

Les hébergements des patients psychiatriques. Réflexion à partir des expériences en Ile-de-France

Le plan psychiatrie et santé mentale 2005-2008 consacre un chapitre entier à la problématique « logement » des personnes souffrant de troubles psychiques. De même, le onzième rapport du Haut Comité pour le logement des personnes défavorisées de décembre 2005 développe, dans sa deuxième partie, le thème du logement des personnes atteintes de troubles psychiques.

Il faut distinguer les termes logement et hébergement, le logement impliquant le droit commun alors que l'hébergement fait plus référence à une situation précaire.

Plusieurs constats ont déjà été faits :

- La question de l'hébergement posée de façon aiguë lors de la sortie d'hospitalisation, beaucoup de personnes demeurant hospitalisées faute de solution adaptée.
- Le manque d'information des acteurs sanitaires sur les options disponibles en matière de logement-hébergement.
- La présence réelle d'usagers souffrant de troubles psychiques au sein des institutions sociales, vécue comme une source de dysfonctionnement et entraînant une réticence à l'admission de personnes sortant d'hôpital psychiatrique.
- La stigmatisation particulière qui distingue cette partie du public auprès des acteurs du logement.
- L'absence d'une coordination systématisée et donc d'une continuité du travail effectué au niveau de l'usager.
- La demande de solutions d'hébergement diversifiées et de partenariats plus

structurés, correspondant à la variété des publics souffrant de troubles psychiques. La nature même du trouble psychique dont l'échelle de gravité peut varier entre la perte totale d'autonomie à l'autonomie complète et l'évolution positive des traitements qui permettent davantage de soins en ambulatoire et la diminution des lits d'hospitalisation posent la question de cette articulation entre les structures sanitaires, médico-sociales et sociales existantes. Leurs financements, dépendant d'enveloppes financières différentes, et la multiplicité de leurs promoteurs (hôpital, associations...) ne font qu'aggraver le manque de visibilité des possibilités offertes.

L'existence d'un public « frontière » mal défini mais sans doute le plus grand nombre, qui ne dépend totalement ni du sanitaire, ni du social apparaît encore aujourd'hui insuffisamment prise en compte.

Une première partie de notre réflexion sera consacrée à la typologie des structures, puis nous évoquerons les problématiques rencontrées et, enfin, les pistes pour permettre une articulation efficace.

S O M M A I R E

P2

1. Description des modalités d'hébergement et d'accompagnement.

P6

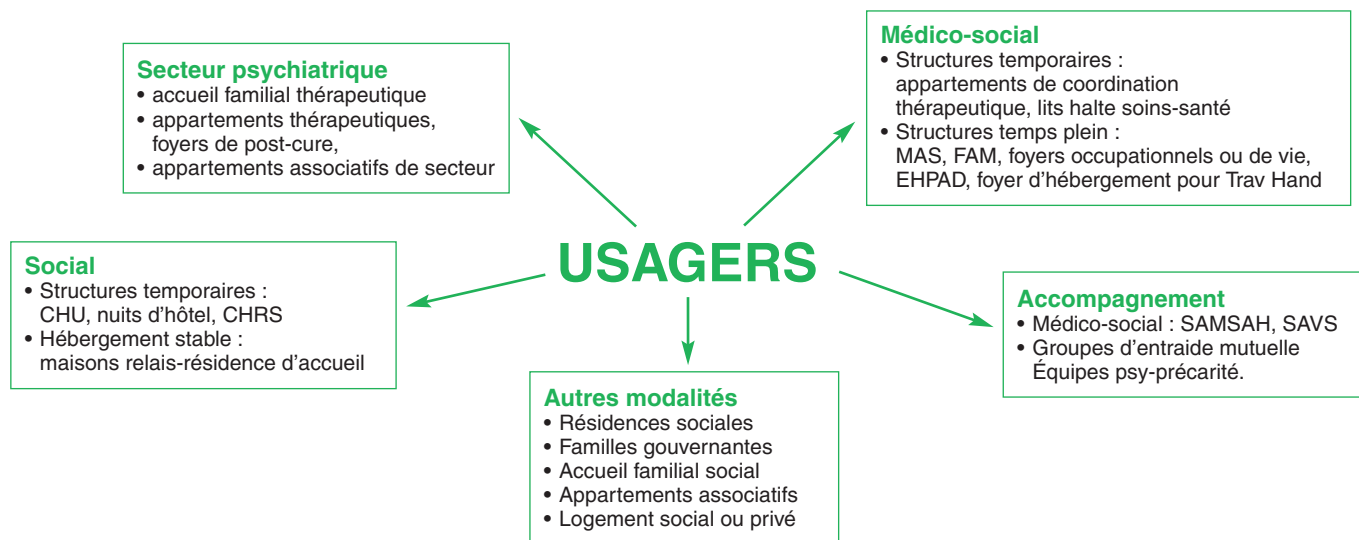
2. Les obstacles rencontrés.

P7

3. Coopération entre les différents champs d'intervention.

1. Les structures existantes.

(Multiples, elles doivent être constamment adaptées à l'état du malade)



1-1. Selon leurs financements

Sanitaire

Ces structures font partie des secteurs de psychiatrie. Elles sont financées sur des crédits Assurance maladie gérés par les ARH en relation avec les préconisations du SROS 3 : accueil familial thérapeutique, appartements thérapeutiques, foyers de post-cure.

Il faut y ajouter les appartements associatifs des secteurs de psychiatrie, non financés cependant par ces crédits.

Les concernant, il leur est maintenant opposé la nécessité d'une véritable autonomie institutionnelle afin d'éviter le risque de la gestion de fait. Il leur est demandé de présenter un conseil d'administration dont ni le président ni la majorité des membres ne sont issus de l'équipe médicale. Certains hôpitaux ont choisi de gérer eux-mêmes ces appartements (location) ou de les confier à une association autonome en lien étroit avec le secteur. De même, le choix est parfois fait de transformer des appartements thérapeutiques sanitaires en appartements associatifs qui ont la même fonction que les précédents du fait de la liaison avec les services de psychiatrie.

Structure	Texte officiel	Type d'hébergement	Objectifs de la structure	Population accueillie	Personnels
Accueil familial thérapeutique	Secteur psychiatrique Loi n°89-475 du 10 juillet 1989 Arrêté du 1 ^{er} octobre 1990 Note d'orientation DH/JB n°91-72 du 27 décembre 1991	L'hôpital est employeur de la famille. Placements intermittents temporaires ou permanents.		Personnes souffrant de troubles mentaux susceptibles de tirer bénéfice d'une prise en charge dans un milieu familial substitutif stable (restauration des capacités relationnelles et d'autonomie).	
Appartements thérapeutiques	Secteur psychiatrique	Temporaire	Favoriser la réadaptation du malade et faciliter sa réinsertion : il peut être un palier avant la sortie du malade ou une transition vers une structure médico-sociale ou sociale.		Équipes de soins psychiatriques.
Foyer de post-cure	Secteur psychiatrique	Unités de moyen séjour destinés à assurer après la phase aiguë de la maladie, le prolongement des soins actifs.	Réinsertion sociale et retour à l'autonomie.		Équipe soignante du secteur.
Appartements associatifs du secteur psychiatrique		Mode d'hébergement thérapeutique ; le plus souvent : appartement ordinaire avec plusieurs chambres individuelles ; mode de semi-communauté.	Autonomisation des patients (achats, cuisine, propreté...).	États psychotiques chroniques stabilisés. Pas de troubles du comportement trop bruyants.	Équipe soignante du secteur : référents stables et référents occasionnels.

Médico-social

Les financements peuvent dépendre de l'Assurance maladie (lits halte soins santé, appartements de coordination thérapeutique, MAS), du Conseil général (Foyer de vie) ou les deux associés (FAM, EHPAD), dispositif dit à double tarification.

- Structures temporaires : lits halte soins santé, appartements de coordination thérapeutique.
- Structures définitives : Maison d'accueil spécialisée (MAS), Foyer d'accueil médicalisé (FAM), foyers occupationnels ou de vie, foyer d'hébergement pour travailleurs handicapés, établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD).

Les dossiers des promoteurs doivent être soumis, pour avis, à la Commission régionale de l'organisation sociale et médico-sociale (CROSMS), section médico-sociale. Les financements correspondant ne sont attribués qu'en fonction de l'enveloppe déléguée aux régions.

Structure	Texte officiel	Type d'héberg'	Objectifs de la structure	Population accueillie	Personnels
Lits halte soins santé	Circulaire DGS/SD1A/2006/47 du 7 février 2006. Cahier des charges en annexe.	Temporaire < 2 mois	Structure < 30 lits soins médicaux et para-médicaux, suivi thérapeutique, accompagnement social, prestations d'animation et d'éducation sanitaire non dédiée à une pathologie donnée.	Personnes sans domicile dont la pathologie ou l'état général somatique et/ou psychique ne nécessite pas une prise en charge hospitalière ou médico-sociale spécialisée (personnes handicapées, personnes âgées).	Équipe pluridisciplinaire dont obligatoirement au moins un médecin et une infirmière, personne salariée ou intervenants extérieurs sanitaires et sociaux mis à disposition ou de professionnels libéraux rémunérés par la structure.
Appartements de coordination thérapeutique	Décret n°2002-1227 du 3 octobre 2002. Circulaire DGS/DGAS/DSS/2002/551 du 30 octobre 2002.	Temporaire	Coordination des soins, aide à l'observance thérapeutique, ouverture des droits sociaux, soutien psychologique, aide à l'insertion sociale.	Missions élargies aux personnes en situation de fragilité psychologique et sociale nécessitant des soins et un suivi médical.	Équipe pluridisciplinaire dont un médecin comme coordonnateur médical.
Foyer de vie (orientation : maison départementale des handicapés, MDPH).	Décrets n°77-1547 et 1548 du 31 déc. 1977. Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002. Guide méthodologique de création de structures sociales ou médico-sociales par un établissement de santé, mai 2000.	Définitif	Activités de détente et de développement personnel.	Personnes qui ne sont pas en mesure de travailler et ne disposent pas d'une autonomie suffisante pour accomplir les actes de la vie quotidienne, ne nécessitant pas de surveillance ni de soins constants.	
Foyers d'accueil médicalisés (FAM) (orientation MDPH)	Circulaire n°86-6 du 14 février 1986. Circulaires d'extension du programme. Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002. Guide méthodologique de création de structures sociales ou médico-sociales par un établissement de santé, mai 2000 (MNASM).	Définitif		Personnes nécessitant une surveillance médicale et des soins constants, ont besoin de l'assistance au moins partielle d'une tierce personne pour la plupart des actes essentiels de la vie.	
Maisons d'accueil spécialisées (MAS) (orientation MDPH)	Décret n°78-1211 du 26 décembre 1978. Circulaire n°62/AS du 28 décembre 1978. Instruction n°403 du 28 décembre 1990. Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002. Guide méthodologique de création de structures sociales ou médico-sociales par un établissement de santé, mai 2000 (MNASM).	Définitif	Hébergement, soins médicaux et paramédicaux, aide à la vie courante et soins d'entretien, activités sociales.	Personnes présentant des troubles psychiques déficitaires dont les troubles comportementaux sont stabilisés mais ayant soit une perte d'autonomie pour les gestes de la vie quotidienne soit nécessitant une surveillance médicale et des soins constants.	
Foyer d'hébergement pour travailleurs handicapés (orientation : MDPH)	Loi n°86-17 du 6 janvier 1986. Décrets n°77-1547 et 1548 du 31 décembre 1977. Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002.	Accueillent en fin de journée ou en fin de semaine, les travailleurs handicapés.		Personnes travaillant dans un ESAT, en général plus autonomes que celles hébergées en foyers de vie.	

Social

● Structures temporaires : Centre d'hébergement d'urgence (CHU), nuits d'hôtel, Centre d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS) (financement DGAS par la dotation globale de financement gérée par les DRASS).

● Hébergement stable : maisons relais-résidences accueil (subvention gérée par les DRASS et Direction de l'Équipement).

Les dossiers des promoteurs doivent être soumis, pour avis, à la Commission régionale de l'organisation sociale et médico-sociale (CROSMS), section sociale.

Structure	Texte officiel	Type d'hébergement	Objectifs de la structure	Population accueillie	Personnels
Centre d'hébergement d'urgence et nuitées d'hôtel	Charte de qualité DAES sept. 2005 pour l'hébergement en hôtel.	Temporaire de 18 h à 8 h du matin minimum Hébergement gratuit.	Voir dossier site du ministère : accueil, hébergement, insertion : référentiel national mars 2005 et rapport Fleurieu août 2006 accueil et écoute ; orientation vers un dispositif d'accompagnement social.	Sans abri, adultes ayant perdu leurs repères.	
CHRS (Centre d'hébergement et de réinsertion sociale)	Code de l'action sociale et de la famille : Article L 313-1 à 313-8 Article L345-1 à 345-7 Décret 2003-1135 du 26 novembre 2003 Loi 2002-2 du 2.01.02.	Orientation par un dispositif de veille sociale temporaire < 6 mois.	Voir dossier site du ministère : accueil, hébergement, insertion : référentiel national mars 2005 et rapport Fleurieu août 2006 aider les personnes à l'accès et au recouvrement de leur autonomie personnelle et sociale.	Personnes et familles qui connaissent de graves difficultés, notamment économiques, familiales, de logement, de santé ou d'insertion.	Qualification des travailleurs et des équipes pluridisciplinaires sont mentionnées dans la convention avec l'État.
Maisons relais ; résidences accueil	Circulaire DGAS/SDA/2002/595 du 10 décembre 2002 Circulaire 2006-13 UHC/IUH2 du 1 ^{er} mars 2006. Note d'information et cahier des charges DGAS/PIA/PHAN 2006/523 du 16 nov. 2006 Cahier des charges en annexe.	Structure de taille réduite avec plusieurs modules regroupant des appartements autour d'un espace commun. Articulation autour de trois volets : - logement assorti de la présence d'un hôte ; - accompagnement à la vie sociale (SAVS, SAMSAH) ; - service de santé dont les services de psychiatrie.		Voir cahier des charges : personnes fragilisées ou handicapées par des troubles psychiques dont l'état leur permet de bénéficier des règles de la vie semi-collective.	
Hébergement de stabilisation	En expérimentation à Maison Blanche et Parray-Vaucluse (Ile-de-France).	Évaluation et cahier des charges élaborés par la DRASSIF.		Personnes isolées ou en couple très désocialisées, à la rue.	

Autres modalités d'hébergement

● Accueil familial social (financement Conseil général)

● Appartements associatifs

● Familles gouvernantes

● Résidences sociales (plusieurs financements de fonctionnement : aide à la gestion locative sociale, Conseil général, fond de solidarité pour le logement...)

● Logement social (Équipement) ou privé

Structure	Texte officiel	Type d'hébergement	Objectifs de la structure	Population accueillie	Personnels
Accueil familial social	Note d'information DGAS/2C/2005/283 du 15 juin 2005 relatif à l'accueil par des particuliers, à leur domicile, et à titre onéreux, de personnes âgées ou handicapées ; reprend tous les textes de référence.	Accueil, par des particuliers, à leur domicile, à titre onéreux, de personnes âgées ou de personnes handicapées adultes, agrément donné par le CG.	Sont exclus les personnes relevant d'une prise en charge par des établissements ou services recevant des personnes handicapées adultes n'ayant pu acquérir un minimum d'autonomie et dont l'état nécessite une surveillance médicale et des soins constants.	Personnes ne désirant plus ou ne pouvant plus demeurer à leur domicile du fait de leur perte d'autonomie ou de leur handicap.	Pas de personnel spécifique.

Structure	Texte officiel	Type d'hébergement	Objectifs de la structure	Population accueillie	Personnels
Appartements associatifs	Garantie des communes auprès des bailleurs publics ou privés au bénéfice des associations agréées.	Appartements gérés par une association soit en location directe si l'association est propriétaire, soit en sous-location ; possibilité de baux glissants.		Personnes autonomes.	Pas de personnel spécifique.
Familles gouvernantes	Les personnes handicapées sont co-locataires de l'appartement et co-employeurs d'une auxiliaire de vie qui réside dans un appartement mitoyen.		Soins assurés par professionnels du secteur (libéraux ou service de psychiatrie).	Majeurs placés sous un régime de protection juridique (UDAF). Patients incapables de vivre seuls et ne nécessitant pas une prise en charge hospitalière.	La gouvernante assure l'accompagnement dans le logement, le suivi des soins, la restauration, l'hygiène, les loisirs et vacances.
Résidences sociales : logement social semi-collectif : logement-foyers conventionnés à l'APL (aide personnalisée au logement) dont Foyer travailleurs migrants, Foyers jeunes travailleurs.	Circulaire n°95-33 du 19 avril 1995. Circulaire n°96-753 du 17 déc. 1996. DGAS/PIA/2000-452 du 31 août 2000.	Temporaire. Les personnes ont le statut de résident, mais ils acquittent chaque mois une redevance comportant un équivalent de loyer, de charges locatives et de rémunération pour les prestations fournies.	Aide à l'insertion vers un logement autonome. Accompagnement social.	L'article 2 de la convention APL définit les personnes à accueillir, personnes et familles en difficulté, travailleurs migrants, jeunes travailleurs, ménages ayant besoin d'un habitat provisoire ou d'un logement meublé.	
Logement social (HLM)				Personnes autonomes.	
Logement de droit commun				Personnes autonomes.	

Soutien ou intervention

- Médico-social : service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH, financement Assurance maladie et Conseil général), service d'accompagnement à la vie sociale (SAVS, financement Conseil général). La création de ces structures doit être approuvée par le CROSMS.
- Autres : Groupe d'entraide mutuelle, Équipes psy-précarité.

Structure	Texte officiel	Objectifs de la structure	Population accueillie	Personnels
Équipes psy-précarité	Circulaire DHOS/02/DGS/6C/DGAS/1A/1B/521 du 23 novembre 2005. Cahier des charges en annexe.	Aller au-devant des publics ciblés quel que soit le lieu où ils sont repérés. Assurer une fonction d'interface entre les secteurs de psychiatrie et équipes sociales. Soutenir et former des intervenants sociaux.	Personnes en situation de précarité et d'exclusion d'elles-mêmes.	Équipes mobiles spécialisées en psychiatrie avec un temps de cadre infirmier, des infirmiers, des psychologues, un secrétariat.
SAVS (service d'accompagnement à la vie sociale) (orientation : MDPH)	Loi 2002-2 du 2 janvier 2002. Décret n°2005-223 du 11 mars 2005.	Assistance ou accompagnement pour tout ou partie des actes essentiels de la vie, accompagnement social en milieu ouvert et apprentissage à l'autonomie.	Adultes handicapés dont les travailleurs handicapés.	Équipe pluridisciplinaire : AS, auxiliaire de vie, AMP, psychologue, conseillers en économie sociale et familiale, éducateurs spécialisés, moniteurs éducateurs, chargés d'insertion.
SAMSAH (service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés) (orientation : MDPH)	Loi 2002-2 du 2 janvier 2002. Décret n°2005-223 du 11 mars 2005.	Prestations d'un SAVS + soins réguliers et coordonnés, accompagnement médical et paramédical en milieu ouvert.	Adultes handicapés.	Équipe pluridisciplinaire du SAVS + des auxiliaires médicaux, des aides-soignants et, dans tous les cas, un médecin.

Suite du tableau p. suivante.

Structure	Texte officiel	Objectifs de la structure	Population accueillie	Personnels
Groupe d'entraide mutuelle	Loi n°2005-102 du 11 février 2005. Circulaire DGAS/PHAN/3B/2005/418 du 29 août 2005 ; en annexe 1 : cahier des charges association d'usagers ou de familles ; association ou organisme œuvrant dans le champ de la santé mentale ou du handicap, établissement de santé mentale.	Lieux conviviaux où des personnes peuvent se retrouver, s'entraider, organiser ensemble des activités.	Personnes qu'une altération de santé met en difficulté d'insertion sociale et que des troubles psychiques mettent en situation de fragilité.	

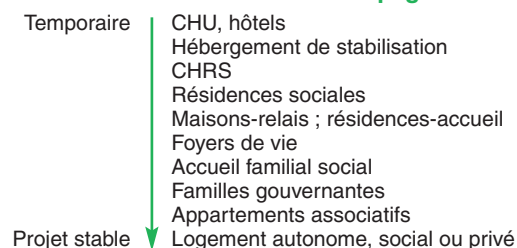
1-2. Selon le degré de la pathologie et de l'autonomie des personnes

Il est possible de différencier les structures selon qu'elles assurent des soins ou non, puis selon la durée temporaire ou définitive de l'hébergement. Les schémas qui sont présentés ci-dessous montrent le parcours possible d'une personne. Il est bien sûr possible de sauter des étapes ou de passer d'un hébergement avec soin à un logement social ou privé. De même, le soutien par un service à domicile peut être envisagé à tout moment de l'hébergement. Ainsi un SAMSAH ou un SAVS peut intervenir dans une résidence-accueil ou un appartement associatif.

Hébergement avec soins, sanitaire ou médico-social



Hébergement social ou médico-social avec soutien d'un service d'accompagnement



2. Les obstacles rencontrés.

1. La connaissance des besoins en structures d'hébergement.

Il semble difficile de connaître les besoins selon les différents types de structures.

Une enquête réalisée en 2003 en Ile de France, par la délégation régionale ANCREAI et l'AHRIE, a concerné les patients séjournant au long cours dans les services de psychiatrie adulte. Ce type d'étude permet la réalisation d'un diagnostic, à l'échelle de chaque département, par la connaissance des pathologies et des degrés d'autonomie des patients. Elle peut servir pour une planification d'ouverture de structures adaptées, médico-sociales, sociales ou autres.

De même, l'analyse par un secteur de psychiatrie des conditions d'hébergement de ses patients suivis en ambulatoire lui permettra d'avoir une visibilité des besoins prévisibles. Certains patients peuvent être sans domicile fixe ou dans des hébergements très précaires.

Les problèmes rencontrés par les assistantes sociales des services de psychiatrie pour la recherche d'un hébergement lors de la sortie d'hospitalisation donnent une idée des manques existants.

Les orientations réalisées par la Commission départementale des droits et de l'autonomie (ex. COTOREP) des maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) peuvent donner un aperçu des demandes en structures médico-sociales et en aide à domicile (SAMSAH, SAVS) et des listes d'attente.

Les difficultés rencontrées par beaucoup de structures sociales, en particulier les CHRS, montrent l'inadéquation de leur accueil avec le handicap psychique et le besoin d'un soutien par les équipes psychiatriques. Ce type de dysfonctionnement peut être révélateur du besoin d'un autre type de structure plus adapté.

Se pose cependant le problème des personnes dans le déni de la maladie qui restent en dehors de toute procédure (à domicile principalement ou chez les parents) et qui sont donc difficilement répertoriés.

2. L'absence d'un langage commun entre professionnels

Par exemple, la compréhension des mots « urgence ou crise » n'est pas la même du point de vue du psychiatre et des professionnels des structures médico-sociales ou sociales

3. La méconnaissance des typologies des structures et des critères d'admission correspondant

Les tableaux ci-dessus montrent la variété des structures, de leur financement et des aides possibles.

4. L'absence d'aval permanent

Du côté des structures, un cahier des charges définit, dans la circulaire correspondante, la typologie des personnes accueillies (voir tableaux ci-dessus). Mais les critères d'admission sont souvent difficiles à respecter. Les séjours sont le plus souvent prolongés faute de la structure adéquate

en aval. Le manque d'établissements médico-sociaux (MAS et FAM en particulier) est évoqué, par méconnaissance aussi des autres possibilités d'hébergement. Les structures qui pourraient être adéquates sont en nombre insuffisant, entraînant une admission par défaut dans celles existantes. Le bout de la chaîne, en particulier les logements indépendants, font largement défaut. Il faut une réflexion plus globale sur la chaîne des possibilités et sur le parcours de vie des personnes.

5. L'évaluation du besoin de la personne en hébergement-logement

La problématique demeure concernant son évaluation clinique et son besoin d'un certain type d'hébergement ou logement correspondant à sa pathologie et son degré de dépendance. Il n'y a pas de lieu où la situation est étudiée globalement et où toutes les possibilités d'orientation peuvent être explorées, qu'elles soient sanitaires, médico-sociales, sociales ou autres, intégrant un éventuel soutien à domicile par un service spécialisé.

L'orientation en structures médico-sociales et en besoin de services d'aide (SAVS et SAMSAH) se fait, comme on l'a vu, par la commission départementale des droits et de l'autonomie des personnes handicapées. Seuls les appartements de coordination thérapeutique échappent à cette règle, les patients pouvant y être admis directement.

Les outils existants ne sont pas encore bien adaptés à l'évaluation des besoins de ce public spécifique. La prestation de compensation du handicap (PCH), élément du plan personnalisé de compensation, comprend des aides humaines sur des critères définis. Elle exige que la demande soit déposée à la MDPH par la personne qui doit y adhérer. Certaines personnes ne veulent pas être reconnue handicapée, échappant aussi à l'AAH (allocation adulte handicapée) et aux autres prestations possibles permettant son autonomie.

Les admissions en structures sociales se font sur dossier et exigent parfois des visites voire un essai sur place. Les critères d'admission excluent souvent *a priori* une personne souffrant de handicap psychique.

3. Coopération entre les différents champs d'intervention.

Les solutions élaborées exigent un multipartenariat : les services de psychiatrie, les promoteurs des structures médico-sociales et sociales, les services de soutien à domicile, les directions de l'équipement, les collectivités territoriales (élus des mairies et des conseils généraux), les bailleurs sociaux, les associations d'usagers et de parents (groupes d'échange mutuelle)...

Ces divers acteurs appartiennent à des institutions différentes qui n'ont pas toujours l'habitude de travailler ensemble. Ce multipartenariat impose une réflexion globale sur le parcours de vie des personnes et sur les nombreuses possibilités offertes par les différents champs d'intervention.

Plusieurs propositions peuvent être faites, parfois déjà mis en oeuvre et pouvant servir d'exemples.

1. Connaissance des structures environnantes

Il est important, en premier, de faire un listing des différentes structures et services par département puis territoire pour une meilleure visibilité de l'offre. Chaque service de psychiatrie pourra ainsi repérer les structures de son secteur et territoire.

2. Organisation de filière de sortie

Certains services de psychiatrie travaillent déjà en filière sociale, médico-sociale, EHPAD (personnes âgées), appartements associatifs, avec une logique de partenariat ; les associations, qui peuvent être différentes, porteuses de ces structures d'hébergement, peuvent réserver un nombre de places réduit à cette catégorie de public, en échange de la part du service de psychiatrie, de supervisions périodiques, de définitions de procédure à suivre en cas de crise, de visites auprès d'usagers au sein de la structure ou d'organisation de rendez-vous au CMP. Ce partenariat peut être formalisé par la signature de conventions.

La constitution d'une équipe mobile chargée d'animer ce partenariat et pouvant être intersectorielle pour mutualiser les moyens, se verrait confier le rôle de médiateur entre l'hôpital et l'hébergement.

De même, une commission de sortie intersectorielle avec les assistantes sociales de plusieurs secteurs pourrait se mettre en place, permettant de concentrer les efforts de recherche de structures d'aval.

Ces partenariats peuvent aboutir à la création d'un véritable réseau « hébergement-logement » propre à un hôpital.

3. Mise en place de formations

Les secteurs de psychiatrie sont compétents pour organiser des formations aux professionnels des structures médico-sociales, sociales, personnels des OPAC (conseillères) pour l'élaboration d'un langage commun. Ces formations sont un premier pas vers la connaissance des structures environnantes et vers la constitution d'un réseau ressources.

Sans chercher à transformer les personnels du champ social en professionnels de la psychiatrie, ces formations doivent renseigner sur les pathologies, les symptômes, les attitudes à adopter en cas de difficulté...

Ces formations peuvent être proposées dans le cadre du Plan régional de santé publique.

4- Collaboration avec la commission départementale des droits et de l'autonomie

Cette commission doit pouvoir être renseignée sur les besoins des personnes. La mise en place d'un plan personnalisé de compensation comprenant les aides humaines est nécessaire pour l'autonomisation des patients favorisant leur accès au logement et leur intégration sociale. Il faut convaincre la commission par un dossier étayé de l'importance de cette attribution. Il faut la sensibiliser à la spécificité du handicap psychique. En effet, les personnes souffrant de ce type de handicap sont certes autonomes sur le plan de la motricité mais non sur le plan de leur prise en charge dans la vie quotidienne (hygiène, repas...).

5. Collaboration avec les collectivités locales (mairies et conseils généraux)

Les élus sont des acteurs à mobiliser sur la santé mentale.

Les projets d'orientation en logement ordinaire sont souvent compromis par la difficulté de trouver un logement accessible financièrement pour des personnes n'ayant que les minima sociaux. De même, les places dans le logement social sont rares et le profil des patients ne constitue pas une priorité dans les attributions mais souvent au contraire un frein.

Les mairies ont un rôle important à jouer dans plusieurs cadres :

● *Le cautionnement d'associations dans la gestion d'appartements.*

Les mairies peuvent servir de caution vis-à-vis des bailleurs sociaux et

privés, aux associations qui sont locataires d'appartements et permettre les baux glissants.

● *Les contrats urbains de cohésion sociale (CUCS) avec leur volet santé (ateliers santé-ville)*

Ils constituent un cadre opérationnel pour les élus et permettent l'articulation entre les différents acteurs locaux. La santé mentale est une de leurs préoccupations. Les services de psychiatrie se doivent de participer aux groupes de travail mis en place dans ce cadre. Cela peut ainsi permettre l'installation de structures accueillant ce public (foyers de vie, résidences-accueil, appartements associatifs...) sur le territoire de la commune.

Les Conseils généraux peuvent s'impliquer dans l'accessibilité au logement social ou de droit commun des personnes handicapées psychiques :

● par la signature de conventions avec les CHRS pour la mise en place d'une filière de sortie vers leurs quotas de logements sociaux. Il faut cependant que ces conventions prennent en compte le public psychiatrique présent dans les CHRS et y associent la mise en place de services à domicile (SAVS ou SAMSAH) ou des conventions avec des services de psychiatrie.

● par le soutien, comme les mairies, aux associations gérant des appartements. Dans certains cas, un fond de solidarité permet le paiement des appartements provisoirement vacants.

6. Mise en place de réseaux de santé mentale

Les réseaux de santé mentale, actuellement constitués, ont intégré le logement dans leurs préoccupations (commission logement). Ils réunissent les acteurs sanitaires, médico-sociaux et sociaux engagés dans la qualité du parcours des personnes handicapées psychiques. Certains ont élargi leur partenariat aux villes et aux bailleurs sociaux. Ils peuvent proposer un lieu d'évaluation du besoin de la personne comprenant les modalités d'hébergement. La signature d'un partenariat avec la maison

départementale des personnes handicapées leur permet de s'ouvrir sur les prestations de compensation possibles et sur une admission en structures médico-sociales.

7. Création de structures

Les hôpitaux psychiatriques peuvent être directement porteurs de structures médico-sociales et sociales comme l'indique le « Guide méthodologique de création de structures sociales et médico-sociales par un établissement de santé ; principe généraux et modalités d'application dans le domaine de la santé mentale » élaboré en 2000 par la Mission nationale d'appui en santé mentale. Ces projets doivent s'intégrer dans les différents schémas départementaux comme celui du schéma de l'accueil, de l'hébergement et de l'insertion, du schéma départemental en faveur des adultes handicapés, et du plan départemental d'action pour le logement des personnes défavorisées (Direction de l'Équipement, politique du logement social, approche territoriale). Mais la gestion par une association est recommandée, l'hôpital participant à l'élaboration du projet thérapeutique et le suivi des personnes accueillies.

Certains hôpitaux, comme dit précédemment, ont fait le choix de louer directement des appartements avec un suivi étroit des secteurs pour les personnes les plus autonomes.

Ces quelques exemples ne reflètent pas les possibilités d'innovation des acteurs. Si les financements des différents champs d'intervention sont différents, ils ne doivent pas être un obstacle à la fluidité entre structures sanitaires, médico-sociales, sociales ou autres. Il s'agit de prendre en compte le parcours de vie de la personne handicapée psychique et de lui permettre une intégration réussie dans la cité.

Marie-Claude Ponsard.

Médecin inspecteur régional de Santé publique
DRASSIF (Paris)

La lettre
de la
Mission Nationale d'Appui
à la Santé Mentale
Directeur de la publication :
Gérard Massé
Rédacteur en chef :
Raymond Lepoutre
A participé à ce numéro :
Marie-Claude Ponsard
PLURIELS, 5 avenue d'Italie,
75013 Paris
Téléphone 01.53.94.56.90 -
Télécopie 01.53.94.56.99.
E-mail : mission@mnaasm.com

Pluriels sur internet

Vous pouvez trouver
tous les numéros de Pluriels
sur le site :

www.mnaasm.com

PLURIELS