AVRIL 2020

Le maintien dans le logement ordinaire des adultes avec troubles psychiques

Quels sont les facteurs susceptibles d'influencer les parcours résidentiels de ces personnes ?

Mathilde BIBOUDA et Pauline PAYRASTRE
Directrice et Conseillère technique

Avec la participation de Clément POUPONNEAU
Conseiller technique

CREAI BOURGOGNE-FRANCHE-COMTE

Table des matières

1. CONTEXTE, OBJET ET METHODOLOGIE DE L'ETUDE 5
1.1. Contexte et objectifs de l'étude 5
1.2. « L'habiter » comme objet d'étude 7
1.3. Méthodologie proposée et déroulement de l'action 9
1.3.1. Comité de pilotage 9
1.3.2. Périmètre de l'étude 9
1.3.2.1. Public cible 9
1.3.2.2. Territoires concernés 10
1.3.3. Méthodologie de l'étude 11

2. DES CARACTERISTIQUES DE VIE SUSCEPTIBLES D'IINFLUENCER LES PARCOURS RÉSIDENTIELS DES PERSONNES AVEC TROUBLES PSYCHIQUES 13
2.1. La place de la pathologie et des soins 13
2.1.1. La maladie psychique cause majeure de ruptures 13
2.1.2. Les soins, une dimension incontournable à adapter au contexte de vie de la personne 14
2.1.3. Les addictions : une source majeure de ruptures, à considérer dans le choix du lieu de vie des personnes 17
2.2. La personne dans son environnement de vie 18
2.2.1. Un environnement de vie à prendre en compte autant que le logement en lui-même 18
2.2.2. Des troubles du voisinage traduisant une diversité des façons d'habiter des personnes 20
2.2.3. L'entourage familial, un élément pouvant faire basculer les situations 23
2.3. Un faible niveau d'autonomie dans la gestion du quotidien, appelant un étayage extérieur 24
2.4. Des difficultés financières fréquentes et paralysantes sans une mesure de protection adaptée 26

3. L'ACCOMPAGNEMENT DES PERSONNES AVEC TROUBLES PSYCHIQUES DANS LEUR LOGEMENT : LE DIFFICILE « SUR-MESURE » DANS UN CONTEXTE CONTRAINT 27
3.1. Des conditions d'accès au logement déterminantes pour le maintien 28
3.1.1. De la résignation à la formulation d'un désir d'accès au logement 28
3.1.2. La nécessaire évaluation des besoins d'accompagnement plutôt que celle des capacités à habiter 29
3.2. Un accompagnement nécessairement souple, adapté et coordonné 32
3.2.1. Des pratiques institutionnelles à harmoniser 32
3.2.2. Un lien de confiance à construire et à maintenir dans le temps 33

3.2.3. Le délicat positionnement des professionnels dans l'accompagnement : entre risque d'attentisme et prise de pouvoir 36

3.2.4. Le référent de parcours : un statut à créer 37

3.3. Des partenariats solides mais à renforcer 39

3.4. L'offre sanitaire, sociale et médico-sociale à consolider et à diversifier 43

CONCLUSION 49

LISTE DES PRECONISATIONS ET LEURS DECLINAISON OPERATIONNELLES 52

BIBLIOGRAPHIE 62

SIGLES UTILISES AU COURS DE L'ÉTUDE 64

ANNEXES 65

ANNEXE 1 : CALENDRIER DE L'ACTION 66

ANNEXE 2 : PRESENTATION DES RÉPONDANTS AU QUESTIONNAIRE 68

ANNEXE 3 : PROFIL DES PERSONNES ACCOMPAGNÉES DANS LES ENTRETIENS ET FONCTION DES PROFESSIONNELS CHOISIS 72

ANNEXE 4 : EXEMPLE D'UNE ANALYSE CHRONOBIOGRAPHIQUE À PARTIR D'UNE SITUATION 74

REMERCIEMENTS

Le Centre régional d'étude, d'actions et d'information en faveur des personnes en situation de vulnérabilité (CREAI) Bourgogne Franche-Comté tient à remercier chaleureusement :

- L'ensemble des personnes accompagnées de nous avoir consacré du temps pour nous raconter leur parcours
- L'ensemble des acteurs professionnels pour leur disponibilité et leur participation à cette étude, que ce soit par la transmission de données, la disponibilité lors d'entretiens ou lors de rencontres collectives.

Nous remercions également Virginie LURET, assistante technique, ainsi que notre pôle administratif pour leur appui toute au long du déroulé de cette étude.

1. CONTEXTE, OBJET ET METHODOLOGIE DE L'ETUDE

1.1. Contexte et objectifs de l'étude

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) indique que les déterminants sociaux de santé, c'est-à-dire les circonstances dans lesquelles les personnes naissent, grandissent et vieillissent, représentent les principales causes des inégalités de santé. Selon Pascale ESTECAHANDY, médecin, et Christian LAVAL[1], sociologue, le logement constitue un déterminant important de santé au regard de son impact sur les conditions de vie. Pour ces derniers, l'accès à un logement décent et abordable, ainsi que son maintien, est un facteur de santé mentale essentiel.

Depuis de nombreuses années, des enquêtes[2] (KAVESS et MANGIN-LAZARUS, 1999 ; CHAUVIN et PARIZOT, 2005) témoignent de la surreprésentation de la maladie mentale chez les personnes en situation de vulnérabilité sociale : les interactions entre santé mentale et précarité entretiennent des liens étroits et complexes. D'une part, les situations de précarité peuvent entrainer l'apparition de troubles et l'augmentation de la souffrance psychique, et d'autre part, les troubles psychiques, particulièrement ceux liés à des pathologies de longue durée (comme la schizophrénie, les troubles bipolaires ou la dépression) sont susceptibles d'engendrer chez les personnes des difficultés relationnelles dans la vie familiale, sociale ou professionnelle. D'ailleurs, comme l'explique Martine BARRES[3], médecin de santé publique, ces troubles amènent fréquemment les personnes concernées à une situation d'isolement et de précarité, voire à la perte de leur logement, à l'errance ou l'exclusion sociale car ils sont généralement conjugués à la stigmatisation dont fait preuve la maladie psychique. En 2010, le rapport SEMENTA du Samu social de Paris estimait qu'un tiers des personnes sans domicile souffrait de troubles psychiatriques sévères, c'est-à-dire de troubles psychotiques, de troubles de l'humeur et de troubles anxieux ; une prévalence de troubles sévères plus forte qu'en population générale reflétant le risque élevé de rupture sociale pour ces personnes.

Par ailleurs, le 21ème rapport annuel (2016) sur l'état du mal logement en France de la Fondation Abbé Pierre nous rappelle que la santé mentale est un domaine dans lequel les interdépendances entre santé et logement sont particulièrement fortes et soulèvent des questions spécifiques. Comme le souligne Christian LAVAL, « *l'image dont pâtissent les personnes en situation de précarité sociale et de vulnérabilité psychique pèse lourdement dans les démarches qu'elles entreprennent pour accéder à des soins de qualité et à un logement digne. Dans un contexte où le marché du logement est tendu, propice à des conduites accrues de sélection discriminante, avoir un « chez soi » devient un bien rare consécutif à un long parcours d'obstacles pour les personnes démunies socialement et économiquement. L'accession au parc privé, les files d'attentes dans le logement social, la succession des logements et des hébergements précaires se pose comme un chemin d'épreuves émotionnelles, sociales et cognitives pour les requérants»*[4].

Fort de ce constat, et pour lutter contre ces inégalités[5], la thématique de l'habitat est devenue au fil des années une thématique centrale des politiques publiques avec son inscription dans différents rapports, desquels ont découlé de nombreuses lois (à titre d'exemple : la loi du 31 mars 1990, dite « loi Besson », visant la mise en œuvre du droit au logement, la loi du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte

[1] ESTECAHANDY, Pascale, LAVAL, Christian. Le modèle « un chez soi d'abord » au risque de sa diffusion. Les cahiers de Rhizome, avril 2019, n°71, pp 101-110

[2] Données issues du Programme régional d'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies (PRAPS) BFC – 2018-2022

[3] BARRES, Martine. L'action de la psychiatrie pour l'accès et le maintien dans le logement des personnes vivants avec troubles psychiques en Ile de France, mars 2016, 94 p.

[4] LAVAL Christian. Edito, Rhizome, janvier 2014, n°51, janvier 2014, pp 1-3

[5] Rappelons qu'en France, le droit au logement est un droit constitutionnel qui découle des 10ème et 11ème alinéas du préambule de la Constitution du 27 octobre 1946, tout comme au niveau international, la Déclaration universelle des Droits de l'Homme de 1948 reconnait dans son article 25-1 que le droit au logement fait partie des droits sociaux.

contre les exclusions, la loi du 5 mars 2007, dit « loi Dalo » instituant le droit au logement opposable et portant diverses mesures en faveur de la cohésion sociale) et de dispositifs, notamment à destination des personnes sans abri. Ainsi, dans le prolongement du rapport sur « la santé des personnes sans chez soi », datant de 2009, l'expérimentation « Un chez-soi d'abord », s'inspirant du programme « Housing First » mis en œuvre aux États-Unis et Canada, est lancé à partir de 2012 dans quelques villes françaises. Il s'agit de favoriser l'accès direct et le maintien dans un logement des personnes sans domicile personnel et atteintes de troubles psychiques sévères ou présentant des addictions, en se fondant sur le concept de « rétablissement[6] ». S'inscrivant dans le cadre de la politique du « logement d'abord », l'expérimentation renverse la logique du parcours traditionnel consistant à rechercher en premier lieu l'hébergement pour aller progressivement vers le logement temporaire puis durable. Logement et accompagnement ne sont pas conditionnés l'un à l'autre. Dans cette perspective, et comme l'explique Giovanni MATERA[7], sociologue, *« l'accès et le maintien dans le logement représente alors la caractéristique de l'accompagnement en santé mentale* ». Le rapport LAFORCADE[8] ainsi que l'article 69 de la loi 2016 sur la modernisation du système de santé sont porteurs du même constat.

Suite à cette expérimentation, le plan quinquennal pour le logement d'abord et la lutte contre le sans abrisme 2018-2022, dit plan logement d'abord, est lancé. L'objectif est de donner la priorité au logement comme condition première à l'insertion, en privilégiant des solutions pérennes de retour au logement plutôt que la multiplication de réponses d'hébergement à court terme. Par ce plan, et comme nous l'explique Pascale ESTECAHANDY[9], il s'agit alors d'engager *« un véritable changement structurel de prise en charge des personnes sans domicile : l'hébergement n'étant plus un passage obligé* ». Le dispositif « *Un chez soi d'abord* » est donc pérennisé, il vise à être déployé sur vingt sites d'ici à 2023 particulièrement dans les grandes métropoles (soit environ deux mille places). Dans ce cadre, deux sites ont été ouverts en Bourgogne-Franche-Comté : un à Dijon, fin 2018, et un à Besançon, fin 2019. Ce plan prévoit également la construction de logements abordables et des mesures en faveur de la réduction des expulsions locatives.

Dans ce contexte de mise en œuvre de la politique du « logement d'abord » et d'inclusion sociale des personnes avec troubles psychiques, de plus en plus de personnes ayant des difficultés sociales ou de santé sont donc amenées à accéder à un logement. Pour autant, les acteurs du logement, qu'ils s'agissent de bailleurs d'Habitations à loyer modéré (HLM), d'agences immobilières à vocation sociale ou d'acteurs du logement insertion, sont souvent en difficultés face à la gestion de ces problèmes de santé et leurs conséquences au quotidien. Comme nous le verrons dans le rapport, des situations d'impayés, des troubles du voisinage ou des situations d'incurie sont fréquemment mentionnés par les acteurs mais témoignent d'un repérage tardif et dès lors complexifié. En outre, il est souvent constaté par les professionnels œuvrant dans ce champ un manque de lisibilité des ressources sociales, médico-sociales et sanitaires disponibles sur le territoire et/ou un manque de mobilisation de ces ressources et/ou d'articulation entre elles. Par ailleurs, les acteurs se sentent parfois très seuls face à certaines situations complexes, ce qui peut mettre à mal le maintien dans le logement de ces personnes.

Ainsi, dans le cadre de la dotation allouée, en 2018, par la Direction générale de la cohésion sociale (DGCS) et la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), à l'Agence régionale de santé (ARS), et la Direction régionale et départementale jeunesse, sport et cohésion sociale de Bourgogne-Franche-Comté (BFC) pour les missions du CREAI BFC, une étude visant à éclairer des problématiques pour le maintien

---

[6] Le concept de rétablissement est fondé sur l'idée que la personne malade peut récupérer de son pouvoir d'agir en s'appuyant sur ses compétences et connaît un essor considérable dans le champ de la santé mentale.

[7] MATERA, Giovanni. Un service psychiatrique français orienté vers le rétablissement par le logement. Santé Publique, 2019, Vol. 31, pp.527 - 534

[8] Rapport relatif à la santé mentale, octobre 2016

[9] ESTECAHANDY, Pascale. Avant-propos : une politique publique transformative in LAVAL, Christian dir. Housing first. Au-delà du sans-abrisme et de la psychiatrie. Toulouse : Erès, 2019, pp7-10

dans un logement ordinaire des adultes présentant des troubles psychiques graves et durables a été retenue comme axe prioritaire de travail.

À l'échelle régionale, cette étude est également mise en regard :

- Du Programme régional d'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies (PRAPS) 2018-2022 ayant pour objectif de réduire les inégalités de santé au regard de l'exposition de certaines populations face à la précarisation, la pauvreté et l'exclusion sociale. En effet, parmi les publics cibles et les objectifs visés, certains ont des répercussions directes sur la thématique traitée dans le cadre de cette étude (à titre d'exemple : diversifier et conforter l'offre médico-sociale pour populations spécifiques – objectif opérationnel 5.1, prévenir le risque discriminatoire dans l'accessibilité aux structures et dispositifs médico-sociaux de « droit commun » relavant du champ de l'autonomie – objectif opérationnel 5.2, structurer une interface de proximité entre secteur psychiatriques et structures sociales – objectif opérationnel 5.3).
- Du Projet régional de santé (PRS2) 2018-2023, notamment dans le parcours santé mentale et précarité qui prévoit un objectif général sur l'insertion sociale et professionnelle des personnes en situation de maladie ou de handicap psychique, avec un objectif opérationnel concernant l'organisation et l'amélioration de l'entrée en hébergement adapté et le renfort de l'accès et le maintien dans le logement en milieu ordinaire. Un certain nombre d'action sont prévues en ce sens : structuration du partenariat avec les bailleurs, extension des logements d'évaluation ou de transition, en mode collectif ou individuel, en vue de l'apprentissage de la vie en logement autonome, etc.

Cette étude a ainsi pour objectifs :

- d'éclaircir le rôle et les missions des dispositifs pouvant intervenir auprès de la personne pour permettre son maintien en logement ordinaire
- d'interroger les parcours des personnes pour identifier les facilitateurs et les obstacles qui ont permis, ou empêché, le maintien en logement ordinaire
- d'identifier les besoins et les moyens à mobiliser, et leur articulation souhaitable, pour permettre le maintien des personnes en logement ordinaire, et ce dans des conditions propices à sa pérennité

1.2. « L'habiter » comme objet d'étude

Interroger la relation entre les troubles psychiques et le logement expose à quelques risques de raccourcis possibles. Le premier serait de considérer le « trouble » uniquement comme une pathologie relevant du champ sanitaire. Le second serait de réduire le logement à une réponse seulement matérielle pour pallier l'absence d'hébergement, de toit, de lieu où dormir. Ces deux raccourcis agissent comme des réductions dans la mesure où ils ne permettent pas de porter un regard sur les dynamiques des situations et enferment dans une recherche de causalité : quel trouble menace le logement ? Quel est l'intérêt du logement dans la gestion du trouble ? Par quoi faut-il commencer : le logement ou le traitement du trouble ? Il s'agit ici d'une lecture clinique de la relation entre, d'une part, la maladie et les difficultés, et d'autre part, l'appartement ou la maison : comme si l'un agissait sur l'autre de façon prévisible, identifiable, évaluable voire mesurable.

Sortir de ces réductions, c'est considérer l'interdépendance, même asymétrique, qu'entretient le trouble avec le logement, celle-ci pouvant alors se traduire par la notion « d'habiter ». Cette intuition partagée

par de nombreux chercheurs dans le champ des sciences humaines et sociales[10] invite à ne pas réduire le fait d'habiter au fait d'être logé. De même, dans cette conception, l'accompagnement au logement ne se résume pas à une action matérielle et se poursuit au-delà de l'obtention d'un toit. En effet, « se loger » renvoie principalement à l'espace d'habitation, au contenant, là où « habiter » est une notion plus large qui interroge le rapport entre soi, autrui et son environnement. Comme le mentionne Bertrand CASSAIGNE « *pouvoir habiter chez soi ne signifie pas seulement que l'on a un abri mais qu'on a la faculté de constituer un espace pour soi au sein de la société, d'y déployer ses pratiques quotidiennes, d'y engager une construction de soi* […] *et ainsi faire de son logement un maillon de l'inscription de soi dans la société* »[11]. Partant de là, il convient alors d'envisager les dispositifs d'accompagnement vers le logement des personnes vulnérables - et non plus des patients - comme une nouvelle étape dans la construction de leurs projets de vie basés sur leurs attentes.

Ce métissage du sanitaire, du social et du médico-social, dans l'action, ouvre à de nouvelles pratiques[12]. Ce que vivent les personnes au quotidien, leurs opinions sur ce qui parait confortable ou acceptable pour elles, le choix pour certaines d'expérimenter des formes d'habitats alternatifs devient une question sociale de plus en plus discutée à travers notamment les sujets de l'inclusion[13], de l'autodétermination[14] ou des capabilités[15]. Considérer les modes d'habiter c'est alors construire une nouvelle vision de la solidarité et du soin. Ils ne sont plus seulement réparateurs mais déclencheurs de nouvelles formes de vies qui contribuent à renouveler les façons collectives et individuelles d'être au monde, comme l'explique parfaitement Christian LAVAL dans l'édito de la revue Rhizome « Actualités et sens de l'accompagnement au logement ».

Ce positionnement récent du secteur social, sanitaire et médico-social à travers l'émergence de nouvelles politiques publiques et de nouvelles pratiques d'accompagnement invite à considérer le logement comme un droit non négociable et opposable : un préalable à l'action[16], relevant du droit commun plutôt que du droit d'exception. Le logement de droit commun est donc celui qui aspire à l'universalité. La notion de droit commun permet d'éviter le flou de certains qualificatifs du logement : « ordinaire » au sens de l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE)[17], « individuel », « hors les murs », « autonome » ou « inclusif ». Notions qui recouvrent à la fois la caractéristique du logement et la façon de l'investir ou de le percevoir, à la différence du logement de droit commun qui ne considère que l'état

---

[10] Une bibliographie est disponible dans l'ouvrage suivant : BERGER, Martine, ROUGE, Lionel. Etre logé, se loger, habiter. Regards de jeunes chercheurs, Paris : L'Harmattan, 2012. 324 p. Cet ouvrage contient une sélection de textes issus des deux premières journées "Jeunes Chercheurs" du Groupement socio-économie de l'Habitat et témoigne d'un renouvellement des approches du logement et de l'habitat.

[11] CASSAIGNE, Bertrand. Habiter. Revue projet, 2006, n°5, p. 67-71.

[12] Voir notamment : BONNEVAL, Loïc, COLIN, Valérie, PICHON, Adrien, FURTOS, Jean (dir.) Aspects psychosociologiques et éthiques de l'accompagnement au logement des personnes ayant un long parcours d'errance. De la nécessité d'habiter la relation d'accompagnement, ONSMP-ORSPERE, février 2012, pp. 221, https//www.cemea.asso.fr/IMG/pdf/Rapport_Accompagnement_logement_ORSPERE_2012.pdf

[13] Selon Marcel JAEGER, « *l'inclusion évoque davantage une finalité plutôt qu'un processus : elle met l'accent, comme la notion d'intégration, sur l'affirmation d'une appartenance légitime à la société, quelles que soient les différences, là où l'insertion désigne un mouvement d'appropriation, par des sas et des paliers. En revanche, à la différence de l'intégration, l'inclusion implique qu'une personne peut rester avec ses difficultés tout en étant reconnue comme un élément à part entière du collectif »* (JAEGER, Marcel. L'inclusion : un changement de finalité pour le travail social ?. Vie sociale, 2015, (3), p. 43-54)

[14] Selon Martin CAOUETTE, Romain PLICHON et Daniel LUSSIER-DESROCHERS « *alors que son acception traditionnelle concerne le droit d'une nation de s'autogouverner, le terme devient progressivement un construit personnel référant au fait d'avoir du contrôle sur sa vie et son destin [LACHAPELLE & WEHMEYER, 2003]* » (CAOUETTE, Martin, LUSSIER-DESROCHERS, Daniel, PLICHON, Romain. Autodétermination et création du « chez soi » : un nouvel enjeu pour les technologies de soutien aux personnes en situation de handicap. Terminal (en ligne), 2016, n°116, mis en ligne le 25 décembre 2014, consulté le 20 mars 2020.

[15] Selon Jean-Luc CHARLOT, « *Les capabilités s'entendent comme l'ensemble de possibilités ouvertes aux personnes, des opportunités qu'ils peuvent décider de saisir ou non : ces libertés ou possibilités créées par une combinaison des capacités personnelles et d'un environnement politique, social et économique* » (Charlot, Jean-Luc. Le pari de l'habitat : vers une société plus inclusive avec et pour les personnes en situation de handicap ?, Paris ; L'Harmattan, 2016, p. 45)

[16]Citons par exemple : EYRAUD, Benoît, VIDAL-NAQUET, Pierre. La vulnérabilité saisie par le droit. Revue Justice et Actualités, 2013, n°7, pp. 3-10,

[17] En effet, pour l'INSEE (2016), le logement ordinaire est un logement défini par opposition à un logement en résidence offrant des services spécifiques (résidences pour personnes âgées, pour étudiants, de tourisme, à vocation sociale, pour personnes handicapées, etc.). Il s'agit donc d'une distinction de service plus qu'une distinction administrative et donc qui qualifie l'usage. Dans notre étude nous parlons de logement ordinaire de droit commun.

administratif du lieu de vie : un bail au nom de l'occupant ou un droit de propriété sans restriction de services, d'aides, de suivis, ou de mode de vie permettant d'investir le logement.

Cette étude admet ainsi deux postulats. Le premier, qu'un logement de droit commun est occupé ou a été occupé au cours de la vie de la personne. Le second, que l'interaction entre un état de santé psychique et ce type de logement invite différents modes d'habiter et donc de jouir de ce droit universel au logement. Autrement dit : habiter est une interaction entre un état (ici de santé) et un lieu (le logement). Suivant comment la personne se sent à chaque instant, elle habitera différemment : investir le lieu ou le fuir, s'y sentir en sécurité ou menacée, avoir une envie de soutien ou non, etc. Ainsi, avec le logement « de droit commun », nous faisons le pari d'une plus grande autonomie mais aussi d'une plus grande vulnérabilité aux aléas psychiques ; ces aléas pouvant ou non menacer le maintien dans le logement ordinaire de droit commun.

Cette étude, en proposant de retracer les parcours des modes d'habiter, d'accompagner et de soigner, se confronte à cette réalité. Elle cherche à identifier la complexité et la richesse des pratiques d'accompagnement tout en portant un regard factuel sur les éléments qui contraignent les parcours et le maintien dans le logement, sur la base des entretiens conduits et des rencontres avec les professionnels.

1.3. Méthodologie proposée et déroulement de l'action

1.3.1. Comité de pilotage

Un comité de pilotage, animé par le CREAI BFC, réunissant des représentants de l'ARS et de la DRDJSCS BFC a été mis en place pour assurer la mise en œuvre de cette action et faire le point sur l'avancée des travaux tout au long du déroulé de l'étude. Une première réunion a eu lieu en mars 2019, notamment pour valider les outils utilisés. Deux réunions intermédiaires ont eu lieu en juillet et en décembre 2019 afin de présenter les premiers éléments d'analyse. Une dernière réunion a été organisée pour la restitution finale en avril 2020, mais n'a pu avoir lieu du fait du contexte de crise sanitaire (COVID 19). En complément, des échanges ont eu lieu avec la DRDJSCS et l'ARS notamment pour la collecte de données.

1.3.2. Périmètre de l'étude

1.3.2.1. Public cible

Cette étude traite du maintien dans le logement ordinaire des adultes avec troubles psychiques, plusieurs critères ont été définis pour en délimiter son périmètre.

Concernant la population de personnes « ayant des troubles psychiques », le CREAI a proposé de la définir comme l'ensemble des personnes présentant une ou plusieurs des caractéristiques suivantes :

- celles présentant des troubles psychiques suffisamment caractérisés pour qu'il y ait eu des soins psychiatriques (hospitalisation en psychiatrie et/ou fréquentation d'un Centre Médico Psychologique)
- celles bénéficiaires de l'Allocation Adultes Handicapés au titre de troubles psychiques
- celles dont nous ne disposons pas des informations ci-dessus mais qui, selon les professionnels sociaux, médico-sociaux et sanitaires, présentent des troubles psychiques graves et durables entrainant des perturbations sociales, la capacité à habiter, ou à gérer de façon autonome leur logement

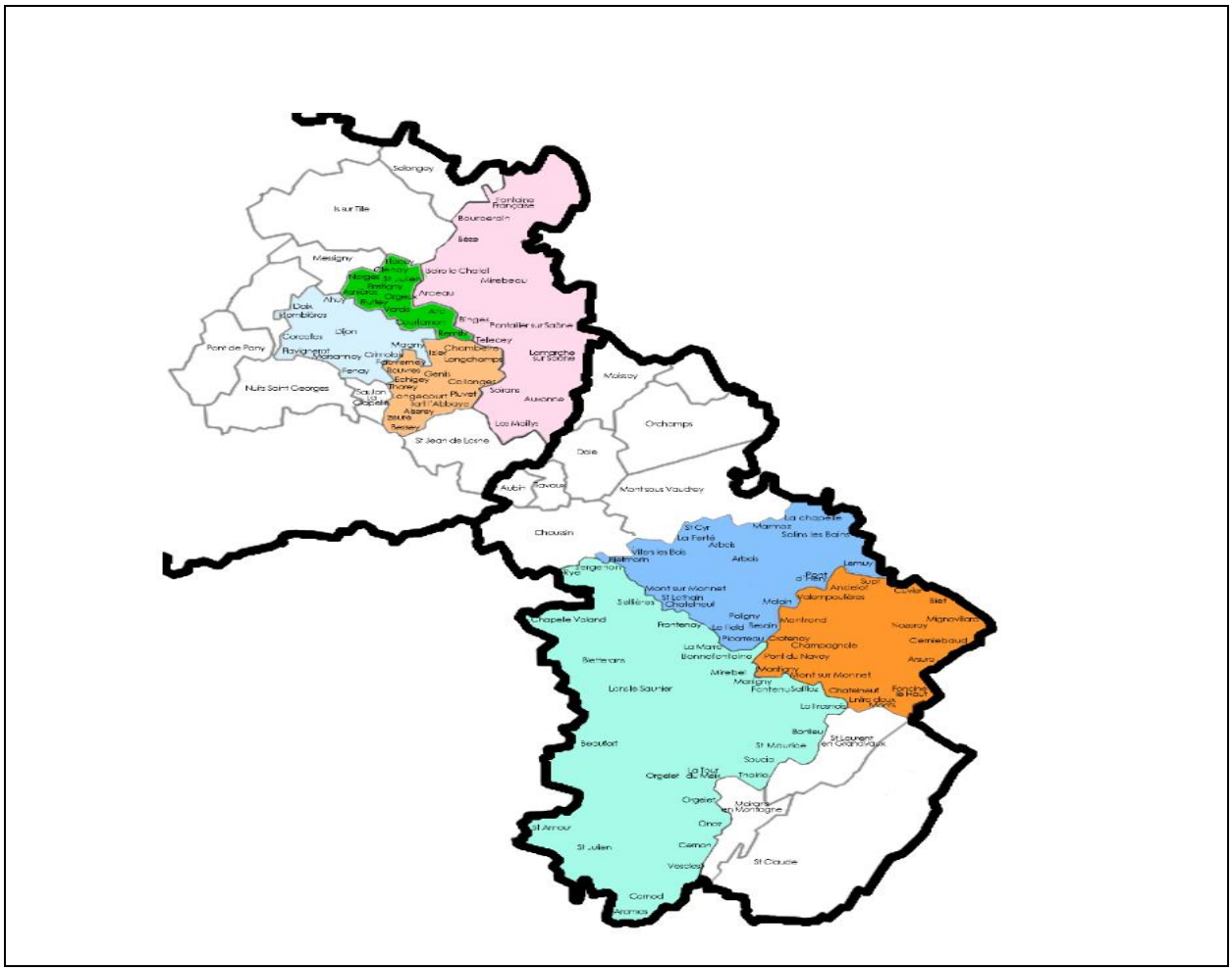
Par ailleurs, au cours de leur parcours de vie, ces personnes ont toutes fait l'expérience d'un logement propre de droit commun, social ou non, éventuellement partagé (cohabitation ou colocation) : intermédiation locative, habitation à loyer modéré, appartement classique, etc. Ce logement n'ayant pas été placé sous la responsabilité d'un organisme gestionnaire, y compris si celui-ci était en milieu ordinaire (appartement en centre-ville géré par un Centre d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS) à titre d'exemple). Pour une facilité de lecture, nous le nommerons logement ordinaire tout au long de ce rapport.

Enfin, ces personnes n'ont pas obligatoirement bénéficié d'un accompagnement social ou médico-social au cours de leur parcours.

1.3.2.2. Territoires concernés

Cette étude propose une approche fine sur deux territoires délimités, l'un dans le département de la Côte d'Or (21) et l'autre dans celui du Jura (39), chacun d'entre eux présentant des contrastes forts entre ruralité et urbanité. Il s'agit des zones géographiques suivantes délimitées dans le PRS2 et recouvrant au total six territoires correspondant à des contrats locaux de santé signés ou en cours de signature :

- Dijon métropole, communauté de communes Norges et Tilles, communauté de communes plaine dijonnaise et le pays Plaine de Saône Vingeanne
- Pays lédonien et Pays cœur du Jura, Champagnole, Nozeroy.



Carte 1 : *Carte représentant les six territoires retenus dans le cadre de cette étude*

1.3.3. Méthodologie de l'étude

L'étude consistait au recueil et à l'analyse de données quantitatives et qualitatives, avec un calendrier d'action s'étalant de février 2019 à mars 2020[18] (cf. annexe n°1 : calendrier de l'action). Elle a été composée de trois volets :

- **Un 1er volet quantitatif consistant en un état des lieux des ressources sociales, médico-sociales et sanitaires présentes sur les territoires, et de leur complémentarité.** Pour ce volet quantitatif, il s'agissait d'élaborer et d'envoyer un questionnaire à chaque structure œuvrant auprès des personnes présentant des troubles psychiques sur chacun des deux territoires afin de connaître son rôle, ses missions, et ses zones d'intervention, en lien avec le maintien dans le logement ordinaire. L'objectif étant d'établir une cartographie des ressources disponibles sur chacun des territoires, des missions des structures sanitaires, sociales et médico-sociales et de leurs articulations éventuelles.

Pour ce volet, une première identification des types de structures potentiellement concernées par la thématique du maintien dans le logement ordinaire des adultes avec troubles psychiques a été réalisée par le CREAI. Un recensement de ces ressources a ensuite été effectué sur les deux territoires retenus à l'aide de trois outils principaux : le répertoire FINESS, le répertoire opérationnel des ressources (ROR) et l'annuaire régional du CREAI BFC.

Dans un deuxième temps, un questionnaire synthétique destiné aux professionnels des structures recensées a été conçu par le CREAI. Ce questionnaire visait à explorer plusieurs thématiques en lien avec le maintien dans le logement des adultes avec troubles psychiques dont : les actions menées, les modes d'intervention, les situations critiques, les besoins des personnes concernées et les partenariats.

Il est à noter que le choix des types de structures concernées par la thématique et le contenu du questionnaire ont été validés avec l'ARS et la DRDJSCS au cours du 1er COPIL.

Pour ce 1er volet, 212 structures ont été recensées sur les deux territoires cibles dont 67 répondants, soit un taux de réponses de 32 %, avec la répartition suivante : 47% de répondants issus du secteur social, 26 % de répondants issus du secteur sanitaire, à part égale avec ceux du secteur médico-social (cf. annexe n°2 : présentation des répondants au questionnaire). Lors de cette phase, plusieurs relances ont été effectuées, également une communication par téléphone et lors de journées d'échanges ou de colloque en lien avec ce thème. Toutefois, nous avons eu des difficultés pour obtenir des coordonnées non génériques afin de transmettre ce questionnaire aux professionnels directement concernés.

Ce taux de réponse ne permettait pas une lecture fine des caractéristiques locales pour une mise en évidence des articulations entre les ressources identifiées par une cartographie. Aussi, le choix a été fait en COPIL d'élaborer un annuaire informant des ressources disponibles sur les territoires par les acteurs. Ce document, pouvant s'adresser tant aux personnes directement concernées, aux familles et proches, qu'aux professionnels accompagnant ce type de public, se compose de trois parties : une présentation générale de chaque type de structure, une identification des missions et une liste des coordonnées.

Il est à noter que ce choix fait suite à une demande forte des professionnels, exprimée lors des entretiens et lors d'une des rencontres territoriales.

[18] L'étude a été rendue au mois d'Avril 2020 en raison des événements en lien avec la crise sanitaire du COVID-19

- **Un 2ème volet qualitatif consistant en un recueil d'éléments qualitatifs sur le parcours des personnes, notamment pour identifier les points de ruptures et les leviers, qui ont permis, ou non, leur maintien en logement ordinaire.** Pour chaque territoire, il s'agissait de réaliser, dans un premier temps, des entretiens semi-directifs avec trois personnes ayant conservé leur logement ordinaire depuis au moins deux ans et trois personnes n'ayant pas pu le conserver. Puis, pour chacune de ces situations, des entretiens individuels semi-directifs avec un à trois acteurs significatifs ayant accompagné ces personnes sur leur rôle et analyse de la situation ont été menés séparément. Les rencontres avec ces professionnels, choisis par la personne concernée (mandataire judiciaire, éducateur spécialisé, psychiatre, etc.) permettaient un croisement des regards sur un même parcours de logement.

Lors de ce 2ème volet, une trame d'entretien, élaborée par le CREAI et validée par l'ARS et la DRDJSCS, a été conçue pour permettre aux personnes de se raconter à partir de leur parcours résidentiel. Douze situations ont ainsi été explorées soit vingt-six entretiens au total pour chacun des deux territoires (cf. annexe n°3 : profil des personnes accompagnées dans les entretiens et fonction des professionnels choisis).

Il est à noter un biais méthodologique de sélection : les personnes interrogées ont été adressées par les professionnels, elles n'ont pas été choisies par le CREAI. Toutefois, le CREAI a veillé à ce que l'échantillon soit le plus diversifié possible en terme d'accompagnement ou de type d'habitat.

À partir des entretiens, une analyse chrono-biographique des situations a été effectuée (cf. annexe n°4 : exemple d'une analyse chrono-biographique à partir d'une situation). Elle consistait essentiellement à repérer ce qui, au cours du parcours de vie de la personne, a pu constituer un facilitateur ou un obstacle au maintien dans le logement ordinaire, en croisant le regard des personnes concernées et des professionnels, à partir d'une grille de lecture.

- **Un 3ème volet qualitatif consistant en la concertation des acteurs de chacun des territoires pour établir des constats et des pistes d'amélioration concernant le maintien en logement ordinaire, des personnes avec troubles psychiques.** À partir des éléments collectés dans les deux premiers volets, une rencontre collective a été organisée avec les acteurs concernés du secteur sanitaire, social et médico-social, sur chacun des deux territoires, afin d'échanger autour des constats, des éléments facilitateurs et des pistes d'amélioration à dégager concernant le maintien dans le logement ordinaire des personnes avec troubles psychiques.

En amont de ce 3ème volet, les éléments d'analyse ont été soumis à discussion lors d'une réunion de la commission régionale « Handicap d'origine psychique adulte » animée par le CREAI BFC[19], permettant ainsi d'affiner et préciser certaines données recueillies.

Par la suite, une rencontre d'une demie journée par territoire a été organisée pour les professionnels et les personnes avec troubles psychiques concernées par cette thématique. Dans ce cadre, une note adaptée a été transmise aux professionnels des structures sollicitées pour communication auprès des personnes accompagnées. Un rapprochement a également été opéré avec la Fédération des acteurs de la solidarité (FAS) pour une invitation des membres du Conseil régional des personnes accueillies et accompagnées (CRPA).

[19] Les commissions du CREAI BFC sont des espaces de rencontres, d'échanges et de réflexion sur les pratiques professionnelles, en lien avec les politiques sociales mises en œuvre. Elles sont à destination des professionnels du secteur social, médico-social et sanitaire. Celle-ci concerne spécifiquement les professionnels de structures sanitaires et médico-sociales accompagnant des personnes avec troubles psychiques et a eu lieu le 22/11/2019.

Pour chacune de ces rencontres, nous avons noté un vif intérêt et une mobilisation des acteurs des différents secteurs pour cette thématique, avec pour totalité une quarantaine de participants du secteur social, médico-social et sanitaire.

La compilation et l'analyse de l'ensemble du matériau recueilli pendant les travaux sont synthétisés et exposés au travers de cette étude de la manière suivante :

- L'analyse des parcours résidentiels des personnes et de leurs modalités d'accompagnement pour dégager les facteurs influant sur le maintien dans le logement des adultes avec troubles psychiques
- Des préconisations visant à favoriser le maintien dans le logement ordinaire des adultes avec troubles psychiques
- Un annuaire des ressources œuvrant pour le maintien dans le logement ordinaire des adultes avec troubles psychiques sur les deux territoires cibles, dans un document complémentaire

Ainsi, les éléments mentionnés dans les deux prochaines parties de ce rapport prennent appui sur les résultats du questionnaire, les douze situations explorées ainsi que les échanges lors des rencontres territoriales. Ces éléments ne sont donc pas exhaustifs et n'ont pas pour vocation de recouvrir l'ensemble des situations pouvant être rencontrées. Elles permettent toutefois de mettre en exergue certaines caractéristiques concernant le maintien dans le logement des personnes avec troubles psychiques.

Dans une perspective d'anonymat des données, tous les prénoms ont été modifiés, nous avons également opté pour l'utilisation du genre masculin lorsqu'il s'agissait de relater le discours des professionnels.

2. DES CARACTERISTIQUES DE VIE SUSCEPTIBLES D'IINFLUENCER LES PARCOURS RÉSIDENTIELS DES PERSONNES AVEC TROUBLES PSYCHIQUES

Dans cette partie, nous tenterons d'expliquer dans quelle mesure la pathologie et les soins, l'environnement dans lequel vivent les personnes, le niveau d'autonomie et l'aspect financier influent sur le maintien dans le logement des personnes avec troubles psychiques.

2.1. La place de la pathologie et des soins

2.1.1. La maladie psychique cause majeure de ruptures

La maladie psychique se caractérise par une variabilité des troubles, plus ou moins intense, avec des phases plus ou moins longues. Ces périodes sont difficilement maitrisables, tant pour la personne que pour l'entourage, professionnel ou non. Pour l'un des participants de la commission régionale du CREAI intitulée « Handicap d'origine psychique », la maladie est le premier facteur de rupture pour le maintien dans le logement « *par essence même, à cause justement de ces périodes quasi-cycliques* ».

Les parcours résidentiels des personnes interrogées sont hétérogènes, traduisant des besoins différents, et souvent à l'image de la maladie : fluctuants et non linéaires. À la lecture des situations, nous constatons toutefois un dénominateur commun principal : les nombreuses ruptures subies par ces dernières, qu'ils s'agissent de ruptures conjugales, de ruptures familiales (le placement des enfants), de déménagements,

de décompensations, d'hospitalisations, d'expulsions locatives, etc. Elles sont toutes d'abord liées à la maladie et à son évolution (et parfois à l'évolution du couple conjugal, les deux aspects étant interdépendants). C'est le cas pour Isabelle : *« quand je suis sortie du foyer, j'ai eu un logement rue XXX mais il était trop petit. Mes enfants ont été placés parce que je suis tombée malade, j'ai fait une première hospitalisation, mes enfants ont été placés jusqu'à dix-huit ans »*. Également pour Paul qui nous explique : *« à dix-sept ans, j'ai fait une dépression, j'ai complétement pété les plombs, je voyais Dieu, je fumais beaucoup. J'ai été hospitalisé pendant quelques mois puis je suis revenu chez mes parents. À dix-neuf ans, j'en pouvais plus, je suis partie six mois à la rue, j'ai pas rencontré les bonnes personnes, puis le froid tout ça, je suis rentré chez mes parents »*. Alice, quant à elle, nous dit avoir été expulsée de son logement à cause de son comportement : *« je me suis séparée* […] *je ne voyais plus mes enfants* […] *ils ont été placés, j'avoue j'ai fait plusieurs bêtises dans mon appartement* […] *j'ai été hospitalisée, c'est pour ça que j'ai été expulsée. Si j'avais pas tout cassé, j'y serais encore* ».

En effet, la maladie psychique est souvent définie comme « *la pathologie du lien »* car elle met à mal la permanence du lien, le rapport au temps, le rapport à soi, à l'autre et à l'environnement. Comme nous l'expliquent Françoise BOUILLON, Vincent GIRARD et Sandrine MUSSO[20], l'incompréhension qu'elle suscite, sa temporalité souvent longue et les difficultés de communication qu'elle induit coupent la personne de son environnement avec une impossibilité progressive pour elle de maintenir le lien de façon durable. Cela peut engendrer d'importants risques de rupture, d'autant plus lorsqu'une démarche de soins n'est pas engagée. Ainsi, l'Assistant du service social (ASS) d'Alice se souvient de son état au début du suivi : *« la communication avec Alice était difficile, elle était inaccessible même du regard, c'était un état presque sauvage, elle refusait toute communication ».*

Cette variabilité des troubles, dont la fluctuation est peu maitrisable, rend donc le maintien dans le logement difficile, avec des comportements qui peuvent varier d'un jour à l'autre ou d'une semaine à l'autre, parfois source d'incompréhension lorsqu'il y a une méconnaissance de la maladie psychique et de ses spécificités. Ainsi, selon son éducateur référent au Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH), « *Christine a été stabilisée pendant longtemps mais a toujours alterné avec des phases dépressives* […] *elle est plutôt autonome quand elle n'est pas dans ses phases dépressives, sinon c'est difficile pour elle de se mobiliser, elle ne fait pas grand-chose* », C'est donc bien les troubles psychiques, par leur variabilité et leur manifestation dans le quotidien, qui mettent à mal en premier lieu la capacité d'habiter des personnes, comme nous résume le psychiatre de Christine : « *c'est sa maladie qui l'empêche d'habiter correctement, ce n'est pas qu'une simple question de voisins ».*

Ainsi, la question des soins et de leur continuité est primordiale lorsque l'on s'intéresse au maintien dans le logement des personnes présentant des troubles psychiques.

2.1.2. Les soins, une dimension incontournable à adapter au contexte de vie de la personne

Pour les professionnels rencontrés, la continuité des soins et la stabilisation des troubles psychiques sont des éléments majeurs pour permettre le maintien dans le logement. Pour un éducateur spécialisé de foyer d'hébergement « *le rapport au traitement médicamenteux est important pour permettre plus de stabilité dans les parcours ».* Or, comme nous l'explique un Infirmier diplômé d'état (IDE) travaillant en SAMSAH,

[20] BOUILLON, Florence, GIRARD Vincent, MUSSO, Sandrine. Dossier N°7 : Du droit au logement aux expériences de l'habiter. Ce que la folie nous enseigne. Bulletin Amades, 2007, n°69, pp1-8

« *il s'agit souvent d'un public éloigné du parcours de soins* […] *la démarche de soins est essentielle mais elle n'est pas évidente* […] *la stabilisation c'est un travail de tous les jours* ». En effet, dans les situations, l'arrêt des soins (refus, observance irrégulière ou non observance du traitement médicamenteux, manque de continuité du soin, etc.) a été identifié comme l'un des principaux risques de rupture.

Comme expliqué plus haut, la maladie psychique se traduit par une variabilité des troubles. Dans plusieurs situations, nous constatons que lorsque la personne est stabilisée et se sent mieux, elle peut alors être tentée d'arrêter son traitement pensant ne plus en avoir besoin, qu'il est inutile. Le logement, par sa dimension normative, peut également renvoyer à un signe de normalité pour la personne, renforçant cette volonté d'arrêt. C'est le cas de Paul par exemple qui nous explique : « *c'était toujours pareil, j'arrêtais mon traitement, c'est que j'avais mon appartement, j'en avais plus besoin, comme tout le monde quoi, je me sentais bien* ». Une fois le traitement arrêté, ou lors de périodes de rechute, il peut être alors difficile pour la personne de poursuivre ou reprendre les soins, notamment par crainte des conséquences (hospitalisation, modification du traitement, etc.) comme nous le décrit Paul : « *j'avais plus de soins à ce moment-là, fallait faire la démarche, c'est dur* […] *appeler un soignant c'est très dur ouais car derrière je savais qu'il y aurait un changement de traitement ou un autre* […] *je parlais plus à personne, je devais demander pour une injection et ça c'est pas facile ».*

L'hospitalisation peut également être associée à de mauvais souvenirs pour la personne, qui ne veut plus de liens avec le sanitaire, ou avoir été vécue comme un échec. Certaines personnes peuvent alors développer des comportements à risque, mettre en place des stratégies pour alerter et signifier leur besoin d'aide quitte à se mettre en danger, c'est le cas pour Antoine atteint de diabète : *« il va se mettre dans des états catastrophiques pour appeler à l'aide, il joue avec son diabète. Dès qu'il a besoin d'aide, il utilise son diabète de façon dangereuse pour être hospitalisé, ça force les professionnels à agir* […] *il est fort possible qu'un jour on le retrouve mort à cause de sa mauvaise gestion du diabète »*, nous explique l'IDE du SAMSAH qui l'accompagne. Notons que les importantes difficultés cognitives d'Antoine, liées à une période de forte consommation de drogues dures, peuvent constituer un obstacle à la verbalisation d'une demande d'aide.

Par ailleurs, lors des entretiens, plusieurs personnes nous ont expliqué avoir arrêté les soins par déni de leur maladie. Les explications liées à celle-ci ne sont alors pas entendues avec le refus de percevoir ce à quoi la personne est confrontée. L'acceptation de la réalité est progressive, avec souvent une temporalité longue comprenant plusieurs phases : « *elle implique un temps long pour se reconstruire »* nous précise un éducateur spécialisé d'un Service d'accompagnement à la vie sociale (SAVS). Certaines personnes peuvent avoir des difficultés à comprendre les troubles et leurs manifestations dans le quotidien, avoir peur de ce qu'ils produisent, et de fait, à les faire comprendre à l'entourage. C'est le cas pour Antoine : *« quand il décompense, il est très délirant, il a très peur que ça revienne* », nous dit son éducateur référent.

L'acceptation de la maladie est un facteur qui favorise l'adhésion de la personne à une démarche de soins, et donc le maintien dans le logement : souvent, elle prend du temps et requiert de développer un lien de confiance avec la personne (cf. partie 3.2.2.), comme nous l'explique un IDE d'un SAMSAH : « *L'acceptation des troubles et des soins c'est un préalable pour maintenir la personne dans son logement, sinon c'est très difficile* […] *le lien de confiance est essentiel pour faire adhérer au soin »*. Pour certains, on constate que l'équilibre reste encore très fragile, comme pour Alice, en logement ordinaire depuis un an et qui souhaiterait arrêter son traitement en sous-estimant ses troubles : *« j'aimerais arrêter mes injections, tout ça pour une crise qui s'est passée il y a maintenant des années ».*

Les actions de sensibilisation par des professionnels de santé sur la maladie psychique, sur les troubles et leurs manifestations au quotidien et les conséquences possibles de l'arrêt des traitements (groupes de parole, témoignages, etc.) sont donc importantes. Des actions de pair-aidance peuvent se révéler complémentaires à mettre en place, avec un poids de la parole et de l'expérience des personnes ayant

vécu ce parcours. Dans ce cas, il ne faut pas sous-estimer pour les personnes concernées les difficultés de passer le cap de l'effet miroir, un long cheminement est souvent nécessaire.

Dans certaines situations, on constate que l'absence de diagnostic médical précisément établi, générant hospitalisations régulières et traitements lourds, et le manque d'articulation avec le secteur sanitaire peut rendre le maintien dans le logement problématique. C'est le cas notamment pour Isabelle, dont les injections mensuelles provoquaient une importante fatigue et une impossibilité de se mobiliser pour réaliser les actes de la vie quotidienne, comme nous l'explique son éducateur référent au CHRS *« elle avait un traitement lourd, elle avait beaucoup de difficultés dans la gestion du quotidien avec la fatigue à cause de ce traitement, elle subissait un traitement sans avoir les effets escomptés* ». Cela peut d'ailleurs être aggravé si la personne n'a aucun objet de socialisation. Pour Isabelle, la situation n'était pas consolidée pour son projet de bail glissant. L'équipe éducative a donc focalisé l'accompagnement autour de la dimension soin, en lien étroit avec le secteur sanitaire : approfondissement du diagnostic et réajustement du traitement. Pour le professionnel, « *l'équipe* [du CHRS] *a gagné en lien, en soutien avec le CHS ».* À partir de là, un travail éducatif a pu être engagé avec Isabelle dans d'autres domaines (entretien du logement, parentalité, obtention de la reconnaissance handicap, etc.).

Le travail autour du soin est important mais nécessite de s'articuler aux autres dimensions pour un accompagnement global de la personne. C'est le cas pour Christine : *« j'ai quand même une vision précise de son parcours, je sais comment elle est accompagnée, elle me raconte, de mon côté je peux préparer et anticiper, c'est un suivi durable depuis presque trente ans »*, nous explique son psychiatre. Une équipe de soins de proximité et stable tout au long du parcours de la personne est en effet un élément facilitateur pour le maintien dans le logement, comme nous l'explique un éducateur spécialisé de foyer d'hébergement : *il y a un travail très privilégié avec le soin, pour moi c'est une obligation dans notre travail, dans notre mission* […] *il y a une obligation pour les résidents de garder une activité thérapeutique la semaine, ça permet de garder une équipe de soin de proximité et ça, ça dure dans le temps, ça fait des relais plus proches ».*

Il est également à noter que lorsque nous avons évoqué la question du soin avec les différents interlocuteurs dans le cadre de cette étude, la question de la carence en terme d'offre a été à plusieurs fois soulevée, comme nous le développerons dans la partie portant sur la structuration de l'offre sanitaire, sociale et médico-sociale (cf. partie 3.4). Cette donnée ayant forcément un impact majeur sur le parcours résidentiel des personnes présentant des troubles psychiques. Egalement, et comme nous l'avions évoqué lors d'une précédente étude[21] concernant un public regroupant des similarités avec celui étudié présentement, les personnes peuvent parfois faire preuve d'une certaine résignation après avoir essuyé plusieurs refus, avoir attendu une place trop longtemps, ou avoir connu une ou plusieurs mauvaises expériences dans l'accès aux soins, notamment par manque de considération des médecins.

Il est par ailleurs fréquent que la maladie psychique soit associée à une ou plusieurs addictions rendant alors la continuité des soins d'autant plus complexe.

[21] BOSSU, Marielle, PAYASTRE, Pauline. La couverture des besoins en santé des personnes en situation de précarité par les lits halte soins santé en Bourgogne-Franche-Comté, février 2019, 98 p.

2.1.3. Les addictions : une source majeure de ruptures, à considérer dans le choix du lieu de vie des personnes

Dans de nombreuses situations, les troubles psychiques sont effectivement conjugués à une ou plusieurs addictions (consommation d'alcool, de cannabis, etc.).

Elles présentent des risques de rupture pour le maintien dans le logement, notamment car elles ne facilitent pas l'accès et le maintien des soins (traitement, accompagnement, etc.). En effet, la consommation de substances peut entrainer chez la personne une rupture du soin. C'est le cas pour Jean, qui a eu une expérience de logement ordinaire après un accueil en CHRS : « *à chaque fois que mon éducateur venait, j'étais ivre mort, j'avais recommencé à boire avant de partir* ». Son éducateur du service de suite de CHRS nous expose alors un parcours de soin jalonné de ruptures liées à sa consommation : « *en 2015, il y a eu une hospitalisation d'urgence à cause d'une rechute, il avait recommencé à boire avant son départ* […] *il y a eu une hospitalisation complète au Centre XXX puis une phase de réadaptation avec une nuit chez lui et progressivement* […] *il a de nouveau consommé pendant sa phase de réadaptation, c'est quelqu'un de très angoissé qui a besoin de se remplir* […] *l'équipe s'est rendue compte qu'il ne prenait plus régulièrement son traitement* […] *En janvier 2016, il explique au service qu'il a fait un dossier pour une cure à XXX, un départ pour 3 semaines, il y a une forte alcoolisation la veille* […] *on se rend compte qu'il n'y est pas* […] *il est resté enfermé une semaine chez lui ».* Pour plusieurs professionnels, l'addiction est d'ailleurs une source de rupture qu'il est difficile d'anticiper. Pour Paul, son éducateur référent nous explique : « *il y a eu un accompagnement pour une prise de rendez-vous au CSAPA[22], on a fait des entretiens éducatifs, on essaie de voir par quoi on pourrait substituer le cannabis, on essaie de travailler sur son angoisse* […] *on oriente vers des professionnels de santé mais le SAVS ne peut pas prévenir ».*

L'addiction peut également constituer une source de rupture par les mises en danger qu'elle induit, avec un rôle prégnant de l'environnement (social, géographique, etc.). C'est le cas pour Antoine, qui use de stratégies en marchandant tout ce qu'il peut pour payer sa consommation de cannabis. Ancien toxicomane, il a d'ailleurs revendu plusieurs fois une partie de son traitement de Méthadone. À cause de ce trafic, il a reçu plusieurs menaces de mort et son appartement a été saccagé. Par le passé, il a déjà dû déménager une fois pour cette raison, et reconnaît *« être entouré de gens pas trop fréquentables ».* Dans la situation de Jean, l'environnement a participé à entretenir cette consommation d'alcool et cette vulnérabilité. En effet, à la sortie du CHRS, il a souhaité un appartement proche de son ancienne structure d'accueil, par besoin de sécurité. Situé dans une rue aux multiples bars, lieu de passage de ses anciens collègues, son appartement est rapidement devenu un lieu de consommation d'alcool. Il a été retrouvé la tête en sang par ses parents venus à l'improviste. Lors d'une visite à domicile, son éducateur le retrouve complètement soûl dans son lit, victime d'une personne violente cachée dans sa salle de bain. Suite à cet épisode, une orientation vers une pension de famille sera demandée peu de temps après. Quant à Philippe, après une expérience en logement ordinaire durant laquelle il ne supportait la solitude, et faute de place pour un retour dans son foyer d'hébergement d'origine, il s'est vu proposer un logement en colocation avec une personne souffrant d'une addiction à l'alcool, lui-même ayant déjà développé une addiction à l'alcool par le passé : le maintien n'a pas fonctionné.

Ainsi, au-delà de l'appartement, l'environnement est donc à prendre en compte dans le choix du logement : faut-il éloigner la personne de son environnement d'origine, et donc de ses habitudes de vie et potentiellement son ancrage familial et amical, pour lutter contre l'addiction ? Le souhaite-t-elle ? Est-elle prête à cela ? Ces questions sont à réfléchir avec elle au moment de la préparation de son projet

[22] Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie

logement, l'environnement constituant un rôle majeur dans l'entretien des addictions, et de façon plus générale dans le maintien dans le logement comme développé dans la partie suivante.

2.2. La personne dans son environnement de vie

2.2.1. Un environnement de vie à prendre en compte autant que le logement en lui-même

Concernant les personnes avec troubles psychiques, nous constatons que l'environnement dans lequel se situe la personne (quartier, activités sociales, professionnelles, de loisirs, etc.) joue un rôle majeur, pouvant ainsi favoriser le maintien dans le logement, ou à l'inverse être déclencheur de crises. Au-delà des savoir-faire techniques (la gestion d'un budget par exemple), la capacité de vivre en logement ordinaire revêt également une dimension relationnelle liée à l'environnement.

Lors des entretiens, le sentiment de solitude éprouvé lors d'une expérience en logement ordinaire a souvent été mis en avant. Nous observons pour les personnes, d'une part, des difficultés à vivre seules au quotidien, ne sachant pas comment s'occuper à l'intérieur de leur logement, ni comment gérer leur temps libre ; et d'autre part, des difficultés à s'ouvrir sur l'extérieur pour nouer de nouvelles relations. C'est le cas notamment pour Christine qui nous explique : « *je me sens bien à l'intérieur mais je ne sais pas quoi y faire dedans, c'est long* […] *la solitude ça me pèse, je n'ai personne avec qui partager mes repas, c'est triste »*. Elle souhaiterait une personne qui lui rende visite pour passer le temps, sans habiter avec elle. Il en est de même pour Jean : « *me retrouver seul, ça a été difficile, je ne faisais rien* […] *au bout d'un mois, j'en avais déjà marre de la solitude, je n'écoutais plus la radio, ni la télé, je ne faisais rien* ». En effet, les troubles psychiques altèrent un certain nombre de domaines de la vie sociale et quotidienne. Le manque, ou parfois l'absence totale, de relations sociales peut être génératrice de souffrance, d'autant plus lorsque l'entourage familial est absent ou lointain. Le logement devient alors un lieu d'enfermement et de repli sur soi, comme le mentionne Paul : « *c'était toujours le même schéma avant, je me sentais tellement seul, mon appartement était trop petit, je tournais en rond, je ne voyais plus personne, je me coupais de tout ».*

À l'inverse, l'isolement dans lequel se retrouve la personne peut entrainer certains comportements à risque avec la volonté de s'entourer d'une multitude de gens et l'ouverture du logement au tout venant. D'ailleurs, nous remarquons fréquemment chez ces personnes une impossibilité de dire non et une difficulté à se protéger d'autrui qui peut entrainer des mises en danger et une occupation permanente du logement par des tiers. C'est notamment le cas pour Jean dont l'appartement était situé au rez-de-chaussée, proche de son ancienne structure d'accueil : « *l'appartement c'était devenu un squat pour les autres, tout le monde venait* […] *Dans l'appartement, je disais oui à tout bout de champ* […] *Avant j'avais l'interphone, il suffisait qu'on sonne, j'ouvrais* ». De son côté, Antoine, en logement ordinaire depuis des années, évoque sa difficulté à faire face à cette solitude : *« j'aimerais ne pas avoir besoin d'autant de monde autour, j'ai du mal à faire le tri, je me sens seul* […] *Dans mon ancien appartement, je recevais beaucoup, tout le monde venait, je me le suis fait retourner un soir ».*

Christine, comme c'est le cas pour de nombreuses personnes interrogées, souhaiterait vivement rencontrer un compagnon pour rompre sa solitude et *« partager des activités »*. Elle s'est inscrite dans des clubs de rencontres et a multiplié les petites annonces dans des journaux mais elle a eu *« de mauvaises expériences avec des gens qui ont profité de son argent* », elle a peur que cela se reproduise.

La participation de la personne a une activité, y compris à caractère professionnel, peut contribuer à rompre cet isolement par la sphère de socialisation qu'elle représente, constituant ainsi un élément

facilitateur pour le maintien dans le logement. C'est le cas pour Paul qui supporte davantage la vie en logement ordinaire depuis son arrivée en Etablissement de soutien et d'aide par le travail (ESAT) : *« maintenant que je travaille et que je vois du monde la journée, j'aime mes moments de tranquillité, j'aime rester seul le soir face à moi-même, avant je ne supportais pas* », ou pour un travailleur d'ESAT qui témoigne lors d'une rencontre territoriale : *« ce qui m'a aidé c'est d'avoir retrouvé du travail à l'ESAT, pas rester chez moi à broyer du noir* […] *le travail ça me donne un but, je suis content de rentrer chez moi ».* Louise, qui a eu plusieurs expériences avortées en logement ordinaire, reconnaît *« qu'avoir un travail pour avoir un salaire mais aussi une vie sociale, des personnes avec qui parler la journée »* l'aurait aidée dans ces moments-là. En effet, l'activité professionnelle, au-delà de la dimension économique qu'elle revêt, aide la personne à se positionner comme un individu à part entière dans la société, vecteur d'une identité sociale par les interactions qu'elle procure.

En permettant à leurs adhérents de nouer des liens avec de nouvelles personnes, d'oser franchir des seuils symboliques tels que la porte du logement, les Groupes d'entraide mutuelle (GEM) sont également des leviers pour rompre cet isolement social. Christine en fréquente un depuis quelques temps maintenant : « *Je vais au GEM de XXX depuis un an, ça, ça me plait, je rencontre du monde, au moins je ne suis pas toute seule. Puis je fais des activités, du bowling, de l'informatique, de la couture, c'est vraiment bien ».* Pour Louise, le GEM a également fait partie d'une étape de son parcours, c'est d'ailleurs là-bas qu'elle a entendu parlé de l'ESAT. Pour autant, elle ne souhaite plus y retourner aujourd'hui : *« c'est devenu trop bureaucratique, il y a trop de réunions, trop de paperasse, on fait plus assez d'activités* ». Pour certains professionnels, les GEM constituent des lieux d'échanges et de socialisation intéressants, mais une adaptation des horaires, notamment pour les travailleurs d'ESAT, comme prévu dans le cahier des charges en vigueur[23], et un développement sur certains territoires sont nécessaires. Et parfois, même si la personne apprécie les moments passés au GEM, l'idée de s'y rendre seule est insurmontable, c'est le cas pour Jean qui ne parvient pas à se mobiliser : *« Au GEM, ça n'a pas tenu, il aurait fallu quelqu'un qui l'accompagne à chaque fois, ce n'était pas possible »*, nous précise son éducateur référent au service de suite.

Par ailleurs, la participation à des activités dans des structures de « droit commun » n'est pas toujours chose aisée pour les personnes concernées, notamment à cause des phénomènes de stigmatisation et rejet dus à la maladie psychique et les représentations qu'elle véhicule, comme en témoigne les propos d'une personne accompagnée par un SAVS lors d'une rencontre territoriale : *« la société n'est pas forcément tendre avec nous, on s'isole ».* Un éducateur spécialisé de foyer d'hébergement nous explique : « *il y a beaucoup d'associations, de lieux où les personnes participent mais se sentent mal car les autres ont de mauvaises paroles ou elles se sentent exclus ».* Pour lui, il est important de *« développer des lieux hors soins, des lieux qui brassent différents secteurs avec des professionnels formés à l'écoute et à ce que la folie représente pour eux, qu'ils soient à l'écoute de leur problématique de lien social ».* Pour Paul, il est nécessaire de « *faire évoluer les mentalités, de mixer pour banaliser le handicap et ne pas rester qu'entre personnes malades ».*

Lors de la commission régionale « Handicap d'origine psychique », plusieurs participants ont évoqué le phénomène d'auto stigmatisation présent chez des personnes avec troubles psychiques. Du fait d'expériences précédentes négatives, douloureuses, la personne ne s'autorise pas à s'ouvrir sur

---

[23] Arrêté du 27 juin 2019 fixant le cahier des charges des groupes d'entraide mutuelle en application de l'article L. 14-10-5 du code de l'action sociale et des familles :

« *Les horaires d'ouverture du GEM doivent permettre de répondre aux attentes des adhérents. Les plages d'accueil proposées, d'au moins trente-cinq heures hebdomadaires, doivent être adaptées et permettre un accès au local notamment l'après-midi, voire en soirée. Ces plages doivent comporter au moins deux fois par mois une ouverture le samedi et/ou le dimanche. Ces plages d'ouverture s'entendent aussi lorsque le GEM effectue des activités à l'extérieur du GEM, avec ses adhérents (le GEM est alors considéré comme « ouvert »). Elles ne sont pas nécessairement conditionnées à la présence des animateurs salariés. En effet, les adhérents du GEM doivent pouvoir fréquenter celui-ci en dehors de la présence d'un animateur, dans un contexte de recherche d'autonomisation et d'entraide mutuelle.* »

l'extérieur en participant à des activités. Cette auto stigmatisation constitue un frein au développement d'une vie sociale. Par ailleurs, quand rien ne va (parcours difficile, précarité financière, maladie, entourage absent, etc.), l'envie n'est pas forcément présente pour s'ouvrir sur l'extérieur et faire des activités.

Ces personnes peuvent également subir l'isolement d'un logement éloigné de leurs amis, de leurs activités, de leurs habitudes, et situé dans des banlieues excentrées du centre-ville. D'autant plus lorsque les ressources financières limitent l'utilisation des transports en commun. Cette rupture avec l'ancrage environnemental d'origine peut générer des attitudes de repli et un sentiment d'insécurité. Ainsi, Alexandre, actuellement en foyer d'hébergement et pour qui un projet de logement ordinaire se dessine, aimerait rester dans la ville où il se trouve actuellement : *« je me plais dans cette ville, c'est calme, je fais des activités après si faut bouger je le ferais, ça dépendra de ce qu'on va trouver* ». Durant l'entretien, nous apprendrons que ce dernier est membre de plusieurs associations et fait plusieurs activités à l'extérieur du foyer. Pendant son séjour au foyer d'hébergement, Alexandre a été accompagné par l'équipe dans l'investissement de cet environnement. D'autant que parfois, le logement en lui-même n'est pas confortable pour la personne, ou inadapté aux troubles, ne favorisant donc pas son bien être au quotidien. Nous pouvons faire l'hypothèse que cela peut alimenter ces attitudes de repli ou ce sentiment d'insécurité. En effet, lors des entretiens, plusieurs personnes ont mis en avant la vétusté des locaux ou une petite superficie par exemple, comme Paul « *mon appartement me plaît mais il est vieux, j'aimerais déménager »* ou Antoine : *« mon ancien appartement, il était vieux et tout petit, j'avais pas de chambre séparée ».*

Le besoin de calme et de sécurité a souvent été mentionné par les personnes pour le choix de leur logement et surtout de leur quartier. La situation géographique est donc un facteur essentiel à prendre en compte dans le choix du logement afin d'anticiper des situations de rupture, pouvant notamment être généré par ce sentiment d'insécurité éprouvé. Comme l'évoquait un professionnel lors d'une des réunions territoriales, le maintien dans le logement ordinaire « *c'est une rencontre réussie de la personne avec son environnement* ». Il est donc indispensable de travailler sur des réponses à apporter pour modifier cet environnement et le rendre plus inclusif et bienveillant.

Comme nous le rappelle Jean Luc CHARLOT[24], *« la production d'un habitat confortable et plaisant est donc aussi conditionné par son implantation dans un espace urbain où les qualités d'accessibilité et d'aisance de mobilité sont prépondérantes, comme peut l'être la richesse de l'environnement en services, commerces et autres activités sociales... Mais cet espace n'est pas seulement technique, il est aussi humain. Car ce sont les humains qui, en dernière instance, façonnent le monde commun et le monde chacun* », d'où la nécessité de lieux d'habitation où se côtoient tout un chacun : personnes en situation de handicap ou non. Pour autant, la cohabitation, qu'elle soit au sein d'un quartier ou plus étroitement au sein d'un immeuble, n'est pas chose aisée : en témoignent les nombreux troubles du voisinage présents dans les situations, comme nous allons le développer ci-après.

2.2.2. Des troubles du voisinage traduisant une diversité des façons d'habiter des personnes

Les relations avec le voisinage sont souvent complexes, voire parfois très difficiles. Elles mettent en lumière des dysfonctionnements dans l'usage qu'ont les personnes de leur habitat, souvent en décalage

[24] CHARLOT, Jean-Luc. Le pari de l'habitat : vers une société plus inclusive avec et pour les personnes en situation de handicap ?, Paris : L'Harmattan, 2016, 140 p.

avec le mode de vie « ordinaire » de tout un chacun (hygiène de vie, nuisances sonores, rythme de vie décalé, etc.). En effet, les troubles psychiques altèrent souvent l'expérience de l'habiter. D'une part, car le trouble modifie radicalement la perception que la personne a d'elle-même, et d'autre part, car la difficulté de vivre « en soi » se répercute sur celle de vivre « chez-soi », les habitudes du quotidien étant modifiées dans leurs fondements mêmes[25].

Du logement « forteresse » où la personne vit complètement recluse au logement « porte-ouvertes », certains récits témoignent de ces manières de vivre singulières. Un éducateur spécialisé de foyer d'hébergement nous explique que « *certaines personnes sont dans des situations d'incurie dans l'appartement, ou parfois inversement, dans une propreté complètement folle, sans vie, où rien ne bouge* […] *ou vivant dans une obscurité permanente, volets fermés* ». Christine, par exemple, reconnait dormir beaucoup la journée mais pas la nuit : « *Je me lève tôt la nuit, c'est comme ça, je dors beaucoup la journée mais apparemment pas la nuit, j'écoute beaucoup de musique, les voisins se plaignent, mais j'aime ça que voulez-vous ? »*. Son éducateur référent nous précise que « *lorsque le SAMSAH a commencé à intervenir, son logement était encombré, elle n'ouvrait pas la porte* […] *il y avait beaucoup de plaintes du voisinage et un projet de relogement ».* Ainsi, depuis toujours, Christine a des problèmes de voisinage, elle occasionne beaucoup de bruit en tapant contre les murs à cause de crises de somnambulisme : *« c'est perturbant pour ses voisins, elle les excède »*, renchérit son éducateur. Mélodie, elle aussi, a eu d'importants problèmes de voisinage. Elle admet *« avoir une autre façon de vivre que ses voisins »*, elle a notamment multiplié les soirées, utilisant parfois un barbecue à l'intérieur de son petit appartement ce qui a envahi son immeuble de fumée, ses voisins devant alors contacter les secours.

Selon les pathologies psychiatriques et leurs symptômes, l'investissement du logement prendra donc des formes différentes. Ce sont ces comportements liés à la pathologie, tels qu'ils se manifestent dans la manière d'habiter de la personne, qui peuvent être mal-interprétés par le voisinage et générer de nombreuses incompréhensions. En effet, habiter nécessite de répondre à des normes sociales en respectant certaines pratiques et usages (d'une vie de quartier, d'un immeuble, etc.). Ces comportements « atypiques » peuvent alors être interprétés comme des transgressions et perçus comme inacceptables pour une vie en collectivité, entrainant rejet et stigmatisation des personnes concernées.

Dans certains cas, c'est le voisinage qui peut être perçu comme problématique pour la personne et être pris pour cible, avec des voisins perçus comme persécuteurs. C'est le cas pour Mélodie par exemple : « *j'ai de gros problèmes de voisinage pour atteinte à la vie privée, mes voisins ce sont des maghrébins, ils font n'importe quoi, ils sonnent constamment chez moi pour rentrer ».* Ces situations sont sources d'incompréhensions, de souffrance et peuvent s'autoalimenter par le sentiment de peur généré, tant chez la personne (le voisinage devenant l'objet du délire par exemple) que pour le voisinage.

Les relations avec le voisinage sont souvent révélatrices du manque d'information et de sensibilisation aux spécificités de la maladie mentale et à ses conséquences possibles du grand public (bailleurs, voisinage, etc.). Dans certains cas, notamment quand la personne concernée est sous mesure de protection juridique, il arrive que le bailleur ou le voisinage contacte directement le mandataire judiciaire pour faire cesser les troubles et régler la situation, or c'est impossible légalement. Régulièrement confronté à ce type de demande, le mandataire d'Isabelle doit rappeler le rôle et les limites du service : « *Souvent, ils* [les bailleurs] *voudraient que le service dise à la personne d'arrêter de recevoir un tel ou un tel mais ce n'est pas possible. Dans ce cas, le service peut communiquer avec la personne mais elle ne peut pas l'obliger* […] *ce n'est pas le rôle du service de pouvoir empêcher la personne de faire ce qu'elle veut, il*

[25] BOUILLON, Florence., GIRARD, Vincent., MUSSO, Sandrine. Dossier N°7 : Du droit au logement aux expériences de l'habiter. Ce que la folie nous enseigne. Bulletin Amades, 2007, n°69, pp1-8

n'y a pas d'obligation. C'est comme pour le logement, si demain Isabelle veut vivre à la rue, à part dialoguer avec elle pour lui faire comprendre que ce ne serait pas de bonnes conditions, on ne peut rien faire ».

Les conflits générés peuvent s'intensifier et entrainer de vraies situations de crise remettant en cause le maintien dans le logement. D'autant plus que certaines personnes ne se rendent pas compte de la gêne qu'elles occasionnent et vivent très mal le fait d'être désignées comme perturbatrices. En outre, elles ne perçoivent pas les efforts réalisés par l'entourage pour tenter de « prendre sur lui ». Les réactions du voisinage sont parfois telles (nombreuses pressions, passage à l'acte, etc.) qu'elles entrainent des situations de repli très fortes, couplées d'un sentiment d'insécurité. C'est le cas notamment de Christine : *« ils* [ses voisins] *m'ont mis du mastic dans la serrure quand j'étais pas là, ils ont taggué ma voiture* […]*, un jour ils m'ont attendu dans le coin des boîtes aux lettres, ils ont été agressifs, ils ont fait mine de me taper, je suis vite partie* […] *maintenant j'ai toujours peur de sortir de chez moi, de voir sur quoi je vais tomber* […] *je me sens surveillée, j'ai peur d'eux* ».

L'accompagnement de la personne par un service peut aider dans les difficultés rencontrées, notamment par des actions de médiation et de sensibilisation de l'entourage aux troubles de la personne, avec un voisinage ayant un rôle d'alerte. C'est le cas pour Mélodie, comme nous l'explique l'ASS du service qui l'accompagne depuis plusieurs années : *« ce qui a beaucoup joué dans le cas de Mélodie, c'est la bienveillance des voisins, on a fait beaucoup de médiation, on a expliqué* […] *on a donné certains critères d'alerte aussi aux voisins et aussi aux bailleurs* ». Également pour Christine, comme nous l'indique son éducateur référent : « *les voisins ont écrit plusieurs mots, on lui a demandé de s'excuser à chaque fois, on a fait beaucoup de sensibilisation, on a parlé avec les voisins de ses troubles* […] *dans son ancien logement, c'était convenu avec les voisins qu'ils appellent directement le SAMSAH* […] *sa voisine au-dessus est aidante, elle est assistante sociale* ». Mais pour cela, il est nécessaire que la personne avec troubles psychiques soit identifiée, suivie et accepte d'être accompagnée, ce qui n'est pas toujours le cas. Et parfois, malgré l'important travail de médiation réalisé, le maintien dans le logement est menacé. Pour Christine, la situation est telle qu'une autre solution de logement est en cours de recherche *« on a alerté sa curatrice sur le danger potentiel, il y a nécessité de rechercher une autre solution, ce n'est plus possible* », nous dit son éducateur référent. En effet, comme nous l'indique un professionnel lors d'une rencontre territoriale *« le maintien peut passer par un déménagement, pas trente-six bien sûr, mais parfois ça peut aider* », qu'il s'agisse d'un autre logement ordinaire ou d'une solution de logement accompagné lorsque cela n'est plus possible, il est donc important de faciliter le mouvement.

Le voisinage peut également contribuer à repérer de véritables situations d'urgence comme des personnes non engagées dans une démarche de soins, ou fortement isolées chez elles par exemple. C'est le cas d'Alice, pour qui les voisins ont donné l'alerte lors d'une situation de crise, engendrant ainsi une hospitalisation sous contrainte. Elle explique : « *un soir, j'étais en colère, je voyais plus mes enfants, j'ai bu, j'ai tout cassé dans mon appartement, les fenêtres, tout, j'ai tout cassé, j'ai tout balancé par la fenêtre* […] *c'est mes voisins qui ont appelé les secours* ». À cette période, bien que repérée par le bailleur social, et orientée vers un ASS de secteur, Alice ne bénéficiait d'aucun soin et refusait toute communication avec l'extérieur. Ces situations difficiles peuvent alors perdurer avant que le voisinage appelle au secours, parfois méconnues des travailleurs sociaux, parfois connues des services de psychiatrie mais en rupture de soins, parfois inconnues de tous les professionnels de secteur. En général, pour les bailleurs sociaux, l'information est tardive : « *on l'information quand il y a une crise, en cas d'urgence* », déclare un bailleur social lors d'une rencontre territoriale.

Enfin, et concernant la relation au voisinage, le problème a parfois tendance à être observé uniquement du côté de la personne avec troubles psychiques, et des perturbations du vivre-ensemble dont elle peut être à l'origine. Pour autant, dans certaines situations, c'est bien le voisinage lui-même qui pose problème, notamment en profitant et abusant de la vulnérabilité de la personne (vente de cannabis par exemple, occupation du logement, etc.), comme le mentionne Christian LAVAL en évoquant le dispositif « Un chez

soi d'abord » de Marseille *« il ne faut pas oublier que les voisins posent aussi problème aux personnes qu'on loge, ce n'est pas que les locataires qui posent problème »*[26].

L'entourage de la personne, notamment familial, peut également influencer les parcours des personnes présentant des troubles psychiques, en matière d'accès et de maintien dans le logement ordinaire, souvent en l'étayant mais parfois également en complexifiant la situation.

2.2.3. L'entourage familial, un élément pouvant faire basculer les situations

L'entourage familial est un élément majeur dans le parcours résidentiel des personnes, pouvant faire basculer les situations, dans un sens comme dans l'autre.

Dans de nombreux cas, et lorsqu'il est présent, l'entourage familial constitue une vraie ressource pour le maintien dans le logement, avec un rôle prégnant des parents, particulièrement la mère, des enfants, particulièrement les filles, et des compagnons. L'aide peut s'illustrer dans différents domaines, avec un investissement important et régulier de leur part, tels que : l'accès et l'installation dans le logement, la gestion du quotidien, la gestion financière, l'entretien du logement, le soutien moral. Pour Christine, par exemple, c'est dans la gestion du quotidien que ses compagnons l'ont aidée : *« Mon ex-mari puis Patrick s'occupaient de gérer toutes mes affaires, ils faisaient tout, la cuisine, le ménage, ils s'occupaient de l'argent, moi ça m'arrangeait, je faisais rien, j'avais pas envie ».* À cette époque, Christine n'était pas accompagnée par le SAMSAH, mais pour son éducateur référent *« ses compagnons ont pallié l'intervention d'un service* ».

Lorsque la personne bénéficie d'un accompagnement extérieur, l'entourage familial peut également faire le lien entre les professionnels et la personne, notamment avec un rôle d'alerte et de veille, permettant ainsi d'anticiper certaines situations de rupture, comme nous l'illustre les propos du mandataire judiciaire d'Isabelle: *« sa fille est d'un grand soutien pour elle mais aussi pour le service, elle fait le lien* […] *elle a un fort étayage de ses enfants, surtout de ses filles, elles alertent le service dès que ça va pas* ». En effet, son éducateur au CHRS nous précise « *je l'accompagnais à ses rendez-vous pour ses injections, je passais une fois par semaine et dès que ses enfants m'appelaient* », mais ce rôle de veille par les proches aidants ne peut pas suffire.

Ainsi, leur absence, momentanée ou permanente (suite à un conflit, à un éloignement géographique, etc.), peut rajouter des difficultés supplémentaires pour le maintien dans le logement. C'est le cas pour Louise : « *ma mère m'a trouvé un appartement mais personne ne m'a aidée à déballer les cartons, à trier* […] *je me suis sentie complètement dépassée. Je me suis sentie abandonnée. J'ai fait une dépression. À ce moment-là, ma mère et ma sœur étaient parties en cure, j'avais plus personne, je répondais plus au téléphone. Quand elle est rentrée, elle a essayé de me joindre, elle s'est mise en contact avec le propriétaire qui a ouvert la porte* […] *Puis j'ai remonté la pente, mon frère m'a aussi beaucoup aidé dans le quotidien, pour le ménage ».* D'ailleurs, pour les professionnels, dans certaines situations, le maintien dans le logement serait compromis sans l'appui familial dont bénéficie la personne. C'est le cas pour Isabelle : « *sans ses enfants c'est une dame qui serait en logement accompagné, elle irait en pension de famille, pour le moment ça tient parce qu'ils sont là, elle a besoin d'être entourée, d'un fort étayage »,* nous dit son éducateur du CHRS.

Parfois, nous constatons tout le caractère ambivalent de ces relations entretenues entre la personne et son (ses) proche(s) aidant(s) notamment du fait de la proximité et de l'intimité émotionnelle. À titre

[26] Ses propos sont issus de la journée d'étude « *Ce qu'habiter peut bien vouloir dire dans une société inclusive »* organisée par le CREAI Ile de France, le CREAI ORS-Occitanie et le CREAI BFC- 23 septembre 2019 - Paris

d'exemple, Paul nous explique le rôle qu'a joué ses parents lorsqu'il a souhaité vivre seul : *« j'ai essayé plusieurs fois, quatre fois en tout, franchement ils étaient pas très chauds mais ils m'ont toujours suivi, ils m'ont aidé à trouver, à déménager, ils m'ont aidé avec les papiers, les démarches, ils se sont portés caution aussi* ». Pour autant, et selon les propos de son éducateur référent, Paul entretenait une relation conflictuelle avec son père, celui-ci ayant été plusieurs fois à l'origine d'un arrêt de son traitement à cause de remarques désobligeantes sur sa prise de poids. Isabelle, quant à elle, a bénéficié d'un soutien important de ses enfants. Malgré cela, une mesure de protection juridique a tout de même dû être demandée concernant l'aspect financier, ces derniers utilisant sa carte bancaire pour retirer régulièrement de l'argent, générant des tensions tant avec Isabelle que son éducateur devant alors reposer systématiquement des limites. Dans certains cas, les proches aidants pourront d'ailleurs se révéler être un frein dans l'accès à un logement du fait de leur investissement émotionnel et leur désir de protection. C'est le cas pour Jean, par exemple, qui suite à son divorce est retourné vivre chez ses parents : « *quand j'ai divorcé, je suis retourné chez mes parents, je voulais revenir dans la région. Je voulais prendre un appartement mais mes parents s'y sont opposés, ils ne voulaient pas car je buvais de l'alcool ».* Pour autant, le retour au sein du domicile parental peut parfois représenter une solution de « secours » en attendant une solution de logement ou d'accompagnement plus adaptée.

Se pose également la question du vieillissement de l'entourage et de l'épuisement familial que peut générer une situation d'aide récurrente. Cela a été repéré dans plusieurs cas comme élément déclencheur d'un changement de situation, notamment pour Jean dont la mère a initié des démarches pour une admission en CHRS : *« c'est ma mère qui a fait les démarches pour une place au CHRS, parce que mon père avait un cancer et ma mère était vieille et fatiguée, je pouvais plus rester chez eux. J'ai accepté pour soulager mes parents ».* Paul a également accepté de faire des démarches pour une admission en ESAT et en foyer d'hébergement après constatation de la fatigue de sa mère lors de la visite des lieux, *« ça a été un vrai déclic pour moi »*, nous précise-t-il lors de l'entretien. Il est donc nécessaire de repérer ces situations (épuisement, hospitalisations, vieillissement, etc.) et de les anticiper avec les proches, car ce sont autant de situations qui peuvent aboutir à des ruptures de parcours.

Ainsi, il s'avère nécessaire de développer des actions d'aide aux proches aidants à condition de ne pas faire peser sur ces derniers toute la responsabilité de la réussite du maintien dans le logement pour la personne : ils ne doivent pas être l'élément indispensable à ce maintien.

2.3. Un faible niveau d'autonomie dans la gestion du quotidien, appelant un étayage extérieur

Dans de nombreuses situations, nous constatons pour les personnes un faible niveau d'autonomie. Pour rappel, l'étymologie du mot « autonomie » signifie produire soi-même (auto) ses règles, ses lois (nomos), ou si l'on préfère, pour un individu, « gouverner sa vie » ; en d'autres termes, l'autonomie renvoie à la capacité pour les individus de choisir seuls ce qu'ils désirent, ce qu'ils souhaitent faire. En lien avec le logement, ce faible niveau d'autonomie se traduit plus précisément par des difficultés à gérer les activités de la vie courante, et à s'organiser seul.

Dans le logement, les difficultés sont souvent liées à son entretien, dont le ménage, à la gestion des repas et des courses, mais aussi à l'hygiène corporelle. C'est le cas pour Christine notamment : *« quand elle a déménagé, il y avait de la nourriture de partout* […] *elle ne tirait pas sa chasse d'eau, ça sentait très mauvais* […] *elle avait de très gros problème de ménage, elle ne faisait rien* », nous explique son éducateur. Ou pour Isabelle *« le plus dur pour moi c'est le ménage, je le fais mais c'est vraiment dur, heureusement*

que ma fille m'aide, c'est le plus dur quand on vit toute seule ». Selon l'IDE d'Antoine « *il a pourtant de réelles capacités mais il ne fait pas les choses par lui-même, il ne se mobilise pas* ». Parfois, ces difficultés peuvent aboutir à des situations de ruptures mettant en danger la santé des personnes, c'est le cas pour Antoine: *« il vivait dans des conditions sanitaires déplorables, il a d'ailleurs fallu l'hospitaliser pendant trois mois pour désinfecter complétement son appartement car il était infesté de blattes, c'était une hospitalisation sanitaire* », nous explique son IDE. Ces difficultés peuvent être liées à la maladie avec des personnes qui ne prennent pas la mesure des enjeux sanitaires, ou qui sont très fatigables, certaines n'ont pas envie ou n'ont tout simplement jamais appris. Dans certains cas, l'isolement social peut également générer une moindre attention à soi-même et à son environnement d'habitat.

Des interventions à domicile avec un étayage par un service social ou médico-social (de type SAVS, SAMSAH, SSIAD, etc.) ou la mise en place d'un service d'aide à domicile peuvent être une ressource et permettre d'anticiper une rupture potentielle, comme pour Louise : *« ce problème de ménage, ça créait beaucoup de tensions avec son mari, elle ne se mobilisait pas* […] *avec Louise et son mari, on a décidé de mettre en place une aide-ménagère, une employée facturée sur le budget de Louise car c'est elle qui ne faisait pas le ménage, c'est le SAVS qui a proposé cette possibilité* » nous explique son éducateur référent. Pour Christine également : « *elle a un accompagnement du SAMSAH pour une aide aux courses* […] *elle a aussi des repas en commun avec la préparation des repas* […] *elle avait aussi une aide à domicile, elle avait une bonne relation avec elle, elle la stimulait, elle faisait avec elle »*, nous dit son éducateur référent au SAMSAH. Une des personnes présentes lors d'une rencontre territoriale nous indique *« j'ai aussi des auxiliaires de vie qui viennent quatre fois par semaine, elles m'aident à faire le ménage, comme un jeu ».* Certaines personnes auraient d'ailleurs aimé davantage d'accompagnement pratique autour de ces apprentissages pendant leur expérience en logement ordinaire, c'est le cas pour Jean : *« j'aurais aimé qu'on m'apprenne à vivre normalement, qu'on m'apprenne à faire à manger, qu'on vienne avec moi pour faire les courses, qu'on fasse avec moi quoi, je ne savais pas »,* les accompagnements n'étant pas toujours pensés autour d'une pédagogie de la transmission. En effet, comme le rappelle un éducateur spécialisé de SAMSAH *« Le fait d'avoir un logement et de vivre seul peut-être difficile quand on n'a pas l'expérience, qu'on a pas appris ».*

Concernant les services d'aide à domicile, se pose la question, d'une part, du coût qui constitue un frein pour les personnes ayant de faibles ressources financières, comme nous développerons ci-après, et d'autre part, du refus de certains professionnels à intervenir à domicile au regard des troubles psychiques et de la crainte générée, ayant plutôt l'habitude de la vieillesse ou de la déficience motrice.

Toujours en lien avec la vie quotidienne, cette difficulté de mobilisation peut également toucher d'autres domaines autour du logement comme par exemple :

- les démarches administratives (factures, demande de logement social, etc.), la gestion du budget, la prise de rendez-vous médicaux et la présence à ces derniers pour une continuité des soins
- la gestion du temps libre et la participation à des activités extérieures

Philippe, qui a été en logement ordinaire quelque temps, nous fait part de sa difficulté : *« J'avais un manque de sérénité* […] *j'avais du mal à affronter les choses de la vie, toujours des demandes, des trucs dans la boite aux lettres ».* Pour Isabelle, sous mesure de protection juridique *« c'est le service qui gère tous ses papiers, on les reçoit et on les traite* […] *un des facteurs qui a fait qu'Isabelle puisse vivre chez elle, c'est moins de stress lié au fait qu'elle se sente dépassée par la situation, le fait qu'on gère ses papiers, car parfois le stress peut amener les gens à décompenser, à une rupture de traitement* », nous dit son mandataire.

Les difficultés liées à la gestion des activités courantes et l'entretien du logement sont bien identifiées par les professionnels même si elles appellent une amélioration de l'accompagnement par la pédagogie de la transmission. En revanche, concernant les difficultés d'ouverture vers l'extérieur (participation à des

activités, suivi de rendez-vous médicaux, etc.), elles paraissent parfois sous-estimées par certains professionnels. Pour l'ensemble de ces aspects, est interrogé la notion de stimulation de leur envie pouvant être aidée par les professionnels puis accompagnée, sans faire « à la place de », sur la durée dans certains cas. Certes, il ne s'agit pas de faire à la place de la personne mais d'essayer de faire émerger les désirs de la personne et d'impulser leur concrétisation.

2.4. Des difficultés financières fréquentes et paralysantes sans une mesure de protection adaptée

Les difficultés financières sont fréquentes dans les parcours résidentiels des personnes avec troubles psychiques, notamment du fait de l'Allocation Adulte Handicapé (AAH) comme seule ressource, lorsque les personnes parviennent à obtenir une reconnaissance de leur handicap au titre des troubles psychiques.

Ces difficultés concernent généralement des dettes (avec des loyers totalement impayés ou partiellement) ou une mauvaise gestion budgétaire (les factures, les coûts liés à la vie quotidienne, les achats compulsifs, etc.). Elles sont d'autant plus accentuées lorsque la personne n'est pas dans une démarche de soins et peuvent aboutir à des situations de ruptures, notamment d'expulsion du logement. C'est le cas d'Alice qui bénéficiait d'une aide financière (APL) lui permettant jusqu'alors de régler son loyer, prélevé automatiquement sur son compte bancaire. Une augmentation de quelques euros de son loyer a conduit à une accumulation de dettes. Alice n'étant pas accompagnée, n'a pu répondre aux sollicitations du bailleur social et de l'ASS, une procédure d'expulsion a alors été engagée.

Généralement, une mesure de protection juridique constitue une solution pour anticiper une rupture liée à l'aspect financier et sécurise les parcours, notamment en constituant une épargne et en permettant de faire des économies, à condition que la personne donne son accord. Il existe plusieurs types de mesures. Se pose alors la question de la transmission par les professionnels d'une information adaptée et accessible sur ces dernières et les risques potentiels encourus en cas de refus par la personne (expulsion du logement, etc.), et ce afin qu'elle fasse le choix ou non d'une mise sous protection, de manière éclairée.

Parfois, cette mesure de protection peut être vécue comme un manque de liberté, c'est le cas d'Alice : « *je voudrais enlever ma tutelle parce que c'est trop contraignant* […] *j'aimerais payer moi-même mon loyer et gérer mes sous* ». Aussi, il est important de réinterroger régulièrement les bénéficiaires sur la manière dont ils perçoivent la protection car les mesures peuvent être évolutives dans le temps, en fonction des besoins des personnes. Pour Alice, qui pensait ne pas avoir le choix quant à sa mesure de protection, un travail a été fait en lien avec son ASS qui l'a incitée à exprimer son choix lors du renouvellement de la mesure. Elle a souhaité assouplir sa mesure de protection, en passant d'une curatelle renforcée à une curatelle simple, elle est en attente d'une réponse du Juge.

Dans certains cas, il a été mis en avant la méconnaissance de la maladie psychique par les mandataires judiciaires comme un frein, du fait notamment d'un manque de formation et de sensibilisation aux troubles psychiques et à ses manifestations, et du sentiment de peur généré. C'est le cas pour le mandataire judiciaire d'Isabelle : « *j'ai eu très peu de formation sur les troubles psychiques, juste un module de formation sur la maladie psychique* […] *je me suis parfois senti démuni, craintif aussi parce que j'étais pas formé. Maintenant au fur et à mesure, j'ai moins d'appréhensions, je connais mieux ».* Parfois, le choix a été fait d'une mesure exercée par un membre de l'entourage familial, en l'occurrence un des parents. Se pose alors la question de la répercussion sur la dynamique familiale et une anticipation nécessaire en cas de vieillissement de l'aidant.

Dans certaines situations, la précarité financière constitue un obstacle pour investir la vie sociale, notamment lorsque cela nécessite de prendre les transports en commun. C'est le cas pour Isabelle qui, du fait d'un budget restreint, est aidée par son fils pour les courses alimentaires et ne peut pas prendre régulièrement les transports en commun. Elle ne participe donc à aucune activité, elle investit néanmoins une vie de quartier en allant boire le café chez ses voisines et en faisant le marché. Elle souhaiterait déménager dans un appartement plus petit pour faire des économies. Dans ce cas, et comme pour de nombreux autres, le manque de ressources se répercute également sur la possibilité de mettre en place une aide à domicile pour l'entretien du logement : sa fille a dû prendre le relais car trop couteux. En effet, actuellement, et comme plusieurs professionnels l'ont indiqué au cours de l'étude, il est difficile pour les personnes d'obtenir une Prestation compensatoire du handicap (PCH) au titre des troubles psychiques, le reste à charge est donc important pour recourir à des services d'aide à domicile. C'est ce que nous mentionne un IDE de SAMSAH : « *autant l'IDE libéral est remboursé, autant une intervention d'une aide à domicile est payante* […] *il faut compter vingt-cinq euros de l'heure, soit cent euros pour une heure par semaine, ce n'est pas possible pour beaucoup* ». Toutes les personnes rencontrées ne sont pas concernées par un manque de ressources, certaines en bénéficient, pour autant, cela ne les empêche pas d'avoir besoin d'être accompagnées sur cet aspect-là. C'est le cas de Christine notamment, bénéficiant d'une pension de retraite et d'un héritage lui ayant permis de devenir propriétaire de son logement, dont la mesure de protection a été renforcée lors de son arrivée au SAMSAH. Son éducateur référent s'est rendu compte qu'elle dilapidait ses économies, malgré le travail engagé avec elle à ce sujet.

Dans plusieurs situations, les personnes ont fait part de leur souhait de travailler pour éviter le manque de ressources financières, c'est le cas notamment d'Alice : « *au niveau financier c'est un peu dur avec 850 € par mois, j'aimerais retravailler pour gagner davantage ».* Pour certaines personnes, ce n'est pas possible au regard de l'importance de leurs troubles. Pour d'autres, on peut faire l'hypothèse que le maintien dans l'emploi sera plus difficile au regard de la variabilité des troubles et de l'instabilité qu'ils génèrent (relation employeur et collègues, fatigabilité, etc.). Les dispositifs d'emploi accompagné sont pléthores dans le paysage français (ESAT de transition, accompagnement Cap emploi, dispositif d'emploi accompagné, etc.) et pourraient répondre en partie à cette problématique, encore faut-il que les acteurs (ASS de secteur, mandataires, bailleurs, etc.) en soient informés. En effet, ils peuvent s'y perdre, ne pas savoir à qui s'adresser, ne pas avoir l'information, ou croire que ce type de public ne peut y prétendre.

3. L'ACCOMPAGNEMENT DES PERSONNES AVEC TROUBLES PSYCHIQUES DANS LEUR LOGEMENT : LE DIFFICILE « SUR-MESURE » DANS UN CONTEXTE CONTRAINT

Après avoir étudié en quoi les caractéristiques de vie des personnes présentant des troubles psychiques, souvent complexes, influencent leur parcours en logement ordinaire, il est indispensable de se pencher sur les modalités d'accompagnement qui leur sont proposés.

Ainsi, dans cette partie, nous tenterons de démontrer en quoi les conditions d'accès au logement, l'accompagnement proposé, les partenariats développés et la structuration de l'offre jouent un rôle en matière de maintien dans le logement ordinaire des personnes avec troubles psychiques.

3.1. Des conditions d'accès au logement déterminantes pour le maintien

Par convention, les thématiques de l'accès et du maintien dans le logement sont souvent découpées, comme s'il s'agissait de deux problématiques sans lien, déconnectées l'une de l'autre. Or, dans plusieurs situations, nous constatons qu'elles entretiennent en réalité des liens étroits, notamment avec des conditions d'accès déterminantes pour un maintien dans le logement ordinaire pérenne.

3.1.1. De la résignation à la formulation d'un désir d'accès au logement

Les professionnels s'appuient généralement sur l'expression du souhait de la personne afin de construire avec elle un projet adapté de logement. Or, dans plusieurs entretiens, nous avons été face à des personnes qui manifestaient, de prime abord, très peu d'exigences sur leur souhait de logement : peut-être par fatalisme, résignation, appropriation du discours des professionnels, etc. Parfois, leurs attentes en matière de droits à habiter et d'accès à un logement ordinaire semblent plutôt minimalistes et reflètent d'ailleurs les obstacles qu'elles rencontrent (administratifs, financiers, etc.). C'est le cas pour Alice qui nous dit en parlant de son précédent logement *« de toute façon, je n'avais pas le choix, je m'y suis faite »* ou Alexandre qui avant son arrivée en foyer d'hébergement avait fait une demande de logement social « *j'aurais été là où y'aurait eu de la place, je me serais adapté, on a pas le choix de toute façon* ». Un psychiatre le confirme lors d'une réunion territoriale en affirmant : *« je ne crois pas un instant que le choix existe, nous sommes conditionnés, on fait juste ce qu'on peut, tous me disent « je voudrais une vie normale », tous, leur degré de liberté, du point de vue relationnel ou autre est restreint, je ne crois pas un instant au choix. S'ils avaient le choix, ils le feraient. Parfois, ils y arrivent, à condition que l'on arrive à créer avec eux les conditions d'un changement ».*

Lors des entretiens, nous constatons également que certains professionnels, sont dans l'attente de l'expression d'une volonté de la part de la personne pour amorcer un projet d'accès à un logement ordinaire, comme nous l'explique un éducateur spécialisé exerçant en foyer d'hébergement *« l'équipe ne dit jamais il faut aller en appartement, on attend l'expression de la demande de la personne ».* Seulement, au regard des parcours difficiles, emprunts de ruptures, souvent liés à leur état de santé, comme nous l'avons mentionné plus haut, l'élaboration d'une projection peut être plus complexe chez ces personnes, avec une forme de résignation. Un temps de travail important dédié au recueil d'avis et à l'aide à la construction de cet avis est alors primordial : où la personne souhaite-t-elle vivre ? De quelle façon ? Autant de questions à explorer finement et régulièrement au cours de son parcours. Il apparaît ainsi fondamental d'accompagner ces personnes pour redonner une valeur à leurs avis et à leurs choix. Cela passe par un travail de réassurance au long cours, afin que leurs désirs émergent, que les personnes arrivent à les exprimer et à les renouveler dans le temps. Tout l'enjeu réside dans le fait que les personnes se sentent – parfois de nouveau – capables et que leur discours ait, à leurs yeux notamment, autant de valeur que celui des professionnels. De cette exploration fine dépendra l'accompagnement à apporter à chacun.

L'entourage, qu'il soit professionnel ou non, joue un rôle important dans le fait que les personnes accompagnées puissent envisager ou non un projet de vie dans un logement qui soit le leur. En effet, comme l'explique Philippe LIOTARD[27], l'entourage familial, amical mais aussi institutionnel influencent les représentations de soi. Or, comme nous l'explique un psychiatre lors d'une des rencontres territoriales, les personnes avec troubles psychiques sont fréquemment considérées au travers de leurs déficiences et incapacités : *« déjà, il faudrait inverser les regards en insistant sur les ressources plutôt que toujours se focaliser sur les freins et les échecs ».* Ce mécanisme peut ainsi empêcher certaines personnes d'élargir leur imaginaire des possibles, de s'autoriser à imaginer un projet de vie en dehors d'une vie institutionnelle, justement parce que ce regard porté par l'entourage a été intériorisé comme faisant

[27] CHARLOT, Jean-Luc. Le pari de l'habitat : vers une société plus inclusive avec et pour les personnes en situation de handicap ?, Paris : L'Harmattan, 2016, 140 p.

partie intégrante de leur identité au fil des années. Et parfois, même lorsqu'elles l'imaginent et le souhaitent, elles peuvent s'en sentir incapables, comme si cet ailleurs n'était pas possible pour elles. Ainsi, lorsque l'on demande à Antoine ce qu'il faudrait faire pour aider les personnes à vivre dans un logement ordinaire, il nous répond : *« pour aider les personnes à vivre dans leur logement, il faudrait déjà leur donner l'idée, elles n'ont pas l'idée de vivre en logement seule, il faudrait les pousser, on les aide pas à prendre un appartement* […] *c'est comme les foyers où les gens restent des années, on leur dit pas qu'elles peuvent vivre ailleurs ».* D'ailleurs, le récit que fait Antoine de son parcours met clairement en avant la motivation forte de se maintenir dans le logement comme facilitateur important.

La dimension temporelle est également un facteur important à prendre en compte avec des délais d'accompagnement qui peuvent influer sur les pratiques institutionnelles. En effet, dans des structures où le délai d'accompagnement est plus limité (de quelques mois à quelques années), il est nécessaire d'aborder le logement dès le départ et en continu pour construire une solution adaptée aux attentes et besoins de la personne à la sortie. L'accompagnement proposé se cristallise alors autour de la thématique du logement de façon intensive. Pour certaines structures d'hébergement et de logement accompagné (foyers d'hébergement, maisons relais, pensions de famille, etc.), les professionnels n'ont pas évoqué l'accès au logement comme étant une de leurs missions principales et n'ont pas ou peu développé de partenariats dans ce sens (avec les bailleurs sociaux, les CCAS, etc.). Cela peut sans doute en partie s'expliquer par le fait que leur durée d'accompagnement n'est pas limitée dans le temps et que ces structures priorisent ainsi dans leurs actions la qualité de l'accompagnement des personnes au sein de la structure, au quotidien. Et, en effet, pour certaines personnes, la vie en établissement peut probablement correspondre à leurs attentes, mais il reste essentiel de s'en assurer régulièrement et parfois d'inviter les personnes à, ne serait-ce, qu'envisager un ailleurs, ces attentes pouvant être évolutives.

3.1.2. La nécessaire évaluation des besoins d'accompagnement plutôt que celle des capacités à habiter

Dans la majorité des situations, une phase d'évaluation précède, voire conditionne, l'accès à un logement ordinaire. Cette évaluation concerne généralement les comportements de la personne, en l'occurrence une appréciation de ses « capacités à habiter » par les professionnels. C'est ce que nous explique le chef de service d'une structure dédiée à la protection juridique des majeurs « *avant de choisir si on propose un logement, on fait une évaluation du parcours, on évalue la capacité à habiter, c'est systématique avant la recherche d'un logement ».* Un éducateur spécialisé exerçant en foyer d'hébergement nous décrit alors les étapes de cette évaluation : « *une fois que la personne a demandé à vivre en appartement, il y a une réunion pluridisciplinaire pour évaluer la pertinence de la demande et confronter les points de vue sur des points importants* […] *Est-ce que la personne respecte son traitement ? Est-ce qu'elle a du recul sur sa maladie ? Est-ce qu'elle connait ses symptômes ? Est-ce qu'elle a une autonomie psychique ?* […] *On a quelques indicateurs en tête pour objectiver les choses, l'absentéisme au travail, les retards, la présence aux repas par exemple ».*

Ainsi, au-delà des aspects liés au logement (comme la tenue de la chambre ou l'investissement de la personne par exemple), cette évaluation concerne également d'autres domaines : la régularité dans la démarche de soins, l'inscription de la personne dans son environnement, le respect du règlement de fonctionnement de sa structure d'accueil, la gestion de son budget, etc. Nous pouvons alors constater que le seuil d'exigences à remplir avant de pouvoir accéder à un logement ordinaire est parfois élevé, la personne devant alors fournir méthodiquement les preuves de sa « capacité à habiter ».

Comme, le souligne Christian LAVAL[28], le thème de la « capacité à habiter », et de son évaluation, pose la question redoutable du pronostic. En effet, par cette évaluation, certaines données sont constatées par les professionnels mais en quoi sont-elles prédictives d'un maintien favorable dans le logement pour la personne? Peut-on prédire à l'avance les ressources que la personne sera capable de déployer en situation réelle pour pallier ses difficultés ? Et ce, d'autant plus que cette évaluation se fait généralement en situation artificielle, sur des temps courts (exemple : une ou plusieurs semaines de « stage » en appartement d'essai dans lequel la personne n'a pas vocation à habiter par la suite). Or, c'est bien sur le long terme que ces personnes peuvent éprouver des difficultés à se mobiliser comme le fait de devoir se préparer des repas quotidiennement par exemple, d'où la nécessité de prévoir des périodes d'essai suffisamment longues pour qu'elles soient significatives. De la même manière, il est important que cet essai puisse être réalisé dans un logement que la personne pourra garder si cela se passe bien (avec un système de bail glissant par exemple), afin qu'elle puisse se projeter et s'investir pleinement dès le démarrage dans cette expérience. De même, il est essentiel de pouvoir lui garantir un droit au retour, afin qu'il s'agisse réellement d'une « période d'essai » et que la personne se sente en sécurité pour exprimer ses éventuelles difficultés. C'est ce que nous explique un éducateur spécialisé de foyer d'hébergement en évoquant certaines personnes ayant souhaité quitter la structure pour un projet de logement ordinaire malgré un désaccord de l'équipe : *« quand on n'est pas d'accord, on accompagne quand même vers cet fin d'accompagnement* […] *parfois, on est surpris car ça fonctionne et parfois ça ne tient pas, mais il y a toujours une possibilité pour la personne de réintégrer XXX, un travail peut alors être enclenché à partir de là ».*

Le fait d'organiser cette période d'essai dans de telles conditions est d'autant plus important qu'il est généralement plus facile d'acquérir ou développer des capacités à habiter « in situ ». Ce fut le cas pour Alice comme nous l'explique l'ASS du service social qui l'accompagne : *« elle est allée dans un logement avec un bail associatif, trouvé auprès du bailleur, c'est ce qu'on appelle un logement d'observation, ça permet d'observer la personne, elle y est restée trois ans ».* L'évaluation en situation artificielle (en terme de durée et de type de logement) risque également de mettre davantage en avant les incapacités alors que dans des situations réelles, les personnes peuvent faire preuve de créativité et d'inventivité lorsqu'elles sont confrontées à certaines difficultés. En effet, il y a des formes de précautions qui s'additionnent pour les professionnels au sujet des difficultés des personnes, alors qu'en réalité une compensation peut s'opérer, avec des stratégies de contournement de ces dernières mises à l'œuvre de manière plus ou moins consciente par ces personnes.

Par ailleurs, on constate que des outils d'évaluation formalisés sont très peu utilisés par les professionnels pour objectiver leur avis, comme nous le mentionne un chef de service d'une structure dédiée à la protection juridique des majeurs : *« notre évaluation c'est en interne, c'est pas collectif avec d'autres partenaires* […] *on n'a pas d'outils, on réunit une commission en interne avant la prise en charge »* ou un éducateur de foyer d'hébergement *« non, on n'a pas d'outils d'évaluation formalisés, de grilles ou de choses comme ça* […] *on a quelques indicateurs en tête pour objectiver les choses ».* Ainsi, on peut se demander quelle est la part de la projection de la vision des professionnels dans ce travail d'accès au logement, avec sans doute des représentations liées au logement qui influent directement, selon si le logement est perçu par le professionnel comme l'aboutissement d'une évolution en terme d'autonomie de la personne ou plutôt comme un tremplin d'une autonomisation qui se fera progressivement une fois la personne dans son logement. Les propos d'un éducateur spécialisé de foyer d'hébergement le reflètent parfaitement « *beaucoup de jeunes arrivent d'IME[29] maintenant* […] *il faut mieux apprendre l'autonomie avec un passage au foyer, développer une autonomie en vue d'une vie en appartement, et ensuite aller en appartement une fois que la personne est suffisamment autonome* ». La question du seuil des exigences

[28] LAVAL Christian. Edito, Rhizome, janvier 2014, n°51, janvier 2014, pp 1-3

[29] Instituts médico-éducatifs

éducatives, telle qu'évoquée plus haut, peut également être différente en fonction des professionnels, comme nous l'explique un IDE de SAMSAH *« il faut accepter que ces personnes ont des façons d'habiter différentes, bien à elles, dues justement à la spécificité des troubles psychiques, ça nécessite pour les professionnels d'être souples, de ne pas vouloir forcément que l'appartement soit propre, les affaires rangés et le lit fait, et ça c'est difficile à accepter selon les professionnels* […] *il faut accepter que ces personnes vivent parfois dans des conditions que nous on considère comme déplorables mais pour autant ça fonctionne ».* D'autant plus que par définition, le logement n'est pas le lieu de la normalisation.

En outre cette approche par l'évaluation des capacités, implique pour les professionnels une position difficilement tenable dans la mesure où ils ont à la fois, comme expliqué dans le 21ème rapport sur l'état du mal logement[30], un rôle de soutien de la personne dans son choix, dans sa démarche d'accès au logement, et un rôle de juge d'où provient le couperet si la personne ne remplit pas les critères qu'ils ont fixés. À titre d'exemple, un éducateur spécialisé de foyer d'hébergement indique *« c'est la direction qui prend la décision* [de la possibilité ou non pour la personne d'accéder à un logement ordinaire] ».

Il est important de rappeler que l'accès à un logement ordinaire est un droit fondamental comme le stipule notamment dans son article 19 la Convention des Nations Unies relative aux droits des personnes handicapées[31] : « *les Etats Partis à la présente convention reconnaissent à toutes les personnes handicapées la possibilité de choisir, sur la base de l'égalité avec les autres, leur lieu de résidence et où et avec qui elles vont vivre et qu'elles ne soient pas obligées de vivre dans un milieu de vie particulier »*. Par conséquent, l'évaluation des « capacités à habiter » conditionnant l'accès à un logement ordinaire tel que le souhaite la personne n'a pas lieu d'être d'un point de vue légal. Côté éthique, il n'y a pas plus de justification à de telles approches, ne serait-ce qu'au regard du manque d'objectivité potentiel de certains critères retenus par les équipes. Un directeur adjoint d'un organisme gestionnaire de plusieurs structures sociales l'explique très bien en donnant l'exemple suivant : *« On peut se maintenir dans le logement avec des addictions* […] *On attend parfois plus de garanties* [que pour quiconque] *avant de proposer le logement ».*

Nous pouvons faire l'hypothèse que le type d'approche « normative » évoqué plus haut peut être lié à l'offre d'accompagnement telle qu'elle est structurée aujourd'hui (droit au retour difficile, accompagnement intensif des services à domicile rarement possible par manque de moyens, etc.), ou encore à une approche surprotectrice voire paternaliste de certaines structures « pour leur bien ». À titre d'illustration, un éducateur spécialisé de foyer d'hébergement fait part de ses réserves quant à l'effectivité du droit à un accès au logement ordinaire concernant les personnes avec troubles psychiques nécessitant un fort étayage : *« Quel sens de vivre en appartement si le SAVS passe tous les jours ? Dans ces cas-là, elles relèvent plus du foyer que du SAVS »*.

En revanche, il est primordial de pouvoir évaluer, dans des conditions définies avec la personne, les besoins d'accompagnement à mettre en œuvre pour que son projet aboutisse dans les meilleures conditions possibles. Cette évaluation doit donc être co-construite et indicative. L'enjeu de chacune des parties prenantes consiste à ce que l'accès à un logement ordinaire relève d'une poursuite d'accompagnement sous d'autres formes à repenser, à redimensionner, et réévaluer régulièrement avec la personne, et non d'un arrêt brutal ou d'une diminution massive source de ruptures de parcours potentielles.

Il est en effet indispensable de co-construire ce projet avec la personne concernée, et de l'associer à toutes les étapes (choix des critères, visites, démarches administratives, etc.), afin qu'elle se sente au cœur de cette démarche et partie prenante. Une préparation de la phase d'accès à un logement est d'autant plus importante qu'il y a des effets en chaine pouvant se répercuter et rendre le maintien plus

[30] FONDATION ABBE PIERRE POUR LE LOGEMENT DES DEFAVORISES, L'état du mal-logement en France. 21ème rapport annuel, 2016, 388 p.
[31] Ratifiée par la France le 18 février 2010

ou moins facile pour les personnes. Par exemple, le choix géographique d'un logement pourra avoir des conséquences sur la continuité des soins du fait de la sectorisation, la taille du logement impliquera la possibilité ou non de pouvoir y recevoir ses enfants quand ces derniers sont placés, ou le recours à un logement dans le parc locatif privé nécessitera généralement un budget plus important, d'où la nécessité d'associer les personnes dans les critères à retenir et les décisions à prendre.

De même, comme pour tout un chacun, les phases de transition, du fait des changements qu'elles impliquent et de nouveaux repères à construire (déménagement, arrivée dans le nouveau logement, connaissance de l'environnement, etc.), peuvent être anxiogènes pour les personnes avec troubles psychiques. Il est donc important de pouvoir les accompagner pour qu'elles ne soient pas sources de ruptures. C'est ce que nous explique Louise : *« personne ne m'a aidée à déballer mes cartons, à trier, à ranger, je me suis sentie dépassée complètement dépassée. Je me suis sentie abandonnée, j'ai fait une dépression ».*

L'ensemble de ces éléments plaide pour une articulation forte, autour de la personne et en accord avec elle, des différents acteurs intervenant dans l'accès à son logement et notamment les bailleurs sociaux qui regrettent, par manque d'information sur les spécificités de la situation de la personne, de ne pas toujours proposer le logement le plus adapté.

3.2. Un accompagnement nécessairement souple, adapté et coordonné

3.2.1. Des pratiques institutionnelles à harmoniser

L'étayage des professionnels, et la cohérence de l'accompagnement proposé, a un rôle important pour favoriser le maintien de la personne dans son logement.

Pour autant, dans plusieurs situations, nous constatons des pratiques professionnelles différentes, parfois au sein d'une même structure, en fonction notamment de la place accordée au logement dans le parcours de la personne. Ce positionnement se répercutera alors sur l'accompagnement proposé avec des fonctionnements propres à chacun et un manque d'harmonisation des pratiques. C'est ce que nous explique un ASS d'un service social : « *Parfois, le maintien dans le logement ce n'est tout simplement pas une priorité pour les professionnels, ça dépend des professionnels. Nous par exemple dans le service avec mes collègues on n'a déjà pas tous la même vision, moi je procède comme ça mais pas forcément tout le monde, c'est mon parti pris ».*

De la même manière, la formation initiale des professionnels peut avoir une incidence sur les actions mises en place, les connaissances en matière de troubles psychiques mais également la façon d'envisager et d'exercer son métier, comme nous le décrit le mandataire judiciaire d'Isabelle : *« Moi j'encourage toujours la personne à prendre part à son environnement mais je ne peux pas faire à leur place, je vais amener la chose, en discuter, je peux parfois faire du lien étant là, au domicile, au moment de la venue du partenaire mais ça s'arrête là* […] *normalement ça ne rentre pas dans le périmètre de mes fonctions, c'est du suivi uniquement administratif et budgétaire mais je le fais quand même. Après ça dépend de la vision de chaque travailleur social, de ses valeurs* […] *ça dépend aussi de la formation initiale du mandataire* ». Certains professionnels expliquent aller parfois au-delà des missions dévolues à leur structure.

Ainsi, il nous semble incontournable, comme préalable à toute action en lien avec le maintien dans le logement, de mener une réflexion à l'échelle de la structure, voire également de l'organisme gestionnaire, en associant les professionnels de façon large, sur cette thématique, et ce afin de définir un positionnement institutionnel et de le formaliser dans le projet d'établissement ou service. D'une part,

cela permettra de donner des repères communs aux professionnels dans l'exercice de leurs missions et d'harmoniser les pratiques professionnelles autour de la question du logement pour plus de cohérence dans l'accompagnement. D'autre part, cela offrira la possibilité de réfléchir aux limites de leur intervention : faut-il aider, voir pousser une personne à se maintenir dans le logement ordinaire à tout prix ? Jusqu'où aller ? Quelle est la limite du maintien dans le logement ? Faut-il systématiquement aller dans le sens du projet de la personne ? À partir de quel moment propose-t-on une autre solution de logement ?

En effet, ces questionnements peuvent apparaître dans différentes situations, il est donc nécessaire de s'y pencher en amont et sur le long cours. C'est le cas pour Jean, par exemple, pour qui le travail autour du maintien dans son logement s'est poursuivi pendant plusieurs mois à la demande du cadre du service de suite qui l'accompagnait, et ce malgré une situation qui se dégradait au fil des semaines et un désaccord de l'équipe. Une orientation en logement accompagné a été envisagée à la suite d'un épisode de mise en danger au sein du domicile. C'est ce que nous explique son éducateur *« Le droit au retour n'est pas systématiquement garanti, c'est étudié au cas par cas* […] *l'équipe ne réintègre pas une personne tant qu'elle n'est pas allée jusqu'au bout* […] *pour Jean c'est là où le retour en logement accompagné a été abordé en équipe mais le chef de service ne voyait pas le projet comme ça* […] *le chef de service a enfin entendu la nécessité d'un logement accompagné pour Jean, il* [Jean] *a accepté et n'est pas rentré chez lui* ». Notons tout de même dans cette situation, que peu avant son admission dans sa structure actuelle, une orientation vers une autre structure avait été envisagée pour Jean mais n'avait pu aboutir favorablement faute d'une place disponible.

Ce travail sera également l'occasion pour la structure de définir sa politique en la matière afin de faire évoluer les pratiques, ou renforcer les pratiques existantes : temps d'échange à instaurer, formations à déployer en lien avec cette thématique, identification des besoins des personnes pour une objectivation des impressions plus ou moins fondées, réflexion régulière sur les principes d'intervention auprès des personnes, gestion des paradoxes auxquels sont soumis les professionnels, etc. Lorsqu'une réflexion institutionnelle est instaurée, ou parfois clarifiée, cela permet des décisions échangées et prises de façon mesurée. Dans certains cas, des prises de risques ou des pratiques plus ou moins conventionnelles pourront alors être déployés sans pour autant faire peser la responsabilité sur l'initiative individuelle d'un ou plusieurs professionnels. C'est le cas notamment dans la situation d'Alice pour qui l'ASS nous explique être entrée en relation avec elle en lui distribuant des cigarettes chaque jour *« J'ai approché Alice très très progressivement, je lui distribuais des cigarettes chaque semaine* […] *pendant plusieurs semaines elle prenait juste les cigarettes c'est tout »*, ou dans la situation de Mélodie pour qui le service a pris un risque financier en acceptant d'avancer son loyer alors qu'elle n'était pas encore sous mesure de protection. En effet, ces pratiques, qui démontrent une souplesse de fonctionnement de la part de la structure en question, peuvent notamment permettre d'entrer en relation avec la personne et de tisser un lien, indispensable à tout accompagnement comme développé ci-après.

3.2.2. Un lien de confiance à construire et à maintenir dans le temps

Comme évoqué plus haut, la maladie psychique met à mal le rapport à soi, à l'autre, à l'environnement avec une variabilité des troubles sur des phases plus ou moins longues et intenses. Cela peut donc s'illustrer dans le quotidien de la personne par des changements brusques d'attitude, des variations de rythme d'activité selon les moments de la journée et selon les jours, des rituels, etc. Cette fluctuation des troubles nécessite alors pour les professionnels de devoir faire preuve d'une adaptabilité constante afin d'ajuster leur accompagnement. De nombreuses situations témoignent de ce que Nicolas CHAMBON

nomme *« l'art du tricotage [32]»* nécessaire à déployer pour accompagner ces personnes au plus près. Au quotidien, cela conduit les professionnels à devoir construire progressivement des solutions « sur-mesure », à devoir inventer des réponses « bricolées[33] », au sens noble du terme, au profit de situations singulières, en tenant compte du rythme variable de chacun. Le récit des tentatives de réponses mises en place par l'équipe du service de suite du CHRS dans la situation de Jean en l'espace de deux ans (cf. Annexe n°4 : exemple d'une analyse chrono biographique à partir d'une situation) en est une parfaite illustration.

La dimension temporelle est effectivement un élément incontournable à prendre en compte dans l'accompagnement de ces personnes avec un lien de confiance indispensable à développer, et à maintenir sur la durée, pour permettre à la personne d'adhérer à l'ensemble des accompagnements. C'est ce que nous explique l'ancien éducateur d'Isabelle : « *Pour Isabelle, il y a eu du temps pour traiter chaque problème* […] *il y a eu du temps pour créer du lien et observer, et créer de la confiance* […] *essai-erreur-recommencement, ça c'est important, et ça ça a été possible avec Isabelle* » ou l'éducateur référent de Christine qui nous résume *« La relation de confiance est le préalable à tout* ». Pour certaines personnes, ce lien de confiance peut prendre des mois voire des années à se tisser, pour autant c'est bien lui qui conditionnera la continuité de l'accompagnement. C'est ce que nous explique une personne accompagnée par un SAVS lors d'une rencontre territoriale : « *J'ai mis quatre ans à faire entrer une curatrice, j'étais certainement dans le déni, ça ne les regarde pas, ils n'ont rien à faire chez moi, ça prend des années ».* Pour les professionnels, c'est bien ce lien qu'il faut maintenir sur la durée et qui conditionne la continuité de l'accompagnement : « *il faut toujours maintenir le lien avec la personne, parfois il est renforcé, parfois il l'est moins, mais l'équipe est toujours là, la confiance est établie* », explique un éducateur spécialisé de SAVS.

Lorsque le lien de confiance se rompt, ou qu'une nouvelle relation est à tisser du fait d'un changement de dispositifs et/ou d'interlocuteurs, cela peut menacer le maintien dans le logement par le temps nécessaire à la construction d'une nouvelle relation, comme en témoigne un bailleur social : *« une personne est accompagnée six ans, on change de travailleur social et on repart dans la difficulté* […] *il sort du dispositif, il va falloir l'accompagner pour faire comprendre son besoin d'accompagnement, six mois pour un passage en commission et de nouveau six mois pour que la confiance renaisse ».* Ce fut le cas pour Isabelle, lors de l'arrêt de l'accompagnement par l'équipe du CHRS au profit de l'attribution d'une mesure AVDL[34] par le Service intégré d'accueil et d'orientation (SIAO) en lien avec un projet de bail glissant : « *la séparation a été très dure pour Isabelle car la collègue qui reprenait la mesure AVDL pour le glissement du bail n'avait pas la possibilité de passer souvent alors que j'avais la possibilité d'y passer au moins une fois par semaine* […] *elle avait une mesure AVDL pour 6 mois, ça a finalement duré deux ans, le glissement du bail a été très douloureux à vivre pour Isabelle, c'était pas gagné »*, nous explique son ancien éducateur référent du CHRS. Cette difficulté peut être particulièrement marquée dans des structures qui souffrent d'un turn-over important dans les équipes, cela ne favorise pas la construction et le maintien de ce lien de confiance risquant de mettre à mal la continuité de l'accompagnement.

Tout l'enjeu réside dans la garantie d'une permanence et d'une stabilité des liens établis, et ce afin que la personne se sente en sécurité, que l'arrêt potentiel ne soit pas vécu comme une source d'angoisse trop importante. En fonction des missions de la structure, et lorsqu'une fin d'accompagnement est à prévoir, il est important qu'elle soit anticipée avec la personne de manière progressive, en tenant compte de sa

[32] CHAMBON, Nicolas. Habiter son monde. Les cahiers de Rhizome, avril 2019, n°71, pp. 5-10

[33] Définition de Claude Lévi Strauss dans La Pensée Sauvage, 1962 : *« Regardons-le [bricoleur] à l'oeuvre : excité par son projet, sa première démarche pratique est pourtant rétrospective : il doit se retourner vers un ensemble déjà constitué, formé d'outils et de matériaux ; en faire, ou en refaire, l'inventaire ; enfin et surtout, engager avec lui une sorte de dialogue, pour répertorier, avant de choisir entre elles, les réponses possibles que l'ensemble peut offrir au problème qu'il lui pose. »*

[34] La mesure Accompagnement vers et dans le logement (AVDL) a pour but de favoriser l'accès au logement des personnes en errance, en sortie d'hébergement ou logement adapté. L'accompagnement s'inscrit dans une prise en charge globale et peut être prescrit avec des objectifs distincts : accès au logement, accompagnement dans le maintien dans le logement, appropriation et investissement du logement, insertion dans le quartier. Cette mesure est d'une durée de 3, 6 ou 9 mois en fonction de l'attribution par la commission SIAO. Il y a une possibilité de renouvellement exceptionnel au-delà de 9 mois.

propre temporalité, en lien avec les acteurs du territoire, et ce afin qu'elle ne soit pas vécue comme une rupture. C'est ce que nous explique un éducateur spécialisé de service de suite de CHRS *« l'accompagnement du service de suite dure environ trois ou quatre ans, il faut transformer ce lien de confiance et le transposer sur d'autres structures comme le CCAS, le CMP* […] *lors d'une fin d'accompagnement, on leur dit toujours que XXX* (nom de la structure) *est toujours ouvert pour un café, une visite, qu'il y a une association des anciens à laquelle ils peuvent adhérer ».* Les propos d'un éducateur spécialisé de foyer d'hébergement vont également dans ce sens : *« ce qui est important c'est d'organiser à l'intérieur* (au sein du FH) *avec l'extérieur, XXX* (le nom du FH) *commence des choses qui se poursuivent à l'extérieur* […] *XXX* (le nom du FH) *donne un coup de main pour que ça tienne à l'extérieur* ».

La continuité du lien, la réactivité, la souplesse et la proximité sont des ingrédients importants pour éviter une rupture dans l'accompagnement. Pour autant, nous remarquons qu'il est difficile pour certains services, notamment de droit commun, de construire et entretenir ce lien du fait de leurs modalités de fonctionnement actuelles. C'est ce que nous explique un éducateur spécialisé de CHRS : *« il faudrait un intermédiaire, des travailleurs sociaux de proximité après le CHRS, actuellement ce n'est pas possible d'aller à domicile, il n'y a plus de filet »* ou un éducateur spécialisé de service de suite de CHRS : « *on oriente vers le CCAS une fois la fin de prise en charge mais le fonctionnement du CCAS n'est pas toujours simple, c'est pas simple d'avoir un rendez-vous immédiat, il y a souvent un délai de quinze jours alors qu'ils ont besoin d'une réponse immédiate quand ils ont un problème du coup ils repassent au service* […] *les ASS de secteur ont beaucoup de personnes à suivre, pas beaucoup de moyens, c'est difficile de suivre les personnes avec proximité ».* En effet, nous constatons bien que des modalités de fonctionnement souples sont importantes à pouvoir garantir (cf. partie 3.4. sur la structuration de l'offre), comme l'indique un ASS de service social *« nous on a des moyens de fonctionnement et une souplesse que les autres n'ont pas, c'est ce qui fait que ça fonctionne ».*

La présence humaine est un facteur déterminant pour garantir le maintien dans le logement, comme nous l'explique un éducateur spécialisé de SAVS « *la présence humaine des équipes est essentielle, c'est essentiel d'être en lien avec une personne avec qui réfléchir où se trouvent les difficultés, les identifier* […] *mais aussi pouvoir rassurer ».* En effet, ce public peut être aux prises avec de nombreuses angoisses, dans un logement qui réactive certaines fragilités, notamment le soir et le week-end. Rappelons, comme l'explique Agnès BRION[35], psychiatre, qu'« en *psychiatrie, les troubles du sommeil ont une valeur sémiologique et évolutive : il peuvent représenter la première, voire la principale manifestation d'une pathologie* […] *la persistance des troubles du sommeil après un épisode dépressif* […] *représente avec la fatigue un des signes cliniques résiduels les plus fréquents* […] *dans le trouble anxiété généralisée, les perturbations du sommeil, difficultés d'endormissement ou sommeil agité, font également partie des critères du troubles. Et sans être au premier plan, l'insomnie associée à des troubles du rythme circadien représente une plainte habituelle dans la schizophrénie* ». Le besoin de réassurance et de sécurité s'avère alors important dans certaines situations, dans certains moments de la journée. C'est le cas pour Jean, de retour en pension de famille suite à une expérience en logement ordinaire, qui l'exprime lors de l'entretien : *« le soir, lorsque je suis contrarié, je peux voir le travailleur de nuit ou l'IDE* [d'une autre structure sociale sur le même site géographique]*, je m'endors paisiblement* […] *avant j'avais tout le temps peur* », ou pour Paul qui vient prendre ses médicaments chaque soir dans son ancien foyer d'hébergement : « *le matin je peux gérer mais le soir je préfère venir* […] *j'ai très peur de ne pas voir si la maladie revient* […] *c'est difficile de lutter contre et finalement voir quelqu'un régulièrement c'est s'assurer que tout va bien ».*

Ainsi, la permanence du lien par la possibilité d'échanges physiques ou téléphoniques (certaines personnes ne souhaitant pas forcément des visites au sein de leur domicile), parfois mêmes courts, peut permettre de garantir le maintien dans le logement en évitant des situations de crise. Plusieurs

[35] BRION, Agnès. Clinique des troubles du sommeil en psychiatrie. Santé mentale, février 2016, n°205, p. 23-27

professionnels l'évoquent lors d'une des rencontres territoriales : « *il y a une présence, deux mots, ça empêche une hospitalisation, on permet que le sentiment de sécurité soit maintenu »* (chef de service d'une résidence accueil), *« c'est important, ça fonctionne ce fil rouge téléphone* […] *on a beaucoup d'appels le vendredi soir »* (directeur de foyer d'hébergement), *« on a une permanence téléphonique 24h/24, ça permet une réassurance, un fil rouge* […] *on peut prendre également des nouvelles* » (directeur d'un dispositif d'aide à l'accès et au maintien dans le logement). D'autant plus, que pour certains l'écart de fonctionnement entre un hébergement collectif, lieu contenant avec une présence de surveillants de nuit et de l'équipe éducative en continu, et un service d'accompagnement à domicile (de type SAVS, SAMSAH, service de suite de CHRS, etc. avec une visite à domicile par semaine ou quinzaine en fonction des possibilités), peut-être difficilement vécu pour la personne.

Aussi, l'accompagnement des personnes avec troubles psychiques dans le cadre du maintien dans le logement nécessite un accompagnement souple et réactif, au long court mais réévalué régulièrement en y associant la personne et en respectant sa propre temporalité.

3.2.3. Le délicat positionnement des professionnels dans l'accompagnement : entre risque d'attentisme et prise de pouvoir

À la lecture des entretiens, nous constatons pour plusieurs personnes qu'il est souvent impossible de demander de l'aide lors de périodes difficiles, c'est le cas pour Alexandre : *« quand j'avais besoin d'aide, je demandais pas* […] *j'ai vécu beaucoup de fois où j'ai pas pu demander d'aide* […] *c'était trop dur »* ou pour Jean qui évoque le sentiment de honte éprouvé comme obstacle à cette demande : *« je sentais que j'avais besoin mais j'ai pas demandé, j'avais trop honte, j'osais pas, j'avais trop mal* ». Pour un éducateur spécialisé de foyer d'hébergement : « *ce sont des personnes qui ont du mal à se situer, du mal à se sentir exister* […] *quand on a une considération de soi-même basse, il y a une relativité de l'aide qu'on pourrait demander* […] *ceux qui y arrivent sont ceux qui ont une expérience sur la maladie plus longue, un recul mais c'est toujours dans l'après-coup* […] *quand l'angoisse est débordante ce n'est pas possible ».* D'autres mettront en échec cette aide lorsqu'elle est en place, ne la mobiliseront pas au moment opportun (absence du domicile lors de visites prévues, rendez-vous médicaux manqués, etc.) ou la refuseront lorsqu'elle sera proposée. C'est l'une des spécificités dont il est nécessaire de tenir compte dans l'accompagnement, ce qui n'est parfois pas simple, d'autant plus pour des professionnels sans formation spécifique ou peu qualifiés, comme nous explique un éducateur spécialisé de SAVS : « *la formation des professionnels qui accompagnent ces personnes est très importante car parfois les professionnels moins qualifiés interprètent des symptômes comme des traits de caractère ou le prennent personnellement ».*

Les professionnels se sentent parfois limités dans leurs actions tant que les personnes ne se sont pas saisies des propositions d'accompagnement et d'aide qui leur sont faites. Ces périodes de latence, plus ou moins longues, peuvent alors engendrer de la frustration du côté des professionnels mais également de nombreux questionnements sur la posture professionnelle à adopter. C'est ce que nous explique un IDE de SAMSAH « *Puis parfois, il y aurait beaucoup de choses à mettre en place, de travail à faire mais la personne n'est pas demandeuse, ou ne souhaite pas même si on lui propose* […] *C'est le cas pour deux personnes accompagnées par le SAMSAH depuis le printemps, pour le moment il y a rien à faire, juste une consultation dentaire et une activité avec le SAMSAH* » ou l'ASS du service social qui accompagnait Mélodie (qui refusait la mise sous protection malgré une procédure d'expulsion engagée) : *« plusieurs fois j'ai essayé de faire comprendre à Mélodie qu'elle allait être expulsée* […] *sa réponse a été de prendre un chien* [..] *mais pour moi c'était impossible qu'elle soit expulsée vraiment* […] *je ne savais plus quoi faire pour lui faire comprendre* […] *lors d'un trajet en voiture j'ai insisté, je lui ai dit que c'était pas possible,*

vraiment pour moi c'était inconcevable […] *ça a été le déclic pour elle ».* Un ASS évoque également : *« tant que la personne n'adhère pas aux soins, on ne peut rien faire, on ne peut pas l'obliger »,* de même que le mandataire d'Isabelle : *« j'encourage toujours la personne à prendre part à son environnement mais je ne fais pas à la place des gens, je ne leur impose pas, c'est à eux de le faire* […] *c'est comme pour le logement, si demain Isabelle veut vivre à la rue, à part dialoguer avec elle pour lui faire comprendre que ce ne serait pas de bonnes conditions, on ne peut rien faire ».*

Mais lorsque la personne ne demande pas d'aide ou ne souhaite pas se saisir de celle qu'on lui propose, que faire ? Attendre un signe de la personne, au nom de la primauté du libre choix, de la liberté individuelle, alors que c'est précisément un public qui, du fait des troubles psychiques, peut avoir des difficultés importantes en matière de prises de décisions, de mobilisation et de sollicitation d'une aide ? Les professionnels ne doivent-ils pas être davantage force de propositions compte tenu de ces éléments ? Ne sont-ils pas trop en attente que la personne fasse preuve de résilience ? Ne font-ils pas peser sur la personne toute la responsabilité de son parcours ? À l'inverse, doivent-ils inciter, pousser, voire influencer une personne ? Jusqu'où aller, notamment en cas de désaccord ? Autant de questions que se posent les professionnels de manière plus ou moins explicite et que résume un éducateur spécialisé de SAVS : *« nous, professionnels on se dit qu'il y a des choses qui pourraient les aider à mieux vivre, certains refusent le suivi, d'autres acceptent* […] *on doit mesurer le pouvoir que l'on a sur les gens, l'influence, parfois on est en désaccord* […] *il faut accompagner la personne à faire l'expérience de son choix, parfois le choix est destructeur* […] *il faut être à côté de la personne, dans son processus, aider à ce qu'elle chemine, être à côté* ». Parfois, les temps de latence, les périodes où rien ne se passe en apparence, sont en réalité nécessaires pour laisser la personne cheminer. Louise, par exemple de retour en foyer d'hébergement suite à une séparation, doit effectuer une demande de logement social : « *pour l'instant, elle est au foyer, elle doit donner une lettre pour une demande d'appartement HLM mais au moment voulu elle ne le fait pas, c'est systématiquement reporté avec elle. L'équipe attend qu'elle donne sa lettre à sa curatrice* », nous dit son éducateur référent. Un des enjeux sera donc de comprendre les raisons d'une faible mobilisation, pour mettre en face des mesures adaptées, et souvent lever les craintes associées. Cette démarche peut prendre un certain temps.

Ainsi, il est important de pouvoir mettre en place des espaces de réflexion pour réfléchir ces questions en équipe au sein des structures, afin que les professionnels ne restent pas seuls face à ces questions d'ordre éthique. Et ce, d'autant plus que des temps d'analyse de la pratique, d'échanges autour d'une situation en interne et/ou avec les partenaires peuvent servir de « garde-fou », introduire un regard et un avis tiers dans une relation qui est parfois forte, complexe, voire ambivalente entre la personne accompagnée et le professionnel.

3.2.4. Le référent de parcours : un statut à créer

Nous l'avons dit, en matière d'accompagnement de personnes présentant des troubles psychiques, la question de la construction et du maintien d'une relation de confiance est indispensable et nécessite du temps. Au regard du nombre potentiel d'intervenants auprès de ce public, nous pouvons donc nous interroger sur la possibilité de développer un tel lien avec chacun d'entre eux. Il se trouve par ailleurs, que pour l'ensemble des situations que nous avons étudié, elles évoluent plus favorablement, en termes de maintien dans le logement, lorsque la personne et l'un des professionnels qui l'entoure, ont noué une relation privilégiée et que ce dernier endosse la responsabilité du suivi global du parcours de la personne.

Il devient à ce titre, le référent de parcours de la personne, sans que cela ne soit forcément officialisé. En effet, ce type de référence n'est pas prévu, organisé et délimité à l'heure actuelle, contrairement à ce qui

existe dans d'autres domaines. Nous pensons par exemple aux gestionnaires de cas pour les personnes âgées, ou aux pilotes désignés dans le cadre des PAG[36]. Ces référents sont nommés pour les personnes dont les situations sont qualifiées de complexes. Pour les gestionnaires de cas, ils fonctionnent de la manière suivante[37] : *« Le gestionnaire de cas est un professionnel formé pour accompagner de façon soutenue les personnes âgées en perte d'autonomie. Le gestionnaire de cas est un professionnel dont l'action est dédiée à la coordination des interventions adaptées aux besoins des personnes en situation complexe. Sa formation initiale de travailleur social, d'infirmier, de psychologue ou d'ergothérapeute est complétée par un diplôme spécifique.* […] *Ces difficultés cumulées peuvent avoir pour conséquence l'intervention auprès de la personne de nombreux interlocuteurs : médecin traitant, aide à domicile, rééducateur, travailleur social… Chacun agit dans son domaine en fonction de ses spécificités d'intervention sans savoir forcément ce que font les autres intervenants de leur côté. Cela nuit à la cohérence des interventions et au maintien à domicile de la personne. Avec une connaissance de l'ensemble des aspects à traiter, le gestionnaire de cas va venir faire le lien entre tous ces intervenants en devenant l'interlocuteur direct de la personne et de sa famille, du médecin traitant, des professionnels intervenant à domicile améliorant ainsi l'accompagnement de la personne ».*

Ainsi, concernant le maintien dans le logement des personnes présentant des troubles psychiques, il serait opportun de faire le parallèle et de prévoir un gestionnaire de cas, ou référent de parcours, qui assurerait ces mêmes missions et ainsi contribuerait à éviter les ruptures.

Dans le cas de Jean, par exemple, nous avons pu constater qu'aucun professionnel ne s'était vu attribué ces missions ce qui a eu pour conséquence une perte de liens avec lui, chacun croyant à un moment donné qu'il était en cure de désintoxication, alors qu'il était seul à son domicile et que sa situation se dégradait : « *on se rend compte qu'il n'y est pas* […] *c'est un des collègues qui le croise par hasard dans la rue* […] *il est resté enfermé une semaine chez lui »,* explique son éducateur du service de suite du CHRS. En effet, si aucun professionnel n'a officiellement la responsabilité de suivre la personne, de coordonner les acteurs qui gravitent autour d'elle, le risque est alors important d'assister à une dilution des responsabilités, chacun pensant, à tort ou à raison, que l'autre agit et par conséquence à un délitement de la situation de la personne. Ainsi, l'éducateur de Jean poursuit : « *je me suis rendu compte qu'il y avait beaucoup d'interlocuteurs et que ça facilitait le fait de changer de discours selon les personnes* ».

Par ailleurs, lorsqu'un professionnel endosse ce rôle, sans que cela ne soit clairement prévu, discuté, il peut être amené à assurer des missions allant au-delà de celles de la structure dans laquelle il évolue, comme nous l'avons évoqué plus haut, ce qui n'est pas non plus toujours ni envisageable, ni tenable au long terme. En effet, dans ces cas-là, cela ne repose que sur la bonne volonté d'une structure ou d'un professionnel, sans financement correspondant et sans que la personne accompagnée, ni même les autres partenaires en soient parties prenantes. Cela présente alors le risque, d'une part, que cela ne puisse durer dans le temps et, d'autre part, que le référent ne soit pas reconnu comme légitime.

Il serait indispensable que la personne puisse choisir le référent de son parcours, selon notamment les affinités nouées, que cela soit discuté avec les autres intervenants, puis formalisé dans le projet de la personne. Le référent pourrait ainsi, en concertation avec la personne et autant que de besoin, réunir les professionnels et où les consulter pour éviter toute dégradation de la situation et au contraire, contribuer à son amélioration, en suivant une feuille de route rappelant qui fait quoi ? quand, où et comment ? D'ailleurs dans les situations, et en lien avec cet élément, nous constatons que lorsque le maintien dans le logement fonctionne, les personnes savent généralement à qui s'adresser lorsqu'elles ont besoin. En effet, lorsque plusieurs interlocuteurs gravitent autour de la personne, cela peut être difficile de connaitre le périmètre d'action précis de chacun, créant de la confusion pour elle. Ainsi, à titre d'exemple, pour

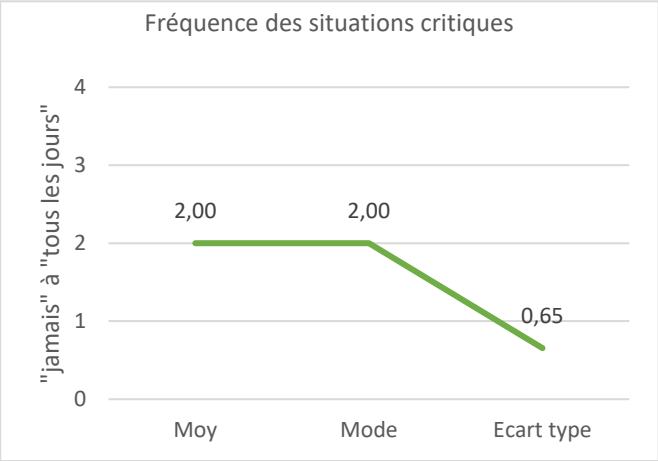
[36] PAG : Plan d'Accompagnement Global – issu de la démarche Réponse Accompagnée pour tous (RAPT). Lien : https://www.cnsa.fr/actualites-agenda/actualites/la-demarche-une-reponse-accompagnee-pour-tous-au-1er-janvier-2018
[37] Source : https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/qui-sadresser/professionnels-de-laide-et-du-soin/le-gestionnaire-de-cas

Alexandre et en lien avec la préparation de son projet d'installation en logement ordinaire, son éducateur référent au sein du foyer d'hébergement a organisé une réunion en présence de son mandataire et l'éducateur du SAVS qui prendra le relais pour éclaircir cela avec lui et faciliter la demande d'aide le cas échéant.

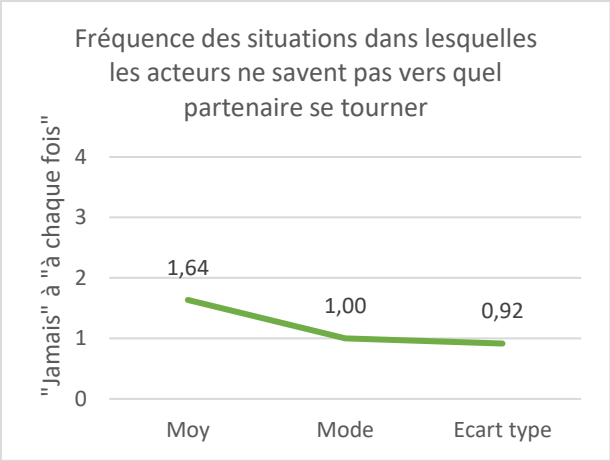
La structure dont dépend ce référent de parcours pourrait ainsi être un service de suite d'un CHRS, un service de protection des majeurs, un SAVS, un SAMSAH, etc. et bénéficierait d'un forfait de financement pour ce faire. Il serait le fil rouge, garant de la continuité et de la qualité des accompagnements proposés à la personne.

3.3. Des partenariats solides mais à renforcer

De manière générale, il s'avère que les partenariats existent et semblent solides sur les deux territoires de l'étude. En effet, les répondants indiquent être régulièrement confrontés à des situations critiques pour lesquelles le maintien dans le logement des personnes accompagnées est gravement compromis et la plupart du temps savent vers quels partenaires se tourner pour y faire face conjointement, comme l'indiquent les schémas ci-dessous. Cela semble témoigner de relations de confiance et de proximité entre les acteurs.



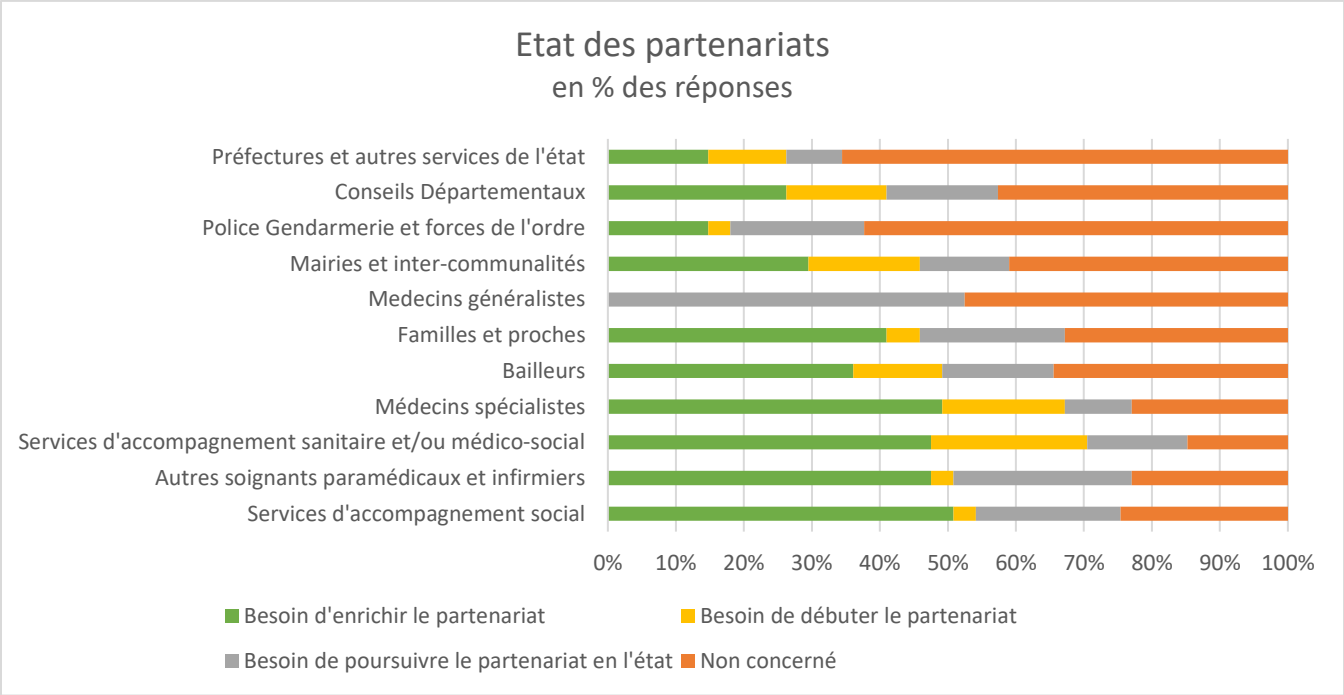
Graphique 1 : *Les situations critiques*



Graphique 2 : *Situations critiques et partenariats*

Lecture du graphique 1 : **La réponse la plus souvent donnée (mode) à la question** : « À quelle fréquence identifiez-vous des situations critiques concernant le maintien dans le logement ordinaire des personnes présentant des troubles psychiques ? (Situations pour lesquelles le maintien dans le logement est gravement compromis) », sur une échelle allant de 0 à 4 (de jamais à tous les jours), **est 2**. L'écart type (mesure de dispersion) est faible (0,65) signifiant que les réponses sont relativement homogènes.

Lecture du graphique 2 : **La réponse la plus souvent donnée (mode) à la question** : « À quelle fréquence vous retrouvez-vous dans une situation où vous ne savez pas vers qui vous tourner pour résoudre un problème de maintien dans le logement ordinaire de personnes présentant des troubles psychiques ? », sur une échelle allant de 0 à 4 (jamais à chaque fois), de jamais à tous les jours, **est 1**. L'écart type (mesure de dispersion) est plus marqué (0,95) signifiant que les réponses sont plus hétérogènes.



Graphique 3 *: Etat des partenariats*

Lecture du graphique : 50% des répondants estiment qu'il faut enrichir les partenariats avec les services d'accompagnement social (SAVS – SAMSAH)

À la lecture des résultats du questionnaire, il apparait d'une manière générale que les partenariats nécessaires au maintien dans le logement des personnes présentant des troubles psychiques existent. Pour autant, tous ont vocation à être renforcés de manière plus ou moins importante.

Les besoins les plus saillants concernent le secteur sanitaire au sens large. En effet, près de la moitié des répondants indique qu'il leur faudrait renforcer le partenariat avec les médecins spécialistes, mais aussi les services d'accompagnement sanitaires et médico-sociaux, les autres soignants médicaux et paramédicaux, ainsi que les infirmiers. C'est également avec ces professionnels que les attentes en termes de création d'un partenariat sont les plus prononcées (jusqu'à un quart des répondants).

Une exception notable se dessine néanmoins, il s'agit du cas des médecins généralistes. Pour la moitié des répondants au questionnaire, ils ne se sentent pas concernés par la mise en place d'un partenariat avec eux et, pour l'autre moitié, ils n'expriment pas le besoin de renforcer le partenariat existant. Cette donnée peut interpeller, au regard des besoins en soins des personnes concernées par l'étude et notamment en termes de continuité des soins (cf. partie 2.1.2.). En effet, les médecins généralistes en tant que soignants de proximité ont un rôle à jouer en la matière et notamment sur l'observance des traitements et la prévention de la crise, à travers des consultations, dans des délais relativement courts, dès lors que la personne sent que sa situation se dégrade et/ou qu'elle a besoin d'être rassurée. En outre, le Programme Pluriannuel Psychiatrie et Santé Mentale (2018-2023) de la Haute autorité de santé indique qu'en en France, comme dans les autres pays d'Europe, ce sont les médecins généralistes vers lesquels se tournent le plus souvent les patients. Cependant, par rapport à d'autres pays, les médecins généralistes adressent moins fréquemment leurs patients aux psychiatres ou aux psychologues quelle que soit la pathologie rencontrée.

Ainsi, à condition que la personne concernée en soit d'accord et partie prenante, il semblerait opportun que les différents acteurs l'accompagnant au quotidien (SAVS, SAMSAH, bailleurs, mandataires judiciaires, etc.) puissent contacter son médecin généraliste, son psychiatre et/ou son psychologue, afin de convenir

des signes d'alerte vis-à-vis d'une dégradation de la situation et d'un protocole d'interpellation mutuelle si ces signes venaient à apparaitre.

Le lien avec les Maisons départementales des personnes handicapées est également important pour les personnes présentant des troubles psychiques, d'autant plus que ce type de situation de handicap a tendance à être sous-reconnu, par rapport à un handicap qualifié de « visible » par exemple. Certains professionnels rencontrés lors des réunions territoriales regrettent notamment qu'il existe une rupture entre MDPH et SIAO. Le directeur d'un service d'accompagnement vers et dans le logement explique qu'il s'agit de *« deux commissions qui ne se connaissent pas. Les gens n'ont plus le choix de rien du tout, ils deviennent des dossiers, ne sont pas invités. »* Or, comme nous l'avons évoqué plus haut, il est en effet important pour proposer une solution en termes de logement aux personnes présentant des troubles psychiques (rôle du SIAO), de bien connaitre les spécificités de la situation de la personne (relaté dans le dossier MDPH). Le lien le plus à propos entre ces deux instances étant la personne elle-même avec le soutien qu'elle aura éventuellement choisi.

Sur le volet social, il apparait clairement que les partenariats existent avec les services d'accompagnement social (SAVS, service de suite de CHRS, CCAS, SMJPM, ASS, etc.) mais qu'ils sont jugés insuffisants par plus de la moitié des répondants. Seuls deux répondants sur dix estiment qu'ils doivent être poursuivis en l'état. Par ailleurs, dans la mesure où ces acteurs sont bien souvent au cœur de l'accompagnement des personnes présentant des troubles psychiques et vivant à domicile, il est surprenant qu'un quart des répondants - principalement des services d'accompagnement social eux-mêmes - indique ne pas être concerné[38] par la mise en place d'un tel partenariat. Il serait donc pertinent d'approfondir, avec les principaux concernés, la question de la complémentarité des intervenants sociaux auprès des personnes. En effet, ce type de réponse pourrait laisser penser que dans certaines situations, lorsqu'un acteur du champ social est en place, il ne lui semble pas nécessaire de mobiliser des moyens (parfois restreints) pour travailler avec d'autres structures d'accompagnement social. Or, les missions des uns et des autres sont complémentaires et non concurrentes. Un SAVS ne proposera pas le même type d'accompagnement qu'un CCAS ou qu'un ASS de secteur. Lors des entretiens, nous constatons que certains acteurs n'ont pas fait appel, ou alors tardivement, à des partenaires du champ social, soit par sous-estimation de la gravité de la situation et des troubles psychiques, soit par méconnaissance des possibilités d'action de ce partenaire, pouvant alors conduire à des procédures d'expulsion. C'est ce que nous explique un ASS d'un service social : « *quand il y a menace d'expulsion c'est trop tard* […] *les personnes sont adressées très tard vers le service, ils ne se rendent pas compte qu'on a des moyens de fonctionner de façon souple, ils ne connaissent pas ce que l'on peut faire* […] *je vais vous dire, des fois le professionnel pense qu'il peut remédier à la situation tout seul, il ne fait pas appel à des partenaires ».*

Concernant les bailleurs sociaux, ils sont tout autant – un tiers des répondants - à penser que le partenariat avec les bailleurs sociaux devrait être renforcé, qu'à indiquer ne pas être concerné par la mise en place d'une telle collaboration. Sur ce dernier point, la moitié des structures apportant cette réponse proposent un hébergement et/ou un accueil de jour (il s'agit de CHRS, CATTP, CMP, foyer d'hébergement, ESAT, résidence sociale, CADA) et 28 % un accompagnement à domicile (SAVS, EMPP, SAAD, SPASAD, SSIAD). Dans les deux cas, cette donnée interpelle dans la mesure où, la grande majorité des personnes présentant des troubles psychiques et vivant à domicile disposent d'un logement social et que le partenariat avec le bailleur semble incontournable pour assurer un maintien au long cours dans de bonnes conditions ou pour permettre l'accès à un logement si la personne est actuellement hébergée en structure sociale. En effet, comme nous l'avons indiqué plus haut, les bailleurs sociaux sont en première ligne lorsque la situation de la personne à son domicile se dégrade (problèmes de voisinage, d'incurie dans le logement, etc.) et sans l'appui de partenaires sociaux connaissant bien la personne, ils peuvent vite se

[38] Non concerné signifie dans la réponse au questionnaire que le partenariat n'existe pas et que le répondant n'estime pas qu'il faille travailler davantage avec cet acteur.

sentir démunis. Lors des entretiens, les professionnels ayant développé des liens avec des bailleurs sociaux indiquent entretenir de bonnes relations, ces derniers étant satisfaits d'avoir un interlocuteur privilégié avec lequel échanger sur les situations.

C'est ce qu'explique un bailleur social lors de l'une des rencontres territoriales en rappelant que les bailleurs ne portent pas de dispositif d'accompagnement social, qu'ils peuvent *« mettre à disposition des locaux, les associations sont les plus à mêmes, on peut participer mais pas porter »*. Il regrette également le fait de ne pas avoir assez d'éléments d'informations en amont, avec pour conséquence de faire entrer des personnes dans des logements qui ne sont pas toujours adaptés à leurs besoins (cf. 3.1.). En même temps, il faut également garder à l'esprit le fait que ce type d'information pourrait être source de discriminations dans l'accès à un logement.

Un bailleur social fait également part de leur impuissance face à des situations dans lesquelles les voisins appellent pour se plaindre, où une première visite est organisée par les services sociaux du département, la personne refuse de l'aide et le bailleur ne voit pas d'autre solution que l'expulsion. Il précise que ce sont souvent les voisins, les entreprises d'électricité, en charge des relevés d'eau, de gaz, etc. qui leur signalent des situations. Le bailleur cherche ensuite à savoir si la personne bénéficie d'un accompagnement ou essaie de lui proposer si ce n'est pas le cas. Il ajoute que ce n'est pas toujours chose aisée : *« on va connaitre les structures, mais pas toujours ce qu'elles font. Il nous faudrait prendre les devants, aller les rencontrer les partenaires »*, plaidant ainsi pour une meilleure interconnaissance.

En ce qui concerne le travail avec les familles et les proches des personnes, là aussi les échanges existent mais sont à renforcer (pour plus de 40 % des répondants). Il est à noter, comme pour les bailleurs, qu'un tiers des structures n'ont pas mis en place de partenariat avec les proches et n'ont pas pour intention de le faire. Pour près de 60 % de ces répondants (c'est-à-dire de ceux qui n'ont pas l'intention de mettre en place un partenariat avec les proches), il s'agit de structures proposant un hébergement (CHRS, maison relais, pension de famille, bailleurs sociaux, CADA, résidence sociale, foyer d'hébergement). Il semblerait que les structures intervenant à domicile aient davantage l'habitude de travailler avec les proches des personnes accompagnées et de s'appuyer sur eux. Ce partenaire semble incontournable, comme nous l'avons évoqué plus haut (cf. 2.2.3) en précisant que, les proches, à condition qu'ils ne soient pas seuls, peuvent contribuer fortement au maintien dans le logement dans de bonnes conditions des personnes présentant des troubles psychiques.

Sur le plan des partenariats, il est également à noter que plus de 40 % des répondants souhaiterait amorcer ou renforcer un partenariat avec la mairie et/ou l'intercommunalité d'une part et le conseil départemental d'autre part. Rappelons que ces collectivités disposent de compétences en matière sociales à travers notamment les CCAS pour les premiers et les antennes solidarités, avec les assistants de services sociaux pour les seconds. Pour autant, les répondants au questionnaire sont tout autant nombreux (environ 40 %) à ne pas projeter de mettre en place un partenariat avec ces Administrations. Comme pour le travail avec les familles, il s'agit essentiellement de structures proposant un hébergement et/ou un accueil de jour (CHRS, résidence sociale, CMP, foyer d'hébergement, ESAT, CATTP, CADA, hôpital local, maison relais – pension de famille). Cela pourrait venir confirmer la moindre habitude de ce type d'institution à travailler avec des partenaires extérieurs intervenant dans le champ de l'accès et du maintien dans le logement des personnes à besoins spécifiques. Pour certaines de ces structures, cela peut également s'expliquer par le fait qu'elles peuvent se sentir éloignées de ces préoccupations (ESAT, hôpital local) car ne faisant pas partie de leurs missions premières.

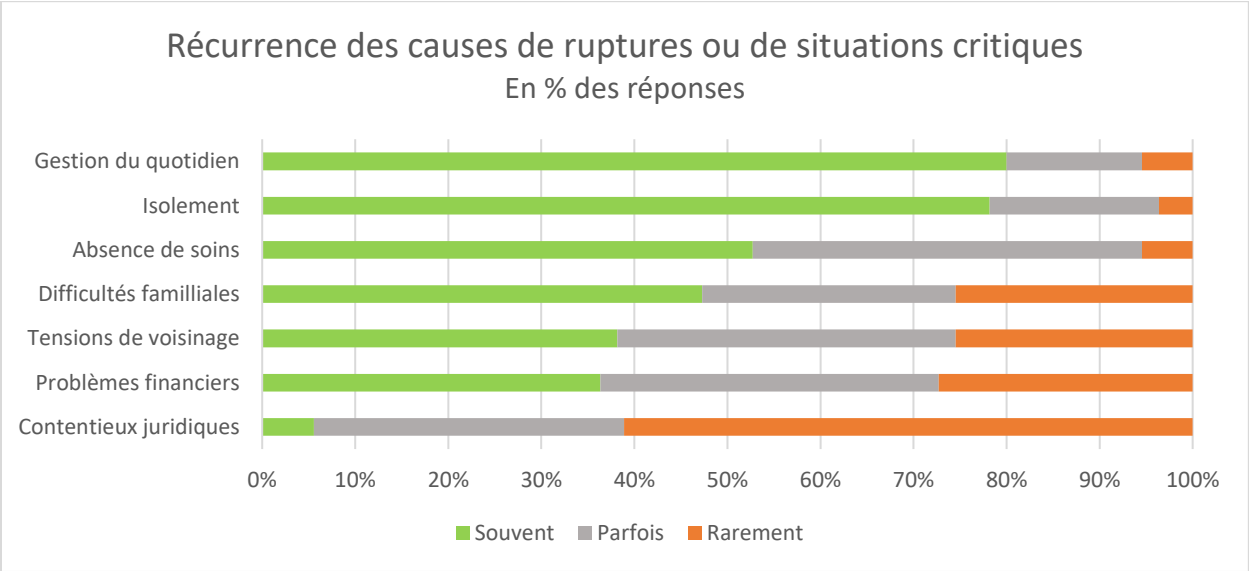
Concernant les Préfectures et autres services de l'Etat, ainsi que les forces de l'ordre au sens large, ils sont environ 20 % des répondants à exprimer le souhait de développer ou créer un partenariat avec ces institutions et 60 % à se dire non concerné. Selon les missions des structures, le type de public qu'elles accompagnent (migrants, victimes ou auteurs de crimes ou de délits, etc.) ce type de partenariat peut être plus ou moins opportun et prioritaire.

Il est au final important de rappeler que le développement de ces partenariats ne peut reposer sur la seule bonne volonté des acteurs en charge de l'accompagnement, mais qu'il est aussi très lié à la structuration de l'offre sociale, médico-sociale et sanitaire, comme nous allons le voir par la suite. En effet, seule une offre de qualité avec les ressources humaines nécessaires permet de consacrer du temps au tissage et au maintien de liens institutionnels et interpersonnels.

3.4. L'offre sanitaire, sociale et médico-sociale à consolider et à diversifier

Nous l'avons évoqué plus haut, le parcours des personnes présentant des troubles psychiques en matière d'accès et de maintien dans un logement ordinaire est étroitement lié à leurs choix mais il est indispensable de rappeler que ces derniers sont opérés dans un contexte contraint. Contraint notamment par la nature de l'offre aussi bien sanitaire, que sociale et médico-sociale, à domicile et en institution, sur leur bassin de vie.

Dans le cadre du questionnaire, les répondants ont estimé les causes de ruptures récurrentes dans le maintien dans le logement, ainsi que les besoins mal couverts sur leurs territoires. Ainsi, la relation entre ces deux éléments donne une indication sur la nature des besoins en termes de renforcement de l'offre à destination des personnes présentant des troubles psychiques.



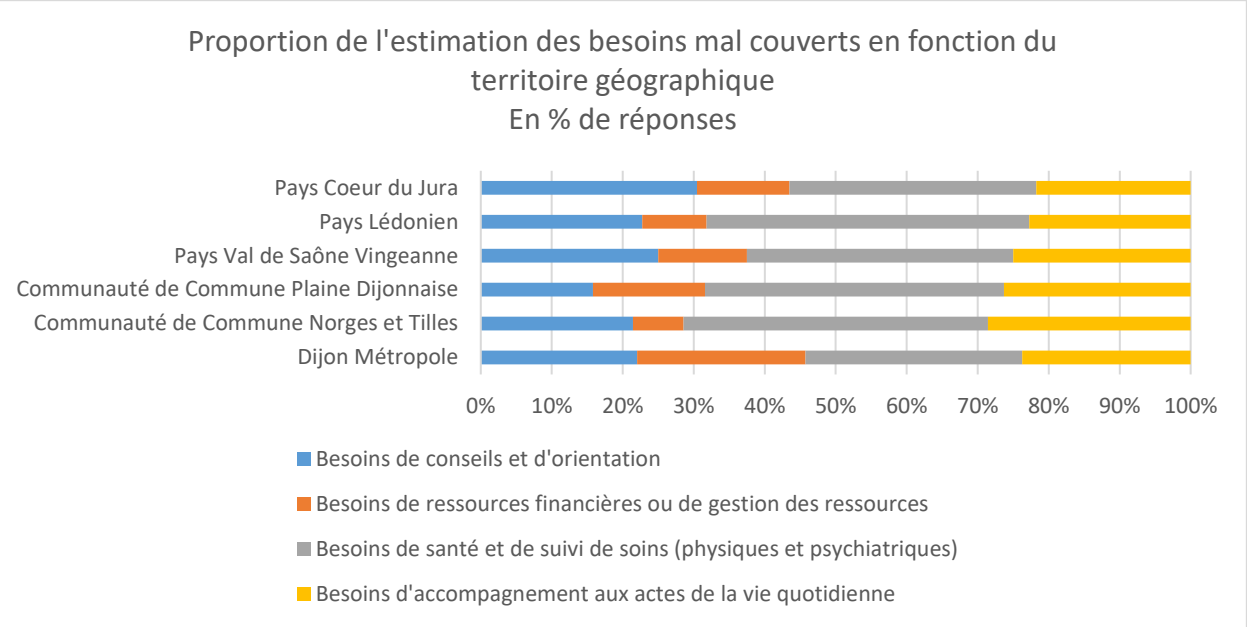
Graphique 4 : *Les causes de ruptures ou de situations critiques*

Note de lecture : 80% des répondants estiment que la difficulté à gérer la vie quotidienne est souvent impliquée dans les situations ou le maintien dans le logement de personnes présentant des troubles psychiques est menacée

Il apparait nettement que, selon 8 répondants sur 10, la gestion du quotidien et l'isolement sont des causes particulièrement récurrentes de situations difficiles pour les personnes présentant des troubles psychiques quant au maintien dans leur logement.

Environ la moitié des répondants estime également que l'absence de soins est souvent une cause de rupture dans les parcours, tout comme les difficultés familiales (comme nous l'avons évoqué plus haut).

Dans une moindre mesure, les tensions de voisinage et les difficultés financières peuvent être à l'origine d'une dégradation de la situation dans le logement des personnes présentant des troubles psychiques. Cela est beaucoup plus rare concernant les contentieux juridiques.

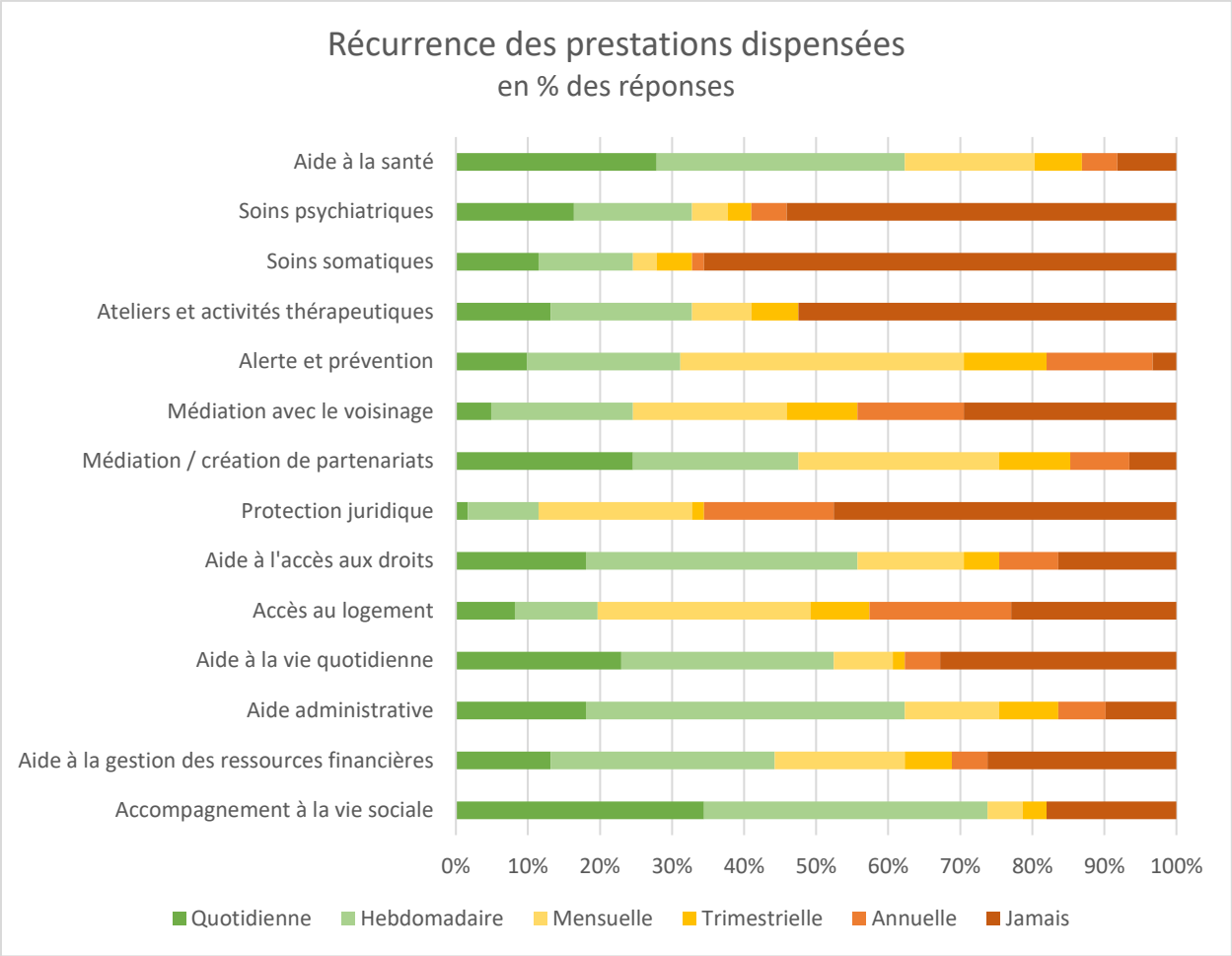


Graphique 5 : *Estimation des besoins mal couverts par territoire géographique*

Note de lecture : 30 % des répondants intervenant dans le Pays Cœur du Jura estiment que les besoins en conseils et orientation à destination des personnes avec troubles psychiques sont mal couverts sur leur territoire

Il apparait clairement que quel que soit le territoire, les besoins en termes de santé et de suivi de soins sont les plus fréquemment désignés comme mal couverts (par 30 à 40 % des répondants). Vient ensuite, dans des proportions proches (20 à 30 % des répondants) les besoins d'accompagnement aux actes de la vie quotidienne et les besoins de conseils et d'orientation.

À partir de ces données concernant l'estimation des causes de ruptures de parcours et des besoins mal couverts, il est possible d'établir un lien avec l'offre de services existante sur les territoires (graphique ci-dessous sur les prestations proposées), afin de repérer les éventuelles carences.



Graphique 6 : *Les prestations dispensées*

Note de lecture : près de 30 % des répondants proposent quotidiennement un accompagnement en matière d'aide à la santé

Il existe une corrélation positive entre les causes fréquentes de ruptures et les besoins mal couverts. Autrement dit, les ruptures apparaissent là où l'on peine à répondre aux besoins.

Il existe également des corrélations positives entre certaines causes fréquentes de rupture et les récurrences des prestations afférentes. Autrement dit, les besoins les plus importants concernent les secteurs déjà fortement dotés. Pour autant, ils ne le sont pas suffisamment.

A titre d'exemple, plus de 60 % des répondants réalisent des actions en faveur de l'aide à la santé au moins chaque semaine. Pour autant, 35 % estiment que les besoins de suivi de soins sont insuffisamment couverts sur leur territoire et la moitié (52 %) reconnait que l'absence de soins est un facteur récurrent dans les situations de rupture. Concernant le fait de bénéficier de soins, le constat est quelque peu différent en matière d'offre. En effet, il ressort que seuls 20 à 30 % des répondants apportent un accompagnement aux personnes présentant des troubles psychiques, sur ce plan, de manière quotidienne ou hebdomadaire. Cela peut, d'emblée, sembler insuffisant au regard de la situation de ces personnes.

De même, plus de la moitié des répondants apportent aux personnes présentant des troubles psychiques une aide à la vie quotidienne, entre 1 fois par jour et 1 à plusieurs fois par semaine, soit de manière régulière. L'offre existe. Pour autant, ils sont 80 % à estimer que la difficulté à gérer la vie quotidienne est souvent impliquée dans les situations ou le maintien dans le logement de personnes présentant des troubles psychiques est menacée et environ 20 % à penser que ce besoin est mal couvert sur leur

territoire. Ils sont même 76 % parmi les structures qui réalisent des accompagnements à la vie quotidienne à affirmer que ce besoin d'accompagnement est mal couvert. L'offre est insuffisante.

Il en ressort un constat, partagé par certains professionnels rencontrés, l'offre d'accompagnement nécessaire existe sur les territoires, aussi bien sur le volet sanitaire, que social et médico-social, mais elle n'est pas assez importante. Elle est à renforcer dans différents domaines et de manière prioritaire dans celui du soin, puis de l'accompagnement à la vie quotidienne et sociale.

A titre d'illustration, un directeur de structure, explique, au sujet des personnes accompagnées, que pour certaines d'entre elles : *« la solitude, l'isolement ça leur fait peur, mais en même temps la solution en face est quasi nulle, pour une FAM il y a 3 ans d'attente. Ils ont fait un choix de vie, mais il n'y a pas de réponse en face »*. Un directeur de foyer d'hébergement le confirme : *« ils viennent trouver une institution qui a une dimension soignante.* […] *Des gens ne veulent pas aller en appartement. On nous dit « inventez du foyer hors les murs ».* Le parcours de Jean illustre bien le manque de places en institutions et les délais d'attentes pouvant être source de rupture dans les parcours. L'éducateur du service de suite du CHRS qui l'accompagnait indique *«* [nom d'un foyer] *était envisageable mais trop long, ça pouvait prendre une, voire plusieurs années, entre les démarches, les différents entretiens, la date d'entrée* […] *Parallèlement à ça, commence à être envisagée la pension de famille XXX mais pas de place. »*

Or, cette saturation des places en institution peut avoir des effets particulièrement délétères, comme ce fut le cas pour Philippe, à qui il a été proposé une colocation car, selon son éducateur référent : *« il n'y avait plus suffisamment de places pour un retour en foyer d'hébergement sur du collectif »*. Il se trouve que son colocataire souffrait, tout comme lui, d'une addiction à l'alcool, et que très vite leurs situations se sont dégradées. L'équipe du foyer d'hébergement avait conscience dès le départ des risques que cette colocation représentait mais n'avait d'autre solution d'habitation à proposer à Philippe.

Pour autant, cette question du manque potentiel de places en institutions ne concerne pas toute la population concernée par l'étude. A titre d'illustration, une personne accompagnée par un SAVS témoigne : *« Mon appartement ça fait deux ans que je l'ai. Je ne me verrais pas vivre en institution, malgré le handicap que j'ai. Je me vois dans une maison. »* Un directeur de foyer d'hébergement partage ce constat en expliquant que *« des personnes ne veulent pas qu'on vienne chez elles tous les jours, elles ont besoin de liens réguliers mais pas d'avoir quelqu'un chez soi tous les jours ».*

Pour lutter contre le sans-abrisme (qui peut toucher de manière importante les personnes présentant des troubles psychiques – cf. partie 1.1) et répondre à leur souhait de plus en plus récurrent d'accompagnement vers et dans le logement ordinaire, la France a développé, depuis 2017, dans la lignée des Etats-Unis avec *« housing first »*, un plan quinquennal en faveur du logement d'abord : *« Le plan vise à orienter rapidement les personnes sans-domicile de l'hébergement vers un logement durable grâce à un accompagnement adapté, modulable et pluridisciplinaire. Le Logement d'abord, en insistant sur la priorité donnée au logement comme condition première à l'insertion, choisit de mettre en valeur les compétences des personnes. Cette approche a été validée par de multiples expérimentations dans les pays scandinaves et anglo-saxons. Elle est également au cœur du dispositif « Un chez-soi d'abord » qui s'adresse spécifiquement aux personnes en situation de grande exclusion présentant des troubles psychiques. »*[39] Ce programme a déjà fait preuve de résultats prometteurs en France et à l'étranger mais il ne pourra être pleinement efficace que si l'ensemble des mesures prévues sont mises en œuvre, ce qui à l'heure actuelle n'est pas pleinement le cas (exemples : production de 40 000 logements très sociaux par an dès 2018 ; la création sur cinq ans de 40 000 places supplémentaires principalement dans le parc locatif privé, via les dispositifs d'intermédiation locative).

[39] Source : Plan quinquennal pour le logement d'abord et la lutte contre le sans-abrisme 2018 – 2022 – lien : https://www.gouvernement.fr/sites/default/files/contenu/piece-jointe/2018/03/plaquette_lda_4p_vf.pdf

Lors d'une rencontre territoriale, un psychiatre évoque, quant à lui, les modèles espagnols et italiens comme une solution alternative à développer en France, avec *« des appartements communs bénéficiant d'une maitresse de maison et d'une permanence téléphonique. Les cohabitations sont de très bonne qualité, très soutenantes, une solidarité, un co-soutien s'installe. Le deuxième ingrédient : une intégration possible dans le quartier à des activités, moins de stigmatisation. Le troisième : des personnes actives dans la création de club, de coopératives, plus impliquées dans les solutions trouvées avec les familles ».* Un éducateur spécialisé de foyer d'hébergement va dans ce sens en suggérant qu'*« il faudrait une solution de transition, une solution alternative, un habitat partagé avec une vie en petit groupe et des espaces propres à chacun, ça peut être une piste ».*

Le recours à des modèles d'accompagnement et d'hébergements alternatifs sans limitation de durée pourrait être une réponse sur les territoires (exemple : habitat inclusif, maisons relais, etc.). Si les établissement et services d'accompagnement reconnaissent cette solution, ils alertent tout de même sur les tensions fortes dans l'accès à ces offres expérimentales. Les listes d'attentes sont longues et certaines situations géographiques laissent apparaitre un désert en termes d'offre, notamment sur les zones rurales.

Un directeur de foyer d'hébergement résume parfaitement la situation en ajoutant que *« ce qui est important c'est la palette de solutions, d'offres ».* En effet, la diversité des réponses est fondamentale, afin de pouvoir s'ajuster au plus près aux projets de vie des personnes. Or, il existe autant de projets que de personnes, ce qui implique également, au-delà de la diversité, de la souplesse dans les dispositifs et accompagnements proposés (comme nous l'avons développé dans la partie concernant accompagnement). Cependant, dans le cadre juridico-administratif actuel, cette équation n'est pas simple à résoudre pour les structures comme le souligne un directeur adjoint d'un organisme gestionnaire de structures sociales : *« Il n'y a pas toujours des problèmes de moyens, mais nos tutelles demandent de la formalisation, c'est dur de leur expliquer qu'au début ce sera tous les jours et après plus espacé, si vous les voyez moins d'une fois par semaine, vous laissez tomber* [aux yeux des financeurs]*, c'est compliqué la souplesse que demande les personnes et la rigidité des financeurs »*. Ainsi, la souplesse du côté des opérateurs proposant des services, tant en termes de diversité, que d'intensité des modes d'accompagnement, ne peut avoir lieu qu'à la condition que leurs modes de financements et de contrôle le leur permettent.

Par ailleurs, la palette d'offres n'est pas complète. En effet, à l'heure actuelle, le passage d'un hébergement en institution à un domicile de droit commun, s'accompagne d'une baisse significative de l'intensité de l'accompagnement, ce qui ne convient pas toujours aux personnes qui, tout du moins, au début, auraient besoin d'un soutien renforcé. À titre d'illustration, un éducateur spécialisé de foyer d'hébergement explique que : *« Passer tous les jours au domicile d'une personne nécessiterait des moyens humains supplémentaires, ce n'est pas possible actuellement »*. De ce fait, cela rend impossible la concrétisation des projets de certaines personnes. Un autre éducateur de foyer d'hébergement l'affirme également : *« certains auraient besoin d'un passage tous les jours, voire plusieurs fois par jour, s'il y a renforcement des moyens pourquoi pas mais actuellement ce n'est pas possible sur la durée »*. Un éducateur spécialisé spécialisée exerçant en CHRS en conclut : *« d'abord il faudrait renforcer le CHRS et ses missions plutôt que de passer sur de l'AVDL où il n'y a que de l'administratif et où les professionnels n'ont pas le temps de passer à domicile ».*

Un IDE de SAMSAH souligne également que l'ampleur de la zone géographique d'intervention d'un service peut nuire à la qualité de l'accompagnement : *« sur le territoire il faudrait plus de moyens pour permettre l'intervention de service à domicile, un étayage de proximité* […] *Au SAMSAH, on a des personnes sur ville X, ville Y,* [NDLR : à plus de 100 km du siège du SAMSAH, en montagne] *en théorie on doit intervenir de la même façon mais en pratique non. C'est pas possible* […] *on est obligé de développer plus de partenariats sur le territoire, de trouver d'autres partenaires car c'est impossible de faire tout ce temps de transports ».*

Cet état de faits est d'autant plus alarmant, que le secteur sanitaire n'est pas non plus en mesure de procurer ce soutien nécessaire aux personnes. Un professionnel explique au sujet des CMP que : *« les professionnels partent, il y a une longue liste d'attente, avant les personnes pouvaient bénéficier d'un rendez-vous par mois, maintenant c'est une fois tous les trois mois »*. Un éducateur spécialisé de SAVS explique quant à lui : *« On manque de spécialités, les dentistes, les gynécologues, les généralistes ne prennent plus personne* […] *il faut adresser à «ville X »* [NDLR : à plus de 30 km]*, les éducateurs doivent faire les accompagnements et ça ça prend beaucoup de temps »*.

Ce constat est renforcé pour les personnes âgées de plus de soixante ans et pour lesquelles il n'existe pas de dispositif adapté d'accompagnement à domicile. Ainsi, Philippe explique que ce n'est pas toujours adapté de *« vivre en communauté c'est bien mais j'ai bientôt soixante ans* […] *Ma curatelle cherche un foyer logement* […] *moi aussi j'aimerais bien aller dans un collectif mais l'EHPAD je suis trop jeune* […] *je voudrais comme ce qu'ils sont en train de construire, un espace à soi et des espaces collectifs, ce serait un compromis* […] *ça m'intéresserait bien d'y aller ».*

Il est également à noter que cette saturation de certains accompagnements sur le plan social, médico-social et sanitaire met à mal le principe de droit au retour. Ce droit facilite pourtant le passage de l'hébergement collectif à l'hébergement de droit commun (comme nous l'avons évoqué dans la partie sur l'accès au logement). Il est menacé lorsqu'une logique de prise en charge en file active est à l'œuvre. Cette file active invitant à remplacer chaque départ le plus rapidement possible. La prise en charge des soins psychiatriques hospitaliers n'échappe pas à cette « logique de lits » qui pousse au retour en logement ordinaire au plus vite, y compris avec peu d'accompagnement ou un accompagnement inadapté.

Il ressort des données collectées dans le cadre de cette étude que les politiques publiques et les souhaits des personnes se rejoignent autour d'une volonté de rendre effectif le droit des personnes présentant des troubles psychiques d'habiter là où elles le souhaitent et comme elles l'entendent, mais que l'offre d'accompagnement mise en place pour y parvenir n'est pas à la hauteur de cette ambition. Comment accompagner une personne vers son premier logement autonome en ne pouvant passer la voir quotidiennement ? Comment accompagner une personne dans son projet de vie en foyer quand les délais sont de plusieurs années ? Comment permettre aux personnes de maintenir leur état de santé psychique quand les consultations ou séances sont espacées de plusieurs semaines voire mois ? Autant de questions qui demeurent à l'heure actuelle sans réponse adéquate.

CONCLUSION

Cette étude portait sur les facteurs influençant le maintien dans le logement ordinaire des personnes présentant des troubles psychiques sur deux territoires aux caractéristiques démographiques et géographiques différentes de la région Bourgogne Franche-Comté. Pour autant, nous pouvons noter que les données collectées ne laissent pas apparaitre de particularité majeure d'un territoire à l'autre, l'ensemble des constats étant vrai sur les deux zones géographiques.

Cette étude nous a permis de tirer plusieurs enseignements complémentaires et sources de préconisations (cf. partie : liste des préconisations).

Il apparait tout d'abord que chacun d'entre nous développe sa propre façon d'habiter son logement, d'investir son environnement de vie. Pour le public de cette étude, ces façons d'habiter peuvent être considérées comme surprenantes, tout du moins aux yeux des personnes néophytes en matière de troubles psychiques, également pour certains professionnels qui les entourent. N'étant pas toujours formés à l'accompagnement de ce public et ne bénéficiant pas systématiquement de temps d'échanges au sein de leur équipe ou de repères institutionnels formalisés en la matière, ils peuvent se sentir déstabilisés, voir démunis face à des troubles récurrents du voisinage, à une incurie dans le logement, un envahissement de ce dernier par des individus que la personne ne souhaite pas forcément recevoir, etc. C'est notamment le cas pour les bailleurs sociaux qui alertent sur leurs besoins accrus en matière de partenariats pour favoriser le maintien dans le logement des personnes présentant des troubles psychiques au long cours et dans de bonnes conditions. C'est notamment ce constat qui est à l'origine de l'élaboration de l'annuaire des ressources sanitaires, sociales et médico-sociales sur les territoires de l'étude.

De manière plus poussée, s'agissant des partenariats, il s'avère d'après les résultats au questionnaire, que ces derniers existent mais qu'ils sont à renforcer entre le secteur sanitaire, social et médico-social. Ce point est particulièrement notable au sujet de l'accès aux soins, de tous ordres, de manière régulière, par les personnes présentant des troubles psychiques et ce, quel que soit le territoire concerné. Cette carence de partenariats à la hauteur des besoins, est étroitement liée à l'insuffisance de l'offre de soins pour ce public vivant à domicile.

Sur le plan social et médico-social, il apparait également une insuffisance, non pas en matière de diversité de l'offre et des prestations proposées, mais en matière d'intensité. La palette de couleurs primaires existe mais pas le nuancier dans son intégralité. Ce constat est particulièrement saillant lorsque les personnes ont besoin d'un accompagnement intensif, de proximité. Il est sans doute la résultante de la construction historique du secteur social et médico-social qui s'est faite autour des valeurs d'assistance et de protection des personnes en situation de handicap, de leur mise à l'abri dans des établissements spécialisés ; les services d'intervention à domicile n'étant apparu que bien plus tardivement et dans un premier temps pour les personnes ayant la capacité de vivre à domicile avec des besoins plus légers en termes d'accompagnement.

Or, nous l'avons réaffirmé au cours de cette étude : choisir où, avec qui et comment l'on souhaite vivre est un droit fondamental pour tout un chacun. Ainsi, rendre ce doit effectif pour les personnes en situation de handicap, nécessite de leur proposer un accompagnement à la hauteur de leurs besoins à domicile, ce qui n'est pas le cas à l'heure actuelle. Les SAVS et SAMSAH par exemple ne disposent pas des moyens humains suffisants pour ce faire et du côté sanitaire il n'existe que très peu d'équipes mobiles ayant pour objet de favoriser l'adhésion et la continuité des soins. Lorsqu'une personne emménage dans un appartement de droit commun pour la première fois par exemple, il n'est pas possible qu'elle bénéficie d'un accompagnement 24H/24 ne serait-ce que durant quelques jours.

Par ailleurs, cet accompagnement proposé par le secteur sanitaire, social et médico-social ne peut être mis en place qu'à la condition que la personne en exprime la demande. Or, nous l'avons vu tout au long de cette étude, les troubles psychiques font qu'il n'est pas évident pour les personnes d'exprimer un désir. Cela nécessite parfois un accompagnement susceptible de mettre les professionnels dans une situation délicate entre aide à l'autodétermination et influence plus ou moins forte et consciente sur les choix des personnes. Il est alors important qu'un tiers puisse investir cette relation parfois très forte entre une personne accompagnée et un professionnel.

Lors du recueil des parcours résidentiels des personnes, nous avons pu constater que cette relation privilégiée entre la personne et un professionnel est d'ailleurs souvent un élément facilitant le maintien dans le logement, permettant de débloquer des situations, d'éviter des expulsions, de trouver des solutions sur mesure. Il apparait ainsi que pour les personnes présentant des troubles psychiques, dont les situations sont souvent complexes (avec un besoin de soins réguliers, parfois des addictions, des difficultés financières, une crainte de l'environnement extérieur, un entourage plus ou moins soutenant, etc.), il serait pertinent qu'elles puissent choisir un référent de parcours parmi les professionnels qui l'accompagne. Ce dernier jouerait alors le rôle de fil rouge avec la personne et les autres partenaires en s'assurant de la continuité des accompagnements.

Dans le contexte actuel où les politiques publiques sont en faveur d'une société inclusive, et indiquent vouloir se donner les moyens de concrétiser pour les personnes en situation de handicap le fait de vivre à égalité de droits, de chances, de participation et de citoyenneté avec les autres, selon les termes de la loi de 2005, il est indispensable de diversifier l'offre aussi bien à domicile, qu'en institution adaptée et renouvelée (exemples : habitat inclusif, partagé, intergénérationnel, cafés solidaires, etc.) et de créer de nouveaux métiers, afin de respecter les choix de vie des personnes et de répondre à leurs attentes. Cela implique également de donner le choix aux personnes quant à l'implantation géographique de leur lieu de vie, l'environnement jouant un rôle majeur et tout aussi important que le logement en lui-même.

Il va également de pair avec cette approche que toute évaluation préalable par une institution des capacités à habiter un logement ordinaire par une personne présentant des troubles psychiques et dont c'est le projet - avec comme résultat possible le fait de lui en refuser l'accès - n'a pas lieu d'être. L'enjeu porte d'avantage sur la préparation de l'accès à ce logement et dans l'évaluation des accompagnements nécessaires ou non afin qu'il se passe dans les meilleures conditions possibles. À ce titre, le passage par un appartement d'essai, sur une longue période, avec la possibilité d'un bail glissant pour la personne et un accompagnement suffisant (avec par exemple le recours à une permanence téléphonique pour garantir la continuité du lien) semble particulièrement adéquat. La préparation d'un projet logement, et notamment la phase d'accès, doit donc être accompagnée en y associant la personne à toutes les étapes afin qu'elle soit partie prenante et se sente concernée.

D'une manière générale, il s'avère indispensable que chaque personne présentant des troubles psychiques puisse, pour commencer, exprimer son projet de vie, notamment en termes d'habitat et par la suite, être soutenue et conseillée dans ses démarches. En effet, nous avons constaté une forme de résignation de certaines personnes face à des réponses institutionnelles freinant ou tout du moins ne soutenant pas leur projet ; mais aussi des situations semblant vouées à la rupture et qui, bien souvent du fait d'une alliance entre la personne et son entourage professionnel et personnel rebondissait de manière positive pour la personne. Chaque situation étant unique, il est important de pouvoir considérer la personne dans sa singularité et de lui proposer le mode d'habitat sur-mesure, répondant à ses caractéristiques de vie comme évoqué dans la deuxième partie de l'étude, et ce, le plus tôt possible, afin que le parcours résidentiel et plus globalement le parcours de vie de la personne soit le plus fluide possible et conforme à ses aspirations. Tout cela existe déjà, l'idée étant de le généraliser, afin que les témoignages comme celui à venir soient les plus nombreux possibles :

« J'ai un problème d'addicto, j'ai une aide du CSAPA. Je suis intolérant à la frustration, je ne supporte pas le retard, ce qui m'a aidé c'est le SAVS, d'avoir retrouvé du travail à l'ESAT, pas rester chez moi à broyer du noir. J'ai aussi des auxiliaires de vie qui viennent 4 fois par semaine, m'aide à faire le ménage, comme un jeu. Quand la tête va bien l'appart va bien. Le travail ça me donne un but, je suis content de rentrer chez moi. Je n'aime pas trop que les gens viennent chez moi. Mon appartement c'est ma petite bulle, c'est mon endroit sécure, c'est un refuge ».

LISTE DES PRECONISATIONS ET LEUR DECLINAISON OPERATIONNELLE

Il est à noter que certaines déclinaisons opérationnelles à destination du secteur sanitaire s'adressent aux services sociaux de ces structures.

	PRECONISATIONS	DRDJSCS	ARS	SOCIAL	MEDICO-SOCIAL	SANITAIRE
PATHOLOGIE ET SOINS	**Favoriser l'accès et la continuité des soins.**		Déployer des équipes mobiles de type Equipe Mobile Psychiatrie Précarité (EMPP) sur tous les territoires avec une composition pluridisciplinaire *(cf. préconisation structuration de l'offre).*			Identifier des professionnels référents dans les structures de psychiatrie joignables par les autres partenaires pour échanger sur les situations. Tenir compte des modalités de vie de la personne dans la proposition de traitement médicamenteux (addictions, étayage familial, etc.).
				Former les acteurs de terrain du logement (bailleurs, ASS, mandataires, etc.) à la maladie psychique *(cf. préconisation accompagnement)*.		
	Travailler sur l'acceptation de la maladie pour favoriser l'adhésion de la personne à une démarche de soin.			Déployer des actions de sensibilisation, d'explication, d'information régulières autour de la maladie psychique et l'intérêt du traitement médicamenteux par les professionnels de santé à destination de la personne et de ses proches : groupes de parole, ateliers, élaboration de supports de communication, etc. Développer des actions de pair-aidance sur la maladie psychique et ses manifestations au quotidien afin de permettre un retour d'expérience par les pairs (sur l'observance des traitements, la stigmatisation, les relations à autrui, etc.)		

<table>
<tr><th rowspan="4">ENVIRONNEMENT DE VIE</th><th>PRECONISATIONS</th><th>DRDJSCS</th><th>ARS</th><th>SOCIAL</th><th>MEDICO-SOCIAL</th><th>SANITAIRE</th></tr>
<tr><td>Eviter ou rompre l’isolement social.</td><td></td><td rowspan="2">Déployer les structures de type GEM sur tous les territoires.

Veiller à faire respecter le cahier des charges des GEM en vigueur concernant les jours et d’horaires d'ouverture.</td><td colspan="2">Favoriser une offre culturelle, de loisirs, associative de droit commun accessible aux personnes handicapées (coût, implantation géographique, modalités de fonctionnement adaptées, etc.).</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="3">Travailler sur l'insertion professionnelle de la personne et son maintien dans l'emploi le cas échéant (cf. préconisation aspect financier)

Travailler sur la destigmatisation de la maladie mentale notamment par des actions de sensibilisation auprès du grand public, dans le cadre de la semaine d’information sur la santé mentale par exemple.</td></tr>
<tr><td>Développer des actions de médiation auprès du voisinage.</td><td></td><td></td><td colspan="3">En lien avec la personne, et si la situation le nécessite, mettre en place des actions de médiation auprès du voisinage (réunion d’information, visites à domicile, échanges téléphoniques pour expliquer les comportements de la personne, etc.).

En lien avec la personne, définir des signes d’alerte de dégradation de sa situation dans son logement et les communiquer auprès des membres de son entourage et des voisins choisis avec elle, afin qu’ils puissent prévenir les professionnels en cas de problèmes.</td></tr>
<tr><td>Faciliter les déménagements lorsque la situation le nécessite.</td><td></td><td></td><td>Pour les bailleurs sociaux : adapter les procédures administratives pour les personnes avec troubles psychiques (souplesse, réduction des délais, etc.)</td><td></td><td></td></tr>
</table>

	PRECONISATIONS	DRDJSCS	ARS	SOCIAL	MEDICO-SOCIAL	SANITAIRE
ASPECTS FINANCIERS	**Permettre à la personne de bénéficier d'une mesure de protection juridique si besoin.**			Délivrer une information claire et accessible à la personne pour une prise de décision éclairée. Veiller à associer la personne au choix de la mesure de protection juridique et la réinterroger régulièrement en fonction de l'évolution de la situation.		
	Informer de façon accessible les personnes et leur entourage sur les aides financières possibles.			Informer de façon adaptée, notamment à travers des échanges, de l'aide aux démarches, la remise de brochure commentée, etc.		
	Travailler sur l'insertion professionnelle et le maintien dans l'emploi le cas échéant.			Communiquer autour des dispositifs d'emploi adapté (ESAT, dispositif emploi accompagné, etc.). Mettre en place des actions de sensibilisation auprès des entreprises pour favoriser le maintien dans l'emploi (explications des comportements liés à la pathologie, conseils pour l'adaptation au poste de travail, etc.).		
	Veiller à mener une réflexion régulière au sein des MDPH sur les modalités d'évaluation des situation des personnes avec troubles psychiques et l'attribution des aides les concernant.					

	PRECONISATIONS	DRDJSCS	ARS	SOCIAL	MEDICO-SOCIAL	SANITAIRE
ACCES AU LOGEMENT ORDINAIRE	**Favoriser des périodes d'essai dans des conditions réelles et sur un temps suffisamment long et garantissant un droit au retour.**			Permettre à la personne de s'investir dès le début de sa période d'essai en choisissant un appartement dont elle aura choisi l'implantation géographique et dans lequel elle pourra rester si l'essai s'avère concluant. Dans ce cadre, il est important de pouvoir favoriser le recours aux logements adaptés type baux glissants ou autres mesures souples (*cf. préconisation relative à la structuration de l'offre*).		
				Développer des partenariats entre les acteurs du secteur médico-social et du secteur sanitaire et les structures du secteur social portant de tels dispositifs pour favoriser l'accès au logement. Garantir systématiquement un droit au retour dans la structure d'origine si l'essai n'est pas concluant.		
	Préparer l'accès au logement à partir du projet de la personne.			Echanger de manière régulière avec la personne quant à ses aspirations en matière de logement afin de favoriser l'émergence de ses souhaits pour ensuite définir et approfondir ses critères quant au choix du logement en lui-même et l'environnement de celui-ci, en tenir compte systématiquement dans la recherche du logement. Veiller à associer la personne à toutes les étapes de l'accès au logement : de la recherche du logement à l'installation. Formaliser l'accompagnement autour de l'accès au logement, en l'inscrivant dans son projet par exemple.		Travailler en partenariat avec les structures du secteur social et médico-social dont les missions consistent à accompagner dans l'accès au logement.
	Veiller à accompagner de manière renforcée la phase d'accès à un logement ordinaire.			Développer des actions de pair-aidance entre des personnes vivant déjà en logement ordinaire et ceux souhaitant y accéder. Développer des ateliers thématiques concernant la vie dans un logement ordinaire (installation, alimentation, démarches administratives, mesures juridiques, etc.). Renforcer l'accompagnement pendant la période de transition (*cf. préconisation structuration de l'offre*). Aider la personne à prendre ses repères dans son environnement (l'accompagner pour un repérage des commerces de proximité, transports, etc.). Mettre en place une permanence téléphonique (*cf. préconisation structuration de l'offre*).		

	PRECONISATIONS	DRDJSCS	ARS	SOCIAL	MEDICO-SOCIAL	SANITAIRE
ACCOMPAGNEMENT	**Mener une réflexion institutionnelle au sein de chaque structure concernée par la question de l'accompagnement des personnes présentant des troubles psychiques en matière d'habitat et la formaliser.**	Inciter les structures à intégrer cette question dans les projets d'établissements et de services et dans leur démarche d'amélioration de la qualité. Veiller à ce que les contraintes juridico-administratives encadrant l'activité des ESSMS n'empêchent pas aux équipes de proposer un accompagnement adapté, allant parfois au-delà de leurs missions initiales, à condition de bénéficier de justifications quant aux mesures dérogatoires sollicitées.		Mener une réflexion institutionnelle et la formaliser, au sein de chaque structure, sur la question de l'accompagnement des personnes en matière d'habitat (à travers le projet associatif et le projet d'établissement ou de service, la démarche d'amélioration continue de la qualité et une réflexion régulière en équipe avec des temps d'analyse de la pratique par exemple). Veiller à associer l'ensemble des professionnels concernés dans cette réflexion. Veiller à renouveler régulièrement l'expérience et à réinterroger les modalités d'intervention auprès du public (comment garantir une réactivité face aux multiples sollicitations, par exemple ? Quel positionnement adopté lorsque la personne n'est pas demandeuse ou refuse l'aide proposées ?). Ainsi, il est important de pouvoir mettre en place des espaces de réflexion pour réfléchir ces questions en équipe au sein des structures, afin que les professionnels ne restent pas seuls face à ces questions d'ordre éthique. Et ce, d'autant plus que des temps d'analyse de la pratique, d'échanges autour d'une situation en interne et/ou avec les partenaires peuvent servir de « garde-fou », introduire un regard et un avis tiers dans une relation qui est parfois forte, complexe, voire ambivalente entre la personne accompagnée et le professionnel. Mener une réflexion en équipe et, si nécessaire, avec les partenaires impliqués, en lien avec les personnes concernées sur les ajustements à envisager en matière de modalités d'accompagnement. L'enjeu étant que la prise de risque éventuelle soit mesurée, discutée, co-décidée et formalisée et qu'elle ne relève pas de la décision d'un seul professionnel. Développer les interventions à domicile basées sur la pédagogie de transmission, le "faire avec" pour les démarches administratives (factures, demande de logement social, etc.), la gestion du budget, la prise de rendez-vous médicaux et la présence à ces derniers pour une continuité des soins, mais aussi la gestion du temps libre et la participation à des activités extérieures par exemple.		
	Veiller à instaurer des accompagnements au long cours et à anticiper les passages de relais.			Veiller, autant que de possible, à instaurer une relation d'accompagnement durable dans le temps, afin d'instaurer un lien de confiance et à anticiper les changements d'intervenants ou de structures afin de limiter les ruptures (par des temps de tuilage en amont par exemple, des échanges avec la personne quant à ce qu'elle souhaite une fois que certains professionnels ne pourront plus l'accompagner, etc.)		
	Prévoir la mise en place de référents de parcours pour les personnes présentant des troubles psychiques dont la situation dans le logement est complexe.	Prévoir de cadrer les missions et le mode de financement adéquat pour la structure assurant ce rôle de fil rouge (en référence par exemple aux gestionnaires de cas dans le secteur des personnes âgées).		Prévoir les missions et modalités de désignation d'un gestionnaire de cas, ou référent de parcours, qui assurerait les mêmes missions que dans le secteur des personnes âgées et ainsi contribuerait à éviter les ruptures. Il serait indispensable que la personne puisse choisir le référent de son parcours, selon notamment les affinités nouées, que cela soit discuté avec les autres intervenants, puis formalisé dans le projet de la personne. Le référent pourrait ainsi, en concertation avec la personne et autant que de besoin, réunir les professionnels et où les consulter pour éviter toute dégradation de la situation et au contraire, contribuer à son amélioration, en suivant une feuille de route rappelant qui fait quoi ? quand, où et comment ?		

			La structure dont dépend ce référent de parcours pourrait ainsi être un service de suite d'un CHRS, un service de protection des majeurs, un SAVS, un SAMSAH, etc. et bénéficierait d'un forfait de financement pour ce faire. Il serait le fil rouge, garant de la continuité et de la qualité des accompagnements proposés à la personne.		
	Former les acteurs de terrain (bailleurs sociaux, SMPJM, SAD, etc.) à la maladie psychique et ses spécificités pour accompagner au mieux les personnes.	Favoriser les actions de formation auprès des bailleurs, des services d'aide à domicile et des médecins généralistes (*cf. préconisation partenariats*) sur les spécificités d'intervention auprès des personnes présentant des troubles psychiques (par le biais par exemple de l'appel à projet annuel démocratie en santé porté par la CRSA et l'ARS ou par les CPOM des structures spécialisées dans l'accompagnement de ce public et qui pourraient assurer certaines de ces formations).			

	PRECONISATIONS	DRDJSCS	ARS	SOCIAL	MEDICO-SOCIAL	SANITAIRE
PARTENARIATS	**Favoriser l'interconnaissance entre les acteurs du secteur sanitaire, social, médico-social et de droit commun.**	Favoriser l'interconnaissance entre les acteurs du secteur sanitaire, social, médico-social et de droit commun à travers la diffusion de l'annuaire des ressources, sa mise à jour et son élargissement à l'ensemble de la région, ou encore l'organisation de journées d'études communes.		Impulser au sein de chaque structure une démarche afin de connaitre les acteurs de leur territoire d'intervention en matière de maintien dans le logement des personnes présentant des troubles psychiques et de se faire connaitre auprès des derniers (à travers la formalisation et diffusion de plaquettes, par leur présence sur des réseaux sociaux professionnels et la participation à des instances de concertation à l'échelon territorial).		
	Renforcer les modalités de collaboration entre les acteurs de l'accompagnement social (SAVS, SAMSAH, bailleurs, mandataires judiciaires, etc.) et les soignants (médecin généraliste, psychiatre, psychologue, etc.) en matière de suivi des personnes présentant des troubles psychiques et de prévention de la crise.	Inscrire la thématique de l'habitat des personnes présentant des troubles psychiques dans les PDALHPD (ou autres instances de ce type) et veiller à y associer des acteurs du secteur de la santé mentale (CHS, CMP, etc.).	Inscrire la thématique de l'habitat dans les CLSM (ou autres instances de ce type) et veiller à y associer des acteurs du secteur social et du logement (SAVS, bailleurs, MJPM, etc.)	Organiser, avec la personne concernée, une réunion courte (en présentiel ou par conférence téléphonique) des différents acteurs (sociaux, médico-sociaux et sanitaires) l'accompagnant, afin de définir les modalités de collaboration entre chacun - avec une vigilance particulière quant au partage des signes susceptibles d'évoquer une dégradation de la situation de la personne et au circuit d'alerte et de coopération dans ces moments-là – et veiller à la formalisation et au partage de ces décisions. Plus précisément, la proposition de cet échange avec la personne, puis son organisation avec elle, pourra être assurée par le professionnel « fil rouge » une fois qu'il aura été choisi par la personne.		Veiller à répondre aux sollicitations des professionnels du secteur social et médico-social pour convenir d'un mode de partenariat au long cours (par mail et/ou téléphone par exemple), afin de rendre plus efficient l'accompagnement au quotidien et de prévenir d'éventuelles crises. Veiller à proposer des formations aux médecins généralistes sur les troubles psychiques.
	Prévoir un rapprochement des commissions MDPH et SIAO.	Entamer une réflexion avec les SIAO quant aux modalités de partenariats possibles avec les MDPH et aux façons d'associer les personnes concernées à ces instances.				

	Développer, autant que de besoin, les partenariats et complémentarités entre acteurs de l'accompagnement social.			Veiller à systématiquement évoquer, avec la personne accompagnée et en équipe, la possibilité et la pertinence de travailler en complémentarité avec d'autres services d'accompagnement social (SAVS, service de suite de CHRS, CCAS, SMJPM, ASS de secteur, etc.).		
	Renforcer les partenariats avec les bailleurs sociaux.			Veiller à créer et/ou renforcer le partenariat avec les bailleurs sociaux, en accord avec la personne concernée, afin de favoriser l'accès et le maintien dans le logement des personnes présentant des troubles psychiques (exemples : pour trouver un logement adapté aux besoins de la personne, appuyer le bailleur en cas de dégradation de la situation et éviter l'expulsion, etc.).		
	Renforcer les partenariats avec les familles et les proches.			Identifier, en lien avec la personne, les membres de son entourage susceptibles de l'étayer. Veiller à créer et/ou renforcer le travail avec les familles et les proches, en accord avec la personne concernée, afin de favoriser le maintien dans le logement des personnes présentant des troubles psychiques (exemples : pour maintenir des liens sociaux, être alerté en cas de dégradation de la situation, apporter une aide aux taches de la vie quotidienne lorsque la personne ne peut y prétendre pour des raisons financières, etc.). Clarifier les modalités de partage d'information avec les proches, en lien avec la personne concernée. Soutenir les aidants dans leur rôle à travers une offre de répit, des groupes de parole, du soutien psychologique, etc. et veiller à identifier les risques d'épuisement.		
	Renforcer les partenariats avec les communes / intercommunalités et les services sociaux des conseils départementaux.			Veiller à créer et/ou renforcer le partenariat avec la mairie/intercommunalité et les services sociaux du Conseil départemental en accord avec la personne concernée, afin de favoriser le maintien dans le logement des personnes présentant des troubles psychiques (exemples : pour un suivi par un assistant de service social de secteur, pour l'attribution d'aides de la part du CCAS, etc.).		

	PRECONISATIONS	DRDJSCS	ARS	SOCIAL	MEDICO-SOCIAL	SANITAIRE
STRUCTURATION DE L'OFFRE	**Renforcer, autant que de besoin, l'offre de soins accessible aux personnes présentant des troubles psychiques.**		Procéder à un recensement et à une quantification et qualification des besoins (étude de besoins) des personnes non couverts en matière de soins, par le biais d'une enquête auprès des personnes et des services qui les accompagnent. Renforcer, le cas échéant, l'offre de soins accessible aux personnes présentant des troubles psychiques sur le plan somatique et psychique (renforcement de l'offre de CMP sur les territoires, des CHS, des téléconsultations, etc.). Programmer le développement d'équipes mobiles pluridisciplinaires, de type EMPP, sur tous les territoires.	Proposer la mise en place ou le renforcement d'équipes mobiles, de type EMPP, avec une composition pluridisciplinaire, pour des interventions à domicile, identifier des difficultés, repérer des situations à risque, rétablir du lien quand la personne est en rupture de soins et permettre à la personne de se remettre dans une dynamique de demande d'aide notamment.		

	Renforcer, autant que de besoin, l'offre en structures d'hébergement collectif ou partagé.	Procéder à un recensement et à une quantification et qualification des besoins (étude de besoins) des personnes, en lien avec les MDPH (souhaits des personnes présentant des troubles psychiques en termes d'habitat dans leur projet de vie et délais d'attente auxquels elles font face). Renforcer, le cas échéant, en lien avec les autres financeurs, l'offre en institution adaptée (chez soi d'abord, maisons relais, ACT, FAM, foyer éclaté, accueil familial, etc.) et le développement de nouvelles formes d'habitat partagé/inclusif accessibles à tous les âges. Veiller à une couverture territoriale adéquate en fonction des résultats du recensement des besoins (notamment sur les zones rurales peu dotées). Adapter les modes de tarification et de contrôle en conséquence afin que les acteurs ne soient pas bloqués dans leurs projets par ces aspects juridico-administratifs.				
	Veiller à la mise en application des politiques existantes en faveur du logement.	Veiller à la mise en application des politiques existantes en faveur du logement (atteinte des objectifs fixés en matière de construction de logements sociaux sur tout le territoire, de créations de places dans le cadre du dispositif un chez soi d'abord, y compris en zone rurale). Veiller à renouveler et entretenir le parc de logements sociaux afin de ne pas proposer de logements vétustes. Déployer une offre de logement sociaux permettant de donner le choix à la personne (y compris dans quartiers calmes et résidentiels).		Veiller à la mise en application des politiques existantes en faveur du logement (atteinte des objectifs fixés en matière de construction de logements sociaux sur tout le territoire, de créations de places dans le cadre du dispositif un chez soi d'abord, y compris en zone rurale). Veiller à renouveler et entretenir le parc de logements sociaux afin de ne pas proposer de logements vétustes. Déployer une offre de logement sociaux permettant de donner le choix à la personne (y compris dans quartiers calmes et résidentiels).		

BIBLIOGRAPHIE

AGAPSY. Guide des pratiques partagées d'accompagnement vers et dans le logement des personnes souffrant de troubles psychiques. Septembre 2019, 79 p plus annexes.

ARS BOURGOGNE-FRANCHE-COMTE. Programme régional d'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies 2018-2022.
ARS BOURGOGNE-FRANCHE-COMTE. Programme régionale de santé (PRS2) 2018-2022.

BERGER, Martine, ROUGE, Lionel. Etre logé, se loger, habiter. Regards de jeunes chercheurs, Paris : L'Harmattan, 2012. 324 p.

BONNEVAL, Loïc, COLIN, Valérie, PICHON, Adrien, FURTOS, Jean (dir.) Aspects psychosociologiques et éthiques de l'accompagnement au logement des personnes ayant un long parcours d'errance. De la nécessité d'habiter la relation d'accompagnement, ONSMP-ORSPERE, février 2012, 221p.

BOUILLON, Florence, GIRARD Vincent, MUSSO, Sandrine. Dossier N°7 : Du droit au logement aux expériences de l'habiter. Ce que la folie nous enseigne. Bulletin Amades, 2007, n°69, pp1-8.

BOSSU, Marielle, PAYASTRE, Pauline. La couverture des besoins en santé des personnes en situation de précarité par les lits halte soins santé en Bourgogne-Franche-Comté, février 2019, 98 p.

BOURGET, Solène. Toit, moi et les autres : comment accompagner les personnes handicapées psychiques à habiter leur logement ?, Paris : Dunot, 2015, 81 p.

CAOUETTE, Martin, LUSSIER-DESROCHERS, Daniel, PLICHON, Romain. Autodétermination et création du « chez soi » : un nouvel enjeu pour les technologies de soutien aux personnes en situation de handicap. Terminal (en ligne), 2016, n°116, mis en ligne le 25 décembre 2014, consulté le 20 mars 2020.

CHARLOT, Jean-Luc. Le pari de l'habitat : vers une société plus inclusive avec et pour les personnes en situation de handicap ?, Paris : L'Harmattan, 2016, 142 p.

CASSAIGNE, Bertrand. Habiter. Revue projet, 2006, n°5, pp. 67-71.

CONSEIL DEPARTEMENTAL DE LA NIEVRE. Guide des mesures d'accompagnement « accès et maintien dans le logement » - PDALHPD 2015 -2021.

EYRAUD, Benoît, VIDAL-NAQUET, Pierre. La vulnérabilité saisie par le droit. Revue Justice et Actualités, 2013, n°7, pp. 3-10.

FONDATION ABBE PIERRE POUR LE LOGEMENT DES DEFAVORISES, L'état du mal-logement en France. 21ème rapport annuel, 2016, 388 p.

HAS. Programme psychiatrie et santé mentale 2018-2023.

JAEGER, Marcel. L'inclusion : un changement de finalité pour le travail social ?. Vie sociale, 2015, (3), pp. 43-54.

LAFORCADE, Michel. Rapport relatif à la santé mentale. Octobre 2016, 190 p.

LAVAL, Christian (dir.). Housing First. Au-delà du sans-abrisme et de la psychiatrie. Vie sociale, 2019, n°23-24, 255 p.

MATERA, Giovanni. Un service psychiatrique français orienté vers le rétablissement par le logement. Santé Publique, 2019, Vol. 31, pp.527 -534

ONSMP-ORSPERE. Le voisinage et ses troubles. Bulletin national santé mentale et précarité Rhizome, décembre 2007, n°29, 68 p.

ONSMP-ORSPERE. Actualités et sens de l'accompagnement au logement. Bulletin national santé mentale et précarité Rhizome, janvier 2014, n°51, 76 p.

ONSMP-ORSPERE. Habiter, co-habiter. Les cahiers de Rhizome, avril 2019, n°71, 119 p.

SIGLES UTILISES AU COURS DE L'ÉTUDE

AAH	Allocation Adulte Handicapé
APL	Aide Personnalisée au Logement
ARS	Agence Régionale de Santé
ASS	Assistant du Service Social
AVDL	Accompagnement Vers et Dans le Logement
BFC	Bourgogne-Franche-Comté
CADA	Centre d'Accueil pour Demandeurs d'Asile
CATTP	Centre d'Activité Thérapeutique à Temps Partiel
CCAS	Centre Communal d'Action Sociale
CHS	Centre Hospitalier Spécialisé
CHRS	Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale
CMP	Centre Médico Psychologique
CNSA	Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie
CREAI	Centre Régional d'Etudes, d'actions et d'Informations en faveur des personnes en situation de vulnérabilité
CRPA	Conseil Régional des Personnes Accueillies
CSAPA	Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie
CHRS	Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale
DGCS	Direction Générale de la Cohésion Sociale
DRDJSCS	Direction Régionale et Départementale Jeunesse, Sport et Cohésion Sociale
EMPP	Equipe Mobile Psychiatrie Précarité
ES	Educateur Spécialisé
ESAT	Etablissement et Service d'Aide par le Travail
EHPAD	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
FAS	Fédération des Acteurs de la Solidarité
GEM	Groupe d'Entraide Mutuelle
HAS	Haute autorité de santé
HLM	Habitations à loyer modéré
IDE	Infirmier Diplômé d'Etat
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PCH	Prestation de Compensation du Handicap
PRAPS	Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins
PRS	Projet Régional de Santé
SAAD	Service d'Aide et d'Accompagnement à Domicile
SAMSAH	Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés
SAVS	Service d'Aide à la Vie Sociale
SPASAD	Service Polyvalent d'Aide et de Soins à Domicile
SSIAD	Service de Soins Infirmiers à Domicile

ANNEXES

ANNEXE 1 : CALENDRIER DE L'ACTION

Volet	Action	Période ou date de réalisation
Volet 1	**État des lieux des ressources sociales, médico-sociales et sanitaires présentes sur les territoires, et de leur articulation**	
	- Recensement et identification des ressources présentes sur les territoires retenus	Février 2019
	- Conception d'un questionnaire à destination des structures identifiées pour connaitre leur rôle et missions, et relances	Mars 2019
	- COPIL pour validation du questionnaire et de la liste des destinataires et envoi du questionnaire	Mars 2019
	- Analyse des questionnaires et cartographie commentée	Avril – mai 2019

Volet 2	**Recueil d'éléments qualitatifs sur le parcours des personnes, notamment pour identifier les points de ruptures et les leviers, qui ont permis ou non, leur maintien en logement ordinaire.**	
	- Recherche et sélection des 12 situations (en lien avec les acteurs sanitaires et SMS des territoires)	Février – mars 2019
	- Conception des guides d'entretien à destination des personnes et des professionnels	Mars 2019
	- COPIL pour validation de la trame de questionnement des entretiens	Mars 2019
	- 6 Entretiens individuels semi-directifs de personnes ayant pu conserver leur logement ordinaire (3 pour le 21, 3 pour le 39)	Avril à juillet 2019
	- 6 Entretiens individuels semi directifs de personnes n'ayant pas pu conserver leur logement (3 pour le 21, 3 pour le 39)	Mai à juillet 2019
	– 24 entretiens individuels semi-directifs (2 en moyenne) : avec 1 à 3 professionnels accompagnant significatifs par personne	Mai à juillet 2019
	– Retranscription, analyse et synthèse des 36 entretiens : rédaction du rapport	Septembre à novembre 2019

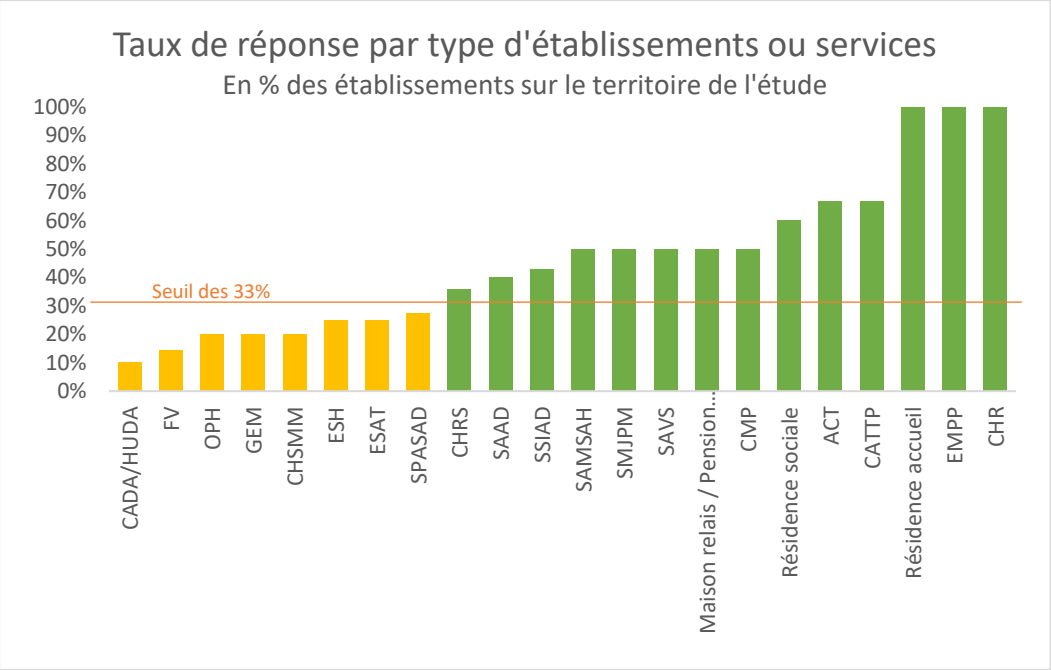
Volet 3	**Recueil qualitatif auprès de l'ensemble des acteurs du territoire pour établir des constats et des pistes d'amélioration concernant le maintien en logement ordinaire, des personnes avec troubles psychiques, en situation de précarité** – Préparation d'un diaporama sur les constats à présenter et questions à soulever issues des deux premiers volets – COPIL : synthèse des volets 1 et 2 et préparation du volet 3 – Organisation et animation d'une rencontre collective d'une journée par territoire	Décembre 2019

Volet	Action	Période ou date de réalisation
Restitution finale	– Finalisation du rapport (intégration du volet 3) – Préparation de la restitution – Restitution finale – Transmission du rapport final	Janvier à février 2020 Mars 2020[40]

[40] L'étude a été rendue au mois d'Avril 2020 en raison des événements en lien avec la crise sanitaire du COVID-19

ANNEXE 2 : PRESENTATION DES RÉPONDANTS AU QUESTIONNAIRE

Dans le cadre de cette étude, nous avons adressé un questionnaire en ligne aux structures sociales, médico-sociales et sanitaires (212[41]) des deux zones géographiques concernées en Côte d'Or et dans le Jura. Le taux de retour, malgré des relances lors de diverses réunions, par mails (4 fois) et par téléphone, a été minime[42] (32 %, soit 67 réponses).



Graphique 7 : *Taux de réponse par type d'établissements ou services*

Note de lecture : sur la totalité des CADA-HUDA présents sur les deux zones géographiques de l'étude, 10 % d'entre eux ont répondu au questionnaire.

En totalité, nous avons donc eu comme répondants : 1 CADA-HUDA, 2 FH, 1 OPH, 1 GEM, 1 CHSMM, 2 ESH, 3 ESAT, 3 SPASAD, 5 CHRS, 2 SAAD, 3 SSIAD, 2 SAMSAH, 2 SMJPM, 4 SAVS, 4 maisons relais - pensions de famille, 6 CMP,3 résidences sociales, 2 ACT, 2 CATTP, 1 résidence accueil, 2 EMPP, 1 CHR et 14 dans la catégorie « autres ».

D'une manière générale, le secteur social, dont les acteurs sont plus nombreux, représente 46 % des répondants, contre 27 % pour chacun des 2 autres : sanitaire et médico-social.

Ce graphique met en évidence le fait que certaines structures se sont davantage mobilisées[43], que d'autres :

- Sur le volet sanitaire : les deux EMPP ont répondu, le CHR, ainsi que plus de la moitié des CATTP, ACT et CMP présents sur le territoire, permettant ainsi une certaine représentativité de ces acteurs. Manquent essentiellement les réponses des CHSMM, ce qui peut sans doute s'expliquer en partie par les tensions qu'ils vivaient au moment de l'enquête en matière de ressources humaines notamment (grève des personnels) mais également par la taille importante des structures avec un nombres conséquent d'entités qui leur sont rattachées administrativement et de leur dispersion géographique.

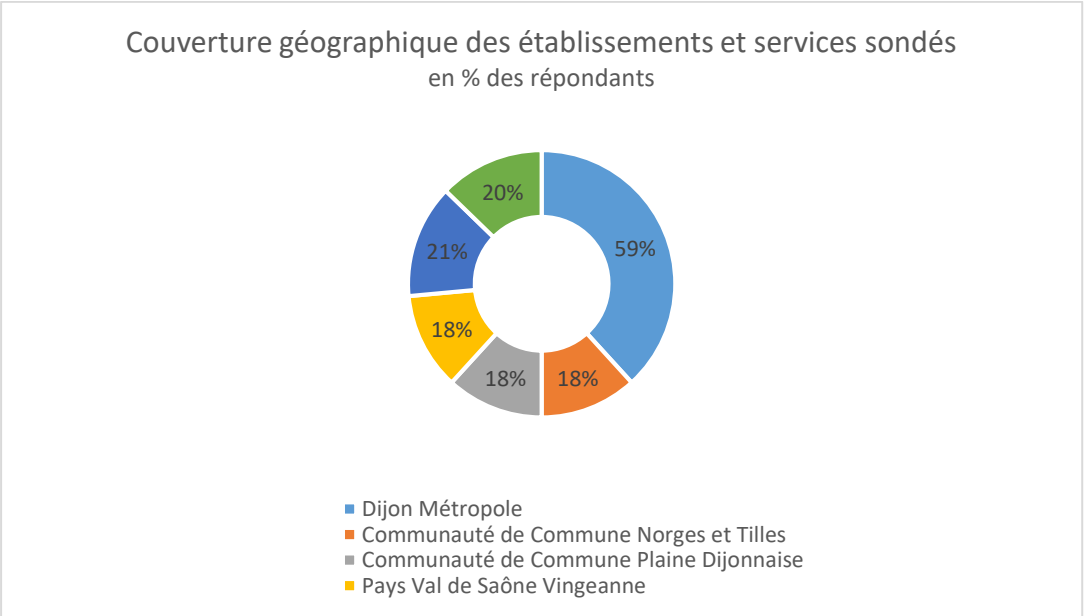
[41] Nous avions identifié 218 structures mais pour 6 d'entre elles nous n'avons pu obtenir les coordonnées mail
[42] Nous avons calculé le seuil de significativité à 67 répondants pour une population homogène
[43] Cette donnée est à relativiser au regard du nombre de structures existantes pour chaque catégories (exemple : CHR 1 et EMPP 2)

- Sur le volet médico-social : la moitié des SAVS et SAMSAH ont répondu, reflétant leur présence forte sur ces questions. En revanche, les foyers d'hébergement, GEM et ESAT ne se sont que peu mobilisés, ce qui peut trouver son explication dans le fait que ces structures se disent peu concernées par la question du maintien dans le logement des personnes présentant des troubles psychiques.

- Sur le volet social : la moitié des maisons relais et pensions de famille ont répondu au questionnaire et près de 40 % des CHRS. Il est plus surprenant que les bailleurs sociaux (OPH et ESH) et les services d'aide à domicile (SPASAD), qui se disent souvent seuls face à ces questions, aient si peu répondu au questionnaire.

Au final, nous n'atteignons pas totalement le seuil de significativité, que nous avions estimé à 67 répondants pour une population homogène. Pour autant, la diversité des répondants permet de refléter la multitude d'actions menées sur la question du maintien dans le logement ordinaire des personnes présentant des troubles psychiques. La complémentarité avec les données issues des entretiens et des réunions territoriales est également fondamentale pour obtenir une vision d'ensemble.

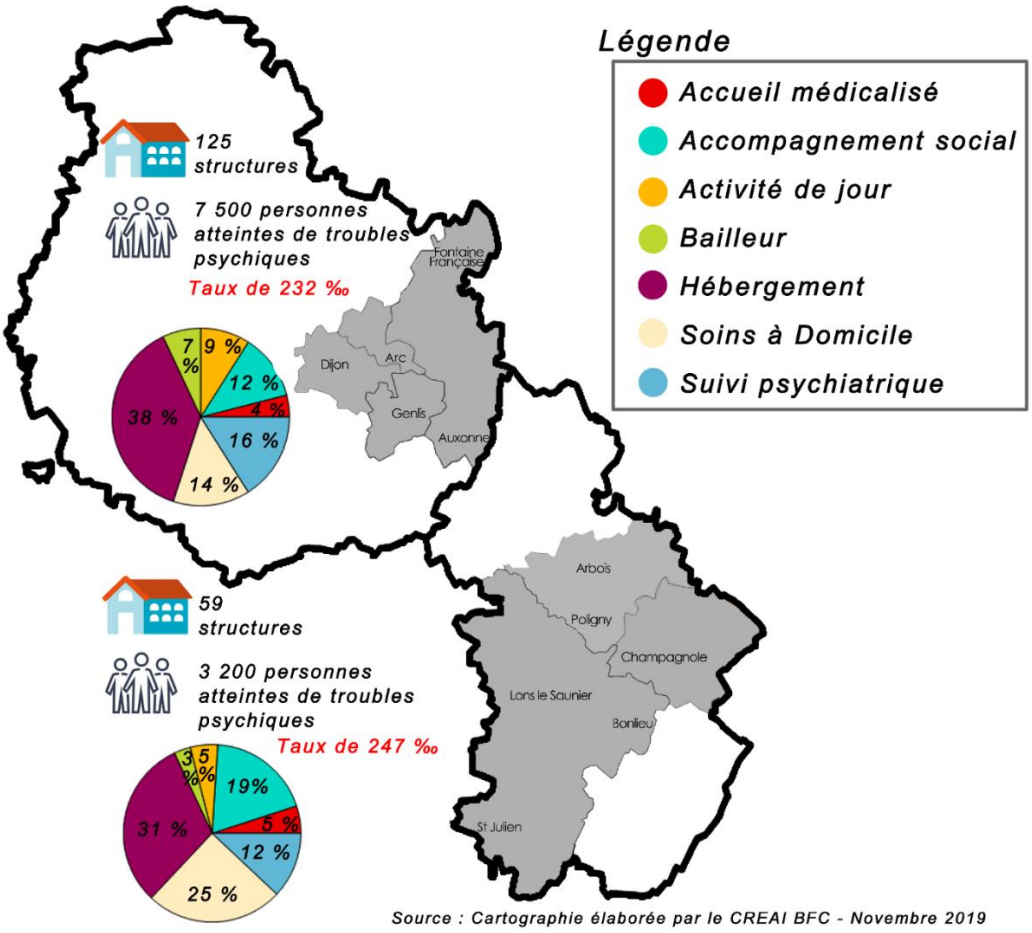
Les schémas ci-dessous précisent ces données pour chacune des deux zones géographiques concernées. Le second permet de constater une proximité du taux de prévalence de personnes présentant des troubles psychiques, mais aussi de l'offre sur les deux territoires (1 structure pour 60 personnes présentant des troubles psychiques en Côte d'Or, contre 1 pour 54 dans le Jura[44]).



Graphique 8 : *Couverture géographique des établissements et services sondés*

Note de lecture : 59 % des répondants au questionnaire intervient sur Dijon Métropole

[44] Cette donnée est à utiliser avec précaution car elle rassemble ici indistinctement des structures sanitaires, sociales et médico-sociales sans indications sur les capacités d'accueil et d'accompagnement respectives

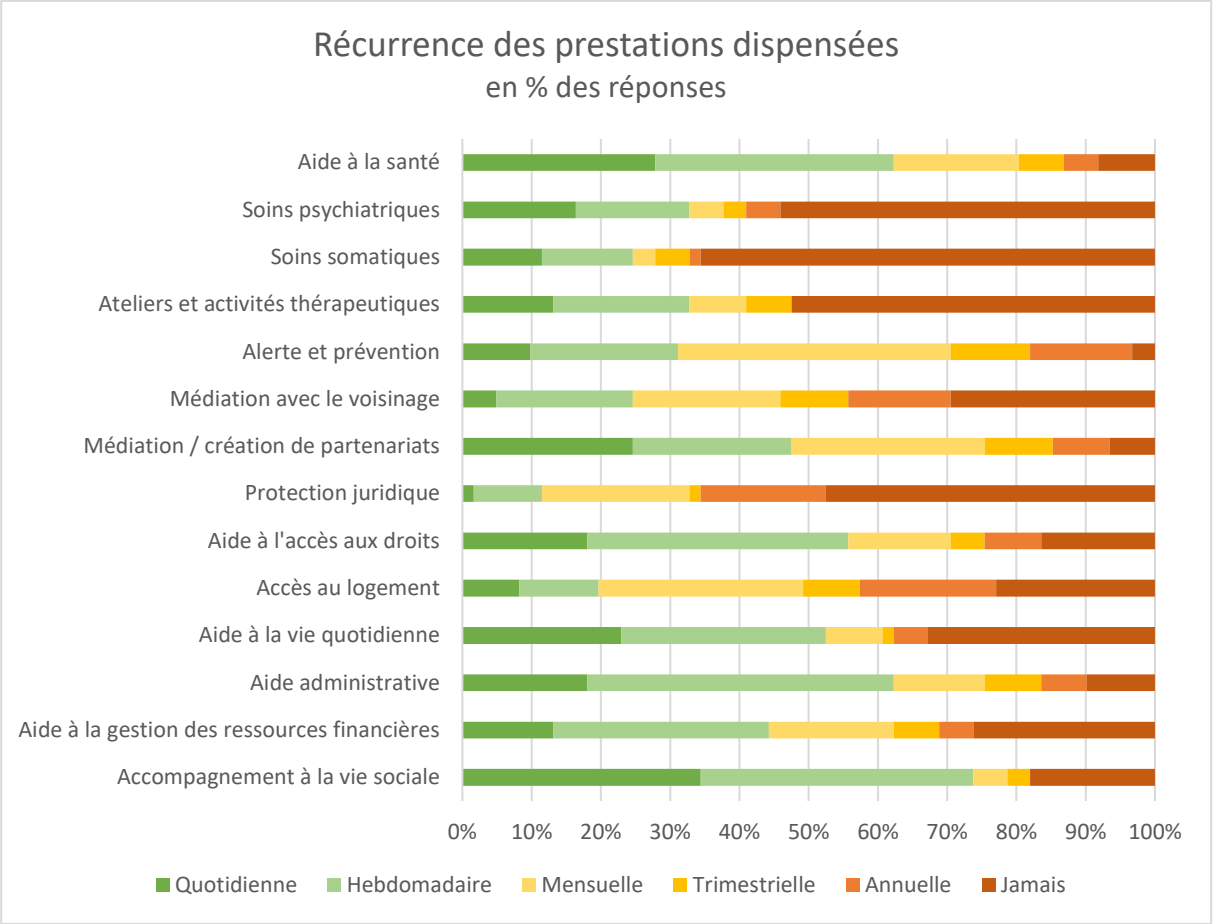


Carte 2 : *Répartition des ressources sanitaires, sociales et médico-sociales œuvrant pour le maintien dans le logement des adultes avec troubles psychiques*

Au-delà des zones géographiques, il est important de préciser les modes d'intervention des répondants au sujet du maintien dans le logement ordinaire des personnes présentant des troubles psychiques. Pour la plus grande partie des répondants (42 %) cet accompagnement est réalisé au domicile de la personne, mais ils sont tout autant à le réaliser dans leurs propres locaux (22 %) ou par courriel et téléphone (20 %).

Au regard de la diversité des modalités et fréquences des actions menées par les répondants pour contribuer au maintien dans le logement ordinaire des personnes présentant des troubles psychiques et des besoins formulés par les acteurs en faveur d'une meilleure interconnaissance ; nous avons proposé d'analyser ces données à part. Il s'agit d'un annuaire des ressources pour les 2 zones géographiques de l'étude intégrant, pour chaque type de structure :

- une description synthétique des missions, conditions d'admission et modalités de financement
- le graphique présentant la récurrence des prestations dispensées par les répondants
- les coordonnées postales et mail



Graphique 9 : *Récurrence des prestations dispensées*

Note de lecture : près de 35 % des répondants au questionnaire intervient de manière quotidienne auprès des personnes présentant des troubles psychiques en matière d'accompagnement à la vie sociale

Les données issues de ce graphique mettent clairement en évidence le fait que le secteur social s'est plus fortement mobilisé pour répondre, comme évoqué plus haut. En effet, l'accompagnement à la vie sociale, sur les aides administratives et à la santé, l'accès aux droits et la vie quotidienne sont clairement investis de manière intense par les répondants (quotidiennement ou de façon hebdomadaire).

En revanche, plus rares sont les répondants intervenant régulièrement dans le domaine du soins (somatique et psychique), des ateliers et activités thérapeutiques et de la protection juridique des personnes présentant des troubles psychiques vivant à leur domicile, correspondant pleinement à la composition des répondants décrite plus haut.

ANNEXE 3 : PROFIL DES PERSONNES ACCOMPAGNÉES DANS LES ENTRETIENS ET FONCTION DES PROFESSIONNELS CHOISIS

	Personnes ne vivant pas en logement ordinaire depuis au moins 2 ans			
	Situation	**Personne concernée**	**Profil**	**Professionnel(s) rencontré(s)**
21	1	Alice	Femme, Dijon, 40 ans, sans emploi, séparée, en logement ordinaire pendant 10 ans, commission d'expulsion, logement d'observation avec bail associatif pendant 3 ans, en logement ordinaire depuis 1 an, sous mesure de tutelle, accompagnement par un service d'intervention sociale, suivi CMP	Assistant de service social d'un service d'intervention sociale
	2	Alexandre	Homme, Chevigny Saint Sauveur, 47 ans, sans emploi, célibataire, a vécu en logement ordinaire pendant quelques mois, actuellement en foyer d'hébergement depuis 3 ans et 6 mois, suivi psychiatre en ambulatoire CHS	Éducateur spécialisé d'un foyer d'hébergement
	3	Jean	Homme, 45 ans, sans emploi, divorcé, accompagnement CHRS, a vécu en logement ordinaire seul pendant 2 ans, actuellement en pension de famille, sous mesure de curatelle, suivi CHS	Éducateur spécialisé d'un service de suite du CHRS
39	4	Louise	Femme, Salins les Bains, 46 ans, ouvrière ESAT, en cours de séparation, a vécu en logement social maritalement pendant 4 ans avec un accompagnement SAVS, de retour en foyer d'hébergement depuis quelques mois, sous mesure de curatelle renforcée, suivi par le psychiatre et la psychologue de l'ESAT	Éducateur spécialisé d'un foyer d'hébergement/SAVS
	5	Philippe	Homme, Salins les Bains, 58 ans, ouvrier ESAT, célibataire, a vécu en logement social seul pendant 2 ans, puis en colocation pendant 1 an, actuellement en foyer d'hébergement depuis plus de 10 ans, sous mesure de curatelle renforcée, suivi psychiatre et psychologue de l'ESAT	Éducateur spécialisé d'un foyer d'hébergement/SAVS
	6	Walter	Homme, Champagnole, 56 ans, sans emploi, divorcé, a vécu en logement ordinaire pendant 22 ans, actuellement accueilli en CHRS après une période sans domicile, suivi psychiatre en libéral	Assistant de service social d'un CHRS

	Personnes vivant en logement ordinaire depuis au moins 2 ans			
	Situation	**Personne concernée**	**Profil**	**Professionnel(s) rencontré(s)**
21	7	Isabelle	Femme, Chenôve, 53 ans, sans emploi, accompagnement CHRS, locataire d'un logement social depuis environ 10 ans suite à un bail glissant avec mesure AVDL, sous mesure de curatelle renforcée, suivi CMP	Éducateur spécialisé d'un CHRS Mandataire judiciaire d'un service mandataire judiciaire à la protection des majeurs
	8	Christine	Femme, Dijon, 65 ans, retraitée, divorcée, locataire de différents logements occupés maritalement puis seule, actuellement propriétaire d'un logement depuis moins d'un an, sous mesure de curatelle renforcée, accompagnement SAMSAH, suivi psychiatre en libéral	Éducateur spécialisé d'un SAMSAH Psychiatre libéral
	9	Mélodie	Femme, Dijon, 53 ans, auteure, divorcée, sans domicile pendant 3 ans, locataire d'un logement social depuis plus de 20 ans, une procédure d'expulsion avortée, sous mesure de curatelle, accompagnement par un service d'intervention sociale, suivi CHS, CATTP	Assistant de service social d'un service d'intervention sociale
39	10	Paul	Homme, Salin les bains, 35 ans, ouvrier ESAT, en couple, a vécu dans 4 logements ordinaires pendant quelques mois, puis foyer d'hébergement, puis logement ordinaire en couple, actuellement en logement ordinaire seul depuis presque 1 an, pas de mesure de protection, accompagnement SAVS, suivi par le psychiatre ESAT	Éducateur spécialisé d'un foyer d'hébergement/SAVS
	11	Antoine	Homme, Lons le Saunier, 45 ans, sans emploi, célibataire, en logement social depuis plus de 15 ans, sous mesure de curatelle renforcée, accompagnement SAMSAH, suivi psychiatre ambulatoire	IDE d'un SAMSAH
	12	Nadia	Femme, Lons le Saunier, 57 ans, sans emploi, célibataire, en logement ordinaire depuis 11 ans, sous mesure de curatelle renforcée, accompagnement par un service de protection judiciaire des majeurs, suivi par un psychologue libéral et un CMP	Chef de service d'un service de protection judiciaire des majeurs

ANNEXE 4 : EXEMPLE D'UNE ANALYSE CHRONOBIOGRAPHIQUE À PARTIR D'UNE SITUATION

1	2	3	4	5	6	7	8	9
Domicile parental (Jusqu'à 18 ans)	**Caserne Armée de terre** (18-23 ans)	**Domicile parental** (23-25 ans)	**Chambre habitant** (25 – 29 ans)	**Logement ordinaire** (29 – 35 ans)	**Domicile parental** (35 – 39 ans)	**CHRS Collectif** (39 – 40 ans)	**Logement ordinaire** (40 – 42 ans)	**Pension de famille** (42 – 45 ans)
Etudiant	Soldat	Sans activité	Travail verrerie Puis étudiant ingénieur	Ingénieur Airbus Présence alcool couple	Sans activité Invalidité Hospitalisation + Cure + Post-cure	Sans activité Invalidité Suivi CHRS Cures Suivi CHS	Sans activité Invalidité Suivi service de suite (1 VAD/15j, puis quotidiennement) Suivi CHS Alcool Squat - solitude Dettes - racket Tentative CATTP + EPI : n'y va pas RDV CSAPA : idem IDE CMP : idem IDEL : pas présent Allers-retours logement/hospits. Mise sous protection pour dettes (ASS CHS)	Suivi équipe pension de famille Curatelle renforcée – mandataire privée
Engagement armée Fin études	Fin engagement	Appui de son père travail	Mise en couple Mariage + 2 enfants	Divorce	Parents vieillissants	**Désir de vivre seul** **Soutien famille**	Mise en danger Proposition CDS	