ce votre mission d'accompagner ces situations ? pensez-vous être compétents et outiller pour ? quelles pistes d'amélioration ?
- Quels sont les critères de la commission SIAO pour qu'une personne sans-abris puisse bénéficier d'un « logement accompagné » ? pourquoi des personnes comme Nicolas et Dylan ne pouvaient pas y accéder selon vous ?
- Ces situations de Nicolas et de Dylan sont-elles représentatives des personnes que vous accueillez ?
- Votre service a sollicité la MDPH pour la situation de Dylan notamment, pourquoi ? Quel est le rôle de la MDPH selon vous, que représente-t-elle pour vous ?
- Auriez-vous des pistes d'amélioration pour répondre aux besoins de ces personnes ?

La psychiatrie

Guide d'entretien avec les deux **infirmières** de l'équipe mobile de précarité (**EMP**)

- Présentation : Quel est votre parcours professionnel ?
Quel poste occupez-vous aujourd'hui, vos missions ?
- Quelle est la mission de votre service ?
- Combien de professionnels êtes-vous ?
- Comment s'organise votre service ?
- Qui vous sollicite ? (Professionnels ? personne elle-même ?)
- Où intervenez-vous ?
 - Chez les personnes ?
 - Permanences ? où ? (accueil de jour, CHRS, maison d'arrêt de Guéret ? antennes des services sociaux ?.....)
 - Effectuez-vous des maraudes ?
- Quel accompagnement proposez-vous ? (Thérapeutique, social, éducatif, fréquence, durée...)
- Quel type de profil accueillez-vous le plus souvent ? (Homme – femme ? célibataire ? quelle pathologie psychiatrique, troubles de l'addiction, délires, hallu... ? SDF ?
- Quelles difficultés rencontrez-vous ? Audrey par exemple qui refusait de rencontrer un psychiatre, comment l'avez-vous accompagnée ? quels étaient vos objectifs ?
- Quels sont les partenaires avec lesquels vous travaillez régulièrement ?

- Alain MERCUEL Psychiatre, dirige une équipe mobile au CHS de Saint-Anne à Paris, dont la mission est d'aller vers les personnes exclues, en grande précarité et présentant une souffrance psychique. Ce psychiatre a écrit différents articles dans lequel il décrit l'accès au soins psychiatriques des SDF, en interrogeant l'importance de la *permanence du lieu* ou de la *permanence du lien*. Qu'en pensez-vous ?

(Informations bibliographiques : La question qui se pose avec les personnes en précarité est justement de savoir quelle balance proposer entre une permanence du lieu – du lieu thérapeutique – et une permanence du lien qui se voudrait tout aussi thérapeutique. Si l'on aborde cette question par le lieu, on pourrait penser qu'il faudrait un lieu fixe pour des sans domicile fixe (SDF). Un lieu fixe pour SDF pourrait être théoriquement un lieu qui va leur permettre d'avoir un cadre, un rythme, une régularité des entretiens. Mais si l'on imagine théoriquement cela comme préalable aux soins, il est donc très rare qu'ils acceptent un lieu fixe et, quand celui-ci leur est proposé, il s'avère un peu « précoce » dans le parcours d'accès aux soins. Qu'importe le lieu thérapeutique, pourvu qu'il favorise le lien.)

- Ce psychiatre témoigne de *la violence des institutions* et parle du *syndrome de la patate chaude* consistant à se cacher derrière son voisin. D'ailleurs régulièrement, le SIAO et le CHRS expriment régulièrement être « une antenne de la psychiatrie ». Qu'en pensez-vous ?

(Informations bibliographiques : Rien n'est gagné alors car la violence des institutions, avec bien sûr le syndrome de la « patate chaude », prend le relais de la maltraitance quotidienne. Chacun proclamant « mais non, c'est à toi de t'en occuper », « mais non c'est à moi... ». Tout cela ne favorise pas le lien fixe.)

- Auriez-vous des pistes d'amélioration pour répondre aux besoins de ces personnes ?

La psychiatrie

Guide d'entretien avec l'**assistant de service social** au sein du dispositif des appartements de coordination thérapeutique (**ACT**)

- Présentation : Quel est votre parcours professionnel ?
Quel poste occupez-vous aujourd'hui, vos missions ?
- Quelle est la mission des « appartements thérapeutiques » ?
- Combien de professionnels êtes-vous ?
- Combien d'appt existe-t-il ? où en Creuse ?
 - Les appartements appartiennent-ils au CHS 23 ?
 - Les personnes qui y résident sous-louent-elles ?
 - Les personnes sont-elles considérées comme « hospitalisées » ?
- Qui peut y prétendre ? quelles conditions/ critères « d'éligibilité » ?
- Qui oriente et qui décide ? le choix se fait-il en réunion d'équipe pluridisciplinaire ?
- Formalisez-vous un contrat av les personnes qui intègrent un ACT ?
Comment se nomme ce contrat ? quel en est la teneur ?
- Combien de temps une personne peut-elle rester en appt. T ?
- Les personnes sont-elles accompagnées dans leur recherche d'un nouveau logement ?
- Quel accompagnement est-il offert ? (Courses, démarches, papiers, entretiens à dom, fréquence, prise du traitement, éducatif sur le quotidien comme pour la ménage, la cuisine, les courses, la toilette ...)
- Quels sont les professionnels qui interviennent (IDE, AS...) ? A quelle fréquence ?

- Quel type de profil accueillez-vous le plus souvent ? (Homme – femme ? célibataire ? quelles pathologies psy (troubles de l'addiction, délires, hallucinations... ? SDF ?) ?
- Rencontrez-vous des difficultés dans l'accompagnement des personnes occupant un apt. T ? si oui, de quel ordre ?
- Quels sont les partenaires avec lesquels vous travaillez ?
- Existe-t-il d'autres alternatives, d'autres services psychiatriques en Creuse proposant un hébergement ? (Résidence ? famille d'accueil spécialisée ? ...)
- De nombreuses personnes sortantes d'hospitalisation en psychiatrie, n'ont pas de domicile et parfois se retrouvent à la rue. Les professionnels qui prennent le relais comme le SIAO ou le CHRS par exemple, expriment régulièrement être une « antenne de la psychiatrie ». Qu'en pensez-vous ?
- Auriez-vous des pistes d'amélioration pour répondre aux besoins de ces personnes ?

Le médico-social

Guide d'entretien avec la **cheffe de service** du pôle de compétences et de prestations externalisées intervenant pour les situations dites complexes (**PCPE « situations complexes »**)

- Présentation : Quel est votre parcours professionnel ?
Quel poste occupez-vous aujourd'hui, vos missions ?
- Présentation : Quel est votre parcours professionnel ?
Quel poste occupez-vous aujourd'hui, vos missions ?
- Quelles sont les missions du PCPE zéro solution ? quel est votre fonctionnement ?
- Combien de professionnels êtes-vous ? A combien de prestataires (éducateurs...) faites-vous appel ? quelles compétences, postes ou organismes ?
- Quels sont vos partenaires quotidiens ? avez-vous des liens avec votre financeur et à quelle fréquence ? répond-il à votre besoin ?
- Combien de personnes accompagniez-vous ?
- Quels sont les grands profils des personnes que vous accompagniez (troubles du comportement) ? lesquels ?
- Parmi ces personnes, Accueillez-vous beaucoup de personnes SDF présentant des troubles du comportement, de l'addiction ?
- Faites-vous appel à des professionnels en particulier pour accompagner ces personnes comme Audrey, Fabien, Nicolas et Dylan ? trouvez-vous les ressources sur le territoire (y'a-t-il des compétences que vous ne trouvez pas ?) ?
- sans-abrisme ?
- Quelles difficultés rencontrez-vous ou avez-vous rencontré dans leur accompagnement ?

- Comment prenez-vous en compte le souhait de ces personnes concernées ?
- Sachant que votre accompagnement est temporaire, trouvez-vous les relais adaptés à mettre en place sur le territoire ?
- Existe-t-il les réponses adaptées sur le territoire à ces personnes ?
- Quelles sont selon-vous, les limites et les atouts de vos partenaires spécialisés (MDPH, FH, SAVS, psychiatrie...) ? et les atouts et limites de vos partenaires du milieu ordinaire (accueil de jour/nuit, SPIP, mandataires judiciaires ?
- Quels sont selon vous les limites du dispositif PCPE zéro solution ?
- Auriez-vous des pistes d'amélioration pour répondre aux besoins de ces personnes ?

La justice

Guide d'entretien avec la **Directrice** du service pénitentiaire d'insertion et de probation (**SPIP**)

- Présentation : Quel est votre parcours professionnel ?

Quel poste occupez-vous aujourd'hui, vos missions ?

- Combien de professionnels y'a-t-il au SPIP ?
- Le SPIP a-t-il une influence sur les décisions du juge ?
- Qui sont accompagnés par le SPIP et pourquoi ?
- Quel accompagnement offre le SPIP ?

Les différences sociales telles que les troubles psychiques (addiction, tble du comportement, sentiment de persécution, hallucinations, croyances particulière), la culture (communauté des gens du voyage), le passé juridique (anciens jugements s'il y en a eu, les placements familiaux...), sont-ils considérés dans l'accompagnement ? et si oui, comment ?

- Quelle différence existe-t-il entre la PJJ et le SPIP ?

Existe-t-il en Creuse des établissements spécifiques (fermé ou autre ?) pour les jeunes confiés à la PJJ par le juge des enfants ?

Lorsque la PJJ est nommée par le juge pour suivre un mineur, y'a-t-il un « transfert » de ce suivi au SPIP si le jeune atteint sa majorité entre-temps ?

- Travaillez-vous en partenariat avec d'autres professionnels ?

Lesquels (SIAO, CHRS, MDPH...) ?

Comment ?

- Combien de personnes accompagne le SPIP 23 en milieu ouvert et en milieu fermé ?
- Existe-t-il des grands profils des personnes condamnées pour des faits de violence ?

- Quelles sont les actions menées pour réinsérer, réhabiliter les condamnés durant l'accompagnement du SPIP ?
- Accompagniez-vous beaucoup de personnes sans-domicile ?
- Face à ces personnes sans-abris (incarcérées ou non), le SPIP a-t-il une mission de les accompagner à retrouver un domicile ? (sachant que la cheffe de service de l'accueil de nuit de Guéret m'avait informée, qu'ils accueillait régulièrement des personnes sortantes de la maison d'arrêt) ?
- Identifiez-vous les personnes présentant des troubles du comportement (addiction, troubles cognitifs, sentiment de persécution, hallucinations, croyances particulières...) soumis à une obligation judiciaire ?

Si oui, comment ? (reconnaissance MDPH, obligation judiciaire de soins psychiatriques, constat d'un comportement déviant, discours incohérent, inadapté, « particulier » durant les entretiens avec le conseiller SPIP....)

Dans cette hypothèse, adoptez-vous une approche particulière dans l'accompagnement ?

- Dans vos suivis, constatez-vous une proportion significative de personnes présentant des troubles psychiques ?
- Selon vous, quelles sont les limites des organisations judiciaires en France face aux personnes ayant des troubles psychiques ?
- Dylan et Nicolas ont tous deux été accompagnés par le SPIP (et la PJJ également), comment adaptez-vous votre accompagnement ?

Comment avez-vous travaillé avec le secteur de la psychiatrie ?

Avec le secteur du mal-logement par qui ils étaient accueillis ?

- Dans vos suivis, y-a-t-il une proportion significative de personnes qui auraient été placées durant leur enfance ?
- Auriez-vous des pistes d'amélioration ?

Service déconcentré de l'Etat

Guide d'entretien avec la **Chargée de mission handicap** à l'agence régionale de santé (**ARS**)

- Présentation : Quel est votre parcours professionnel ?
Quel poste occupez-vous aujourd'hui, vos missions ?
- Actuellement, l'offre territorial en Creuse est très limitée et souvent inadaptée concernant les personnes en situation de handicap présentant des troubles psychiques. Les professionnels du mal-logement se retrouvent parfois démunis face à ces personnes pour qui un accompagnement médico-social serait nécessaire. L'ARS en a-t-elle conscience ?
- Dans le cadre du dispositif « Un chez soi d'abord » et du plan « le logement d'abord », plusieurs expérimentations ont été réalisées en France et notamment en Nouvelle-Aquitaine par le biais d'ACT (appartement de coordination thérapeutique). Ils s'inscrivent dans un nouveau paradigme centré sur l'accès au logement de suite, et le maintien avec un accompagnement médico-social une fois installé. Y'a-t-il des projets similaires envisagés ou réfléchis, en Creuse ?
- L'EPE MDPH accompagne actuellement avec ses partenaires et notamment le PCPE « situations complexes », plusieurs situations pour lesquelles nous n'avons pas de réponse adaptée à leur souhait : lors des bilans transmis par le PCPE concernant ces personnes, dans la mesure où l'ARS finance ce service, y'a-t-il des réflexions engagées face aux difficultés remontées ?
- L'ARS a-t-elle une mission de sensibilisation auprès des professionnels de l'accompagnement concernant l'inclusion des personnes en situation de handicap ?
- Y'a-t-il des projets d'accompagnement en Creuse, à l'attention des personnes présentant des troubles psychiques en dehors de services classiques comme un SAMSAH (où il n'y a déjà plus de place) ? des projets expérimentaux ?

- Quel est le rôle de l'ARS avec les services de la psychiatrie ?

- La MDPH envisage d'initier une réflexion territoriale autour de l'accompagnement des personnes en proie à des troubles psychiques en situation de sans-abrisme, souhaiteriez-vous y participer ?

Service déconcentré de l'Etat

Guide d'entretien avec la **Chargée de mission** au sein de la
direction départementale de l'emploi, du travail et des solidarités (**DDETSPP**)

- Présentation : Quel est votre parcours professionnel ?
Quel poste occupez-vous aujourd'hui, vos missions ?
- Quels sont les dispositifs existant en Creuse concernant les personnes sans-abris ?
- Lorsqu'une personne sans-abrisme souhaite accéder à un logement, sa situation sera-t-elle présentée en commission SIAO ? si non, pourquoi ? si oui, obtiendra-t-elle une orientation vers un hébergement ou un logement systématiquement ?
- Quelles sont les actions développées par l'Etat au niveau local pour lutter contre le sans-abrisme des personnes en situation de handicap présentant des troubles psychiques (addiction, hallucinations, sentiment de persécutions, difficultés cognitives...) ?
- Connaissez-vous le plan « le logement d'abord » ? depuis l'expérimentation de ce plan dans certains territoires, avez-vous eu des retours de bonnes pratiques ? si oui, ces retours ont-ils initié des réflexions au niveau local ?
- Quels sont les partenaires associés à l'Etat pour réfléchir aux questions relatives du sans-abrisme en Creuse ? travaillez-vous avec le Conseil départemental ? si oui, sur quelles questions ? travaillez-vous avec les collectivités territoriales ? si oui, de quelle façon ? travaillez-vous avec l'ARS ? si oui, sur quelles questions ?
- Ces dernières années, la MDPH est régulièrement interpellée par les dispositifs d'hébergement d'urgence concernant des personnes présentant des troubles du comportement et qui souhaitent accéder à un logement autonome. Cependant les professionnels des dispositifs d'urgence constatent un besoin important d'accompagnement. Exemple de Nicolas : accueilli actuellement au CHRS → en raison de ses troubles psychiques, M. a des besoins spécifiques → Nous nous rencontrons régulièrement autour et avec ces personnes pour tenter de trouver des solutions. Bien souvent, l'hébergement en FH n'est pas souhaité et adapté pour ces personnes, les réponses sur le territoire creusois sont

très limitées : Y'a-t-il une réflexion de l'Etat en Creuse à l'attention de ces personnes dont vous échangez lors des commissions SIAO ?

- Pensez-vous qu'il aurait des pistes d'amélioration en faveur de l'accompagnement vers et dans le logement des personnes en proie à des troubles psychiques en situation de sans-abrisme ?

FORVEILLE	Chloé	8 juillet 2024
Situations de handicap et participation sociale Promotion 2022-2024		
Interroger la « logique de parcours » dans les accompagnements proposés à travers l’analyse de trajectoires de vie de personnes sans-abris en souffrance psychique		
PARTENARIAT UNIVERSITAIRE : L’Ecole des hautes études en santé publique		
<p>Résumé en français :</p> <p>Parmi les sans-abris, les études réalisées mettent en exergue une surreprésentation de personnes présentant des troubles psychiques. Pourtant depuis les années 2000, la « logique de parcours » apparaît progressivement dans les politiques publiques.</p> <p>Cette étude s’appuie sur l’analyse de la trajectoire de quatre personnes présentant des troubles psychiques et ayant connu des périodes de sans-abrisme, à partir leur dossier MDPH, et de huit entretiens auprès de professionnels issus de différents secteurs. Elle cherche à comprendre les facteurs des différentes « ruptures de parcours », ainsi que les effets de la démarche « réponse accompagnée pour tous » (RAPT) mobilisée pour ces personnes dans le département de la Creuse.</p> <p>Même si la RAPT en Creuse favorise l’acculturation et les dynamiques collaboratives entre secteurs, la faiblesse de l’offre territoriale rend la proposition de solutions satisfaisantes pour répondre aux souhaits et besoins de ces personnes difficile à réaliser.</p>		
<p>Mots clés :</p> <p>Troubles psychiques – sans-abrisme – logique de parcours – politiques publiques – « réponse accompagnée pour tous »</p>		

Summary in English :

Among the homeless population, studies have highlighted an overrepresentation of individuals with mental health disorders. However, since the 2000s, the "pathway logic" has gradually appeared in public policies.

This study is based on the analysis of the trajectories of four individuals with mental health issues who have experienced periods of homelessness, using their MDPH files, and on eight interviews with professionals from different sectors. It aims to understand the factors behind the various "pathway breakdowns" and the effects of the "accompanied response for all" approach implemented for these individuals in the Creuse department.

Even though the RAPT in Creuse promotes acculturation and collaborative dynamics between sectors, the weakness of the local provision makes it difficult to offer satisfactory solutions that meet the wishes and needs of these individuals

Keywords :

Mental disorders – homelessness – pathway Logic – public policies –

« accompanied response for all »

L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.