

**« Les appartements associatifs
à visée thérapeutique »**

**Rapport d'étude
pour le programme
*Maladies psychiques et vie sociale***

Fondation de France

Avril 2014

Claire Le Roy-Hatala

Introduction :

Le comité scientifique du programme « Maladies psychiques et vie sociale » de la Fondation de France a souhaité éclairer, dans le cadre de l'appel à projet, sa réflexion sur les appartements associatifs à visée thérapeutique.

Par ailleurs, ce travail est issu de la volonté de la Fondation de France de valoriser les porteurs de projets qui font appel à elle et de les mobiliser de façon transversale sur un certain nombre de thématiques ciblées.

Cette étude avait deux objectifs principaux :

- 1- Etudier la pertinence de ces dispositifs et leur apport dans le paysage de l'accès au logement pour les malades psychiatriques
- 2- Mieux comprendre le fonctionnement de ces dispositifs d'accès au logement pour affiner le positionnement de l'appel à projet de la Fondation de France

De plus, ce travail devait répondre à un certain nombre d'enjeux identifiés par le comité d'experts et la responsable du programme « Maladies psychiques et vie sociale » :

- La compréhension des forces et des faiblesses de ces dispositifs,
- La valorisation de ces dispositifs au niveau national,
- Une meilleure connaissance des problématiques des personnes qui vivent dans ces logements.

Méthodologie

Cette étude a été menée de mai 2013 à décembre 2013 par Claire Le Roy Hatala, sociologue. Elle s'appuie sur une approche qualitative visant à comprendre le sens que les associations donnent à leur action et les représentations sociales qui guident leurs pratiques. Cette démarche qualitative permet également de mettre en valeur la perception que les résidents ont des dispositifs d'appartements associatifs à visée thérapeutique.

L'étude a porté sur les associations ayant fait appel à la Fondation de France pour de l'aide au financement de dispositifs d'appartements associatifs à visée thérapeutique entre 2007 et 2010.

En phase exploratoire, 9 entretiens ont été menés avec les membres du comité de la Fondation de France.

12 entretiens semi-directifs ont eu lieu avec des responsables associatifs.

10 entretiens ont été réalisés avec des résidents (6 par téléphone, une réunion collective de 4 résidents).

2 rencontres avec les porteurs de projets ont été organisées à la Fondation de France le 26 septembre et le 19 décembre 2013. Ces réunions de travail ont permis de partager progressivement les résultats de l'étude avec les associations et d'inviter des experts à faire part de leur regard sur ces dispositifs : Livia Velpry, sociologue ; Maïté Arthur, présidente de l'association « Trois Chemins » ; et Patrick Méchain, directeur des soins, de la qualité et de la gestion des risques, et de la relation avec les usagers du Centre Hospitalier de Thuir.

Le contexte :

Dans un contexte français d'organisation de la psychiatrie où prévalent toujours les principes de la sectorisation guidée notamment par la diminution des temps d'hospitalisation à temps complet et le développement du soin en ambulatoire, on estime à 86% le pourcentage de patients de la psychiatrie pris en charge selon cette modalité.

Par ailleurs, les progrès des traitements médicamenteux, et notamment la découverte des neuroleptiques et des antipsychotiques de deuxième génération (voire de 3^{ème} génération) ont permis un mouvement de fond de désinstitutionalisation d'un certain nombre de patients. Ainsi, sur le terrain se sont développées des pratiques de soins au plus proche du lieu de vie des patients et une prise en charge qui privilégie les alternatives à l'hospitalisation (Rapport Milon, 2012).

La loi de 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées a permis la création d'un certain nombre d'établissements et services médico-sociaux à destination des personnes handicapées psychiques et favorisant leur autonomie. Cependant, la Cour des Comptes rappelle dans son rapport de 2011 que persistent des hospitalisations à temps plein, inadaptées, faute de réponses alternatives à l'hospitalisation. La Fédération Agapsy estime à ce propos que 13 000 à 15 000 personnes seraient en hospitalisation inadaptées faute de place dans des établissements médico-sociaux (2012).

A cela s'ajoute le manque criant de logements pour les personnes en situation de handicap psychique. En effet, l'élan de citoyenneté et l'effort d'autonomisation impulsé par la loi de 2005, ont, dans le même temps, vu les attentes en termes d'accès à un logement de droit commun

s'amplifier. Ainsi, l'Unafam, a mené plusieurs enquêtes qui révèlent notamment que 40% des malades seulement vivent dans un logement autonome et 27% chez leurs parents. A Paris, l'association estimait en 2009 que 420 places en appartements associatifs seraient nécessaires en plus des 146 existantes.

Les besoins de réponses diversifiées et multiples en termes d'accès au logement sont criants. Ils sont le résultat d'un mouvement progressif de lutte contre la chronicisation et l'hospitalisme (G. Vidon, 2013) mais aussi des dispositifs qui permettent la réinsertion sociale effective et la lutte contre la précarité (si l'on reprend les termes du rapport du Haut comité pour le logement des personnes défavorisées de 2005).

De plus, comme nous le rappelle Pascal Thys (revue Passerelle, 2012), il y a vraisemblablement un manque de réponses pour les personnes qui ne sont pas suffisamment dépendantes pour prétendre à des lieux de vie collectifs (Foyers, Maisons d'Accueil Spécialisées...) mais pas suffisamment autonomes pour envisager une vie en appartement de droit commun.

Ainsi la question de l'accès au logement de droit commun est une nouvelle fois énoncée dans le Plan Psychiatrie et Santé Mentale (2011-2015) comme une priorité : « Dans la continuité du chantier national prioritaire pour l'hébergement et le logement, il s'agit de privilégier autant que possible l'accès et le maintien dans un logement de droit commun. Cela n'est possible que dans la mesure où la vie dans ce logement est soutenue, chaque fois que nécessaire par les soins et l'accompagnement social et/ou médico-social ».

Dans ce contexte tendu, la place et le rôle de dispositifs comme les appartements associatifs à visée thérapeutique sont déterminants et méritent d'être mieux connus et identifiés.

Partie 1 : Les dispositifs

Les appartements associatifs à visée thérapeutique sont des appartements de droit commun loués auprès d'un bailleur public ou privé (en général bailleur social), ou d'un particulier, par une association de secteur de psychiatrie, du médico-social ou du social (intermédiation locative) afin de permettre à une personne malade psychiatrique et/ou handicapée psychique d'accéder à un logement. Le bénéficiaire du logement est locataire à condition d'un suivi psychiatrique organisé en lien avec l'hôpital référent. Selon les dispositifs, la vie dans le logement est limitée dans le temps (en général 6 mois renouvelables) ou pas (la personne reste dans son logement autant de temps qu'elle le souhaite).

Il n'existe pas à notre connaissance de textes administratifs définissant précisément ces dispositifs et réglementant leur fonctionnement.

Cependant, un certain nombre de textes de référence régissent plus ou moins directement le fonctionnement de ces dispositifs :

- La Circulaire du 4 février 1958 portant organisation du travail des malades mentaux en traitement dans les hôpitaux psychiatriques.
- L'arrêté du **14 mars 1986** relatif aux équipements et services de lutte contre les maladies mentales, comportant ou non des possibilités d'hébergement.
- La Circulaire du **14 mars 1990** relative aux orientations de la politique de santé mentale qui rappelle les objectifs de déshospitalisation tout en laissant la liberté à chaque secteur de s'organiser comme il le souhaite.
- La loi relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé du 4 avril 2002 (loi n°2002-303) qui prévoit explicitement la possibilité de création d'associations à visée de soins, de prévention, de réadaptation et de réhabilitation des patients, conventionnées auprès d'hôpitaux publics et complétant leur action en favorisant la désaliénation par rapport à la seule soumission aux procédures prévues et formalisées de soins,

Il en résulte un cadre réglementaire souple et une acception des règles de fonctionnement à géométrie variable. En effet, il n'est pas rare de voir des écrits faisant l'amalgame entre les appartements associatifs à visée thérapeutique et les appartements thérapeutiques, ou encore

avec parfois les appartements de coordination thérapeutique (initiés par les associations de lutte contre le sida).

Les objectifs de ces appartements ne sont pas tous les mêmes. En effet, les appartements thérapeutiques ont été initiés par des hôpitaux comme un espace de transition qui permet de préparer la sortie de l'hôpital. Les personnes qui y séjournent sont en hospitalisation et ne peuvent en bénéficier que pendant un temps limité (généralement 6 mois). Cette période permet notamment un travail sur les gestes de la vie quotidienne et une évaluation des capacités d'autonomie de la personne pour les équipes soignantes qui peinent parfois à anticiper le potentiel des malades.

Les appartements de coordination thérapeutique, ont, eux été initiés par les associations de lutte contre le sida. Ils avaient notamment pour vocation de permettre à des personnes malades du sida, de bénéficier d'appartements adaptés et dans lequel pouvait s'organiser l'ensemble des soins afin notamment d'être accompagnés en fin de vie le plus longtemps possible à domicile.

Les appartements associatifs à visée thérapeutique sont mobilisés généralement plus durablement comme un dispositif de réinsertion sociale comme nous le verrons plus en détail ultérieurement.

De même, certaines associations gèrent de façon indissociée des appartements associatifs à visée thérapeutique et des logements collectifs de type résidence accueil.

Dans ce contexte, il est difficile d'estimer le nombre d'appartements associatifs à visée thérapeutique en France. En 2011, la Cour des Comptes recensait 1 100 places (soit une diminution de 500 places par rapport à 2000) en appartements thérapeutiques (acception large, soit appartements thérapeutiques + appartements associatifs à visée thérapeutique). D'autres travaux estimaient en 2003 (Coldefy) que 22% des secteurs de psychiatrie disposeraient de ces dispositifs et qu'un patient en moyenne par secteur était en appartement thérapeutique (acception large une fois de plus).

Les associations rencontrées dans le cadre de l'étude :

Les associations interrogées dans le cadre de l'étude sont majoritairement issues d'associations de secteur dans la mouvance de la psychothérapie institutionnelle qui s'est développée notamment dans les années 70-80. Certaines cependant, sont issues des dispositifs nés de la loi de 2005 notamment en faveur de l'accès au logement avec la création des résidences accueil (pensions de famille réservées uniquement à des personnes en situation de handicap psychique).

Elles sont de taille extrêmement variable étant donné que la plus petite association interrogée gère 2 places dans 2 logements individuels et la plus importante gère 117 places en appartements individuels ou collectifs. Les plus grosses associations sont des associations du secteur médico-social qui gèrent par ailleurs d'autres structures d'hébergement (MAS, FAM...).

Les associations sont majoritairement financées par les hôpitaux qui mettent à disposition ou détachent du personnel hospitalier (médecins, infirmiers, assistants sociaux) pour gérer les appartements, suivre à domicile les personnes et les accompagner dans leur installation. Le loyer des appartements est intégralement payé par le résident, le plus souvent grâce à l'allocation d'Aide Personnalisée au Logement (APL).

Dans certains cas de résidence accueil, le financement est assuré par l'ARS et éventuellement les conseils généraux. L'aide au logement temporaire est parfois mobilisée dans certaines associations dont le dispositif d'accès au logement est temporaire.

Les 10 associations interrogées représentent **272 places** en appartements associatifs pour **166 logements**. Parmi ces 10 associations, on compte 75 places en résidence accueil, mais fonctionnant sur le même principe que les appartements associatifs à visée thérapeutique. Ces appartements sont pour une grosse moitié des appartements individuels (56.25%) et pour l'autre des appartements collectifs (43.75%) de 3 personnes maximum.

Les 166 logements sont équitablement répartis entre le parc public (74) et le parc privé (77). 15 logements appartiennent à des hôpitaux.

Ils sont répartis en ville de manière isolée, ou parfois rassemblés dans un même immeuble ou une même résidence (notamment pour les cas de résidence accueil). L'ensemble des associations exprime clairement l'importance de l'emplacement géographique : en centre-ville ou à proximité des transports en commun et proche de l'hôpital. Il y a un équilibre entre le fait d'être dans la « normalité » de la ville, au cœur de celle-ci et l'enjeu de proximité avec les équipes de soin.

Une vaste mission : de l'accès à la vie citoyenne à la continuité du parcours de soin

Les deux missions les plus fréquemment citées par les associations sont les suivantes :

1. Se réinsérer / accéder à un logement : en effet, l'objectif premier de ces dispositifs est de permettre aux personnes de vivre dans la cité, de retrouver une autonomie et une vie sociale, que ne permet pas la vie à l'hôpital,
2. Permettre aux patients de sortir de l'hôpital : celui-ci est considéré comme un lieu qui ne facilite pas l'autonomie, voire qui génère de la chronicisation. Ainsi se pose la question de savoir jusqu'où l'hôpital est thérapeutique en tant que lieu de soin mais peut devenir institutionnalisant lorsque les personnes ont intégré le rôle de malade.

Par ailleurs, est parfois citée la mission thérapeutique de ces logements. Celle-ci est présentée moins sous l'angle du rétablissement ou de la stabilisation que sous l'angle de l'alliance thérapeutique et de l'observance des traitements. Les responsables interrogés racontent très précisément comment ces dispositifs permettent de reconstruire un lien de confiance et de dialogue que ne permet pas toujours l'hôpital. Les règles d'interaction changent, le statut des personnes également, et de nouvelles modalités de coopération deviennent possibles. Ce changement de la nature de la relation passe cependant par une exigence de compliance de la personne aux soins, condition préalable pour bénéficier de l'appartement.

Enfin, la vocation de ces dispositifs est clairement celle de l'**accès à la citoyenneté**. L'ensemble des professionnels interrogés partage cette idée que ce sont des lieux nécessaires à l'inclusion sociale qui a été mise à mal par l'hospitalisation ou la maladie. Compte tenu de la situation des personnes, on considère que l'enjeu est bien d'être dans un lieu de vie ordinaire, tout en assurant le soin que l'on considère comme indispensable et nécessaire pour les personnes. Ces dispositifs visent ainsi à permettre à des personnes de vivre dans un logement autonome mais sécurisé sur le plan médical.

Dans cette perspective d'accès à la citoyenneté, plusieurs associations ont mis en place, ponctuellement, des baux glissants. Cette formule est considérée comme très positive pour tout le monde car elle permet réellement l'autonomie sans finalement perdre le lien qui s'est construit lorsque la personne était sous-locataire. Par ailleurs, l'expérience du temps semble être une

bonne garantie pour la stabilisation de la situation de la personne. Cependant ces baux glissants sont extrêmement difficiles à mettre en place et les associations se plaignent de ne pas trouver de bailleurs favorables.

La vocation de ces dispositifs est aussi de faire de la **prévention de l'exclusion** et indirectement de la prévention des rechutes. En effet, même si les responsables ne l'évoquent pas exactement dans ces termes, ils décrivent très précisément les situations de fragilité et le risque permanent pour certains de se retrouver dans des situations de grande précarité. Dans ce contexte, les termes de « continuité », de « lien », de « vigilance » sont en permanence utilisés par les responsables pour décrire la veille sanitaire et sociale dans laquelle ils se positionnent vis-à-vis des locataires. Cette perception des pratiques fabrique en quelque sorte des possibilités d'intervention précoce pour les professionnels.

Le suivi dans le logement : un dispositif à géométrie variable

L'analyse des entretiens montre que l'accompagnement dans le logement se fait le plus souvent au « cas par cas », c'est-à-dire considéré comme variable quant à sa nature et son intensité mais surtout non défini au préalable.

Deux éléments déterminent l'intensité du suivi : la proximité organisationnelle avec le secteur, les besoins évalués par les soignants et le résident.

Selon que l'association est très proche du secteur hospitalier s'appuyant sur une équipe mobile, ou plus indépendante, les visites par des soignants sont plus ou moins fréquentes (de deux fois par jour, à une fois par semaine, ou tous les 15 jours). Le type de professionnels assurant le suivi est également variable en fonction de cette proximité. Ce seront essentiellement des infirmiers psychiatriques qui viendront au domicile lorsque l'association est portée par le secteur, et plus souvent des assistants sociaux ou éducateurs lorsque l'association est portée par une structure du médico-social. Cependant, dans toutes les associations, il est possible de mettre en place un suivi médical très soutenu si une personne en a besoin à certains moments. De plus, ce suivi à domicile se fait toujours en complément d'un suivi à l'hôpital ou au Centre Médico-Psychologique (CMP), notamment pour les rendez-vous avec les médecins psychiatres référents.

C'est peut-être la grande particularité de ces logements : la mise en place d'un suivi médical « sur-mesure » à domicile.

Les visites à domicile ont vraisemblablement plusieurs fonctions selon les associations et selon les professionnels. Pour les infirmiers, c'est essentiellement un moment d'observation, d'écoute et éventuellement de prise de traitement (mais ce n'est pas leur mission première).

Le travail de l'infirmier consiste en des entretiens psychothérapeutiques, et s'étend selon les associations à un certain nombre d'actes de la vie quotidienne : accompagnement au rangement, au ménage, intervention sur des dégradations... Cet accompagnement à la vie quotidienne peut être effectué par des éducateurs ou des aides ménagères dans d'autres associations. On voit bien que les besoins des résidents sont globaux dans la mesure où ils ont un besoin d'aide pour les actes de la vie quotidienne, en plus du soin à proprement parler, mais que la réponse peut venir d'une diversité de professionnels.

Les responsables d'association disent l'importance de cet accompagnement très soutenu à la fois sur le plan sanitaire et sur le plan médico-social, qui participe à la réhabilitation et à l'autonomisation. Ils notent cependant le caractère chronophage de cet accompagnement.

Une association dit ainsi les difficultés liées spécialement à « l'habité psychotique » qui suppose une vigilance de tous les instants pour que le logement ne se dégrade pas trop vite et que la personne ne se retrouve pas dans une situation d'incurie.

Les différentes modalités d'accompagnement :

- 1- *Resserré* : l'équipe de secteur est en général très impliquée au quotidien auprès des locataires. Ce sont essentiellement des infirmiers qui se rendent dans les logements ou bien ils organisent une permanence dans les locaux lorsqu'il y a des logements regroupés. Les personnes sont très bien connues des équipes de soin, et sont généralement appelées des patients, et ce, même si elles ne sont plus hospitalisées. Le travail des infirmiers peut alors prendre différentes formes : soutien psychologique, écoute, mais aussi aide au ménage si nécessaire, menus travaux, aide à l'autonomie (prendre le bus, gérer son argent).
- 2- *Négocié* : une équipe médicale relativement présente (avec par exemple une équipe mobile dédiée) qui passe dans les logements à minima une fois par semaine. C'est un temps d'écoute, éventuellement d'observation de l'état de la personne. Cet

accompagnement infirmier peut être complété par la visite de travailleurs sociaux ou des éducateurs qui proposent soit des temps collectifs, soit du soutien, soit de l'aide à l'autonomie.

- 3- *Distant* : ce sont essentiellement des gestionnaires des appartements (travailleurs sociaux) qui passent très ponctuellement dans les logements soit en cas de problème, soit pour s'assurer que tout va bien sur l'aspect « vie sociale ». Chaque locataire gère individuellement son suivi médical (qui éventuellement peut être fait à domicile dans le cadre d'une visite à domicile [VAD] ou d'une hospitalisation à domicile).

L'enjeu de l'accompagnement, qu'il soit sanitaire ou médico-social est la consolidation du lien avec les professionnels de la psychiatrie (au sens large).

Partie 2 : Les résidents

Le terme de résident est celui qui a été retenu par les auteurs du rapport car c'est non seulement celui qui est le plus souvent utilisé par les responsables associatifs mais également car il renvoie au droit commun et à la dimension citoyenne de la personne, ce qui nous semble être l'entrée la plus « juste » par rapport à ces dispositifs.

Cependant, il est intéressant de noter que certaines associations, issues des secteurs de psychiatrie, peuvent désigner les personnes comme des patients (on voit bien la difficulté pour les professionnels qui suivent les personnes de les percevoir dans leur changement d'identité sociale) ou bien comme des locataires (ce qui nous informe sur le positionnement de certaines associations qui sont très à distance de la problématique médicale des personnes).

A qui s'adressent ces dispositifs ?

Nous remarquons que les associations n'ont pas beaucoup de visibilité concernant le nombre de personnes qui ont bénéficié de ces logements, ni sur leur profil (âge, situation sociale...).

La situation de précarité est l'élément central qui motive le fait de proposer à une personne d'entrer dans ces logements. Plusieurs associations ont longuement évoqué lors des entretiens le risque d'expulsion ou d'insalubrité pour les personnes malades lorsqu'elles ne sont pas accompagnées dans leur logement. Par ailleurs, c'est bien souvent la seule alternative de « toit » par rapport à l'hôpital pour ceux qui sont sans domicile. Cependant, ces appartements peuvent aussi s'adresser à des personnes qui étaient auparavant dans leur logement mais qui avaient des difficultés de stabilisation et d'autonomie. Ils jouent alors avant tout un rôle de consolidation du suivi, de prévention et de compensation du handicap.

80% des personnes qui vivent dans ces logements sont sous tutelle ou curatelle. C'est dans la majorité des associations un critère de sélection. Paradoxalement pour certaines associations (minoritaires), c'est au contraire un critère d'exclusion d'accès au dispositif. Cet aspect est à mettre en perspective avec la gestion financière des associations. Il est intéressant de noter que, selon les associations, le fait d'être sous tutelle ou curatelle est utilisé comme un argument de garantie de versement des loyers, ou au contraire de risque de non versement. Cet élément nous parle de la fragilité des associations qui oublient leur vocation et les populations qu'elles souhaitent cibler pour faire valoir leur situation de précarité financière au détriment de leur projet

associatif. Une association synthétise le profil des personnes qui entrent dans ces appartements comme suit: *« ce sont des personnes qui sont suivies en psychiatrie depuis plusieurs années, qui sont stabilisées, mais qui vivent dans des situations insatisfaisantes. Elles ne doivent pas être dans le déni de leurs troubles ou refuser les soins ».*

Si l'on entre dans le détail des situations, on s'aperçoit que ces appartements concernent des personnes qui sont dans des problématiques diverses. Par ailleurs, les critères d'éligibilité à ces dispositifs ne sont pas très précis. Les entretiens illustrent la situation d'entre-deux dans laquelle semblent se situer les bénéficiaires :

« Ce sont des personnes qui se trouvent au carrefour ; plus assez malades pour être à l'hôpital, mais trop malades pour être logées par elles même ».

Comme tout dispositif à la jonction de problématiques médicales et sociales et finalement de transition, on voit bien qu'ils répondent à des moments différents de la vie des personnes (en amont ou en aval de la stabilisation) et à des situations diverses : sans logement, perte d'autonomie, incurie...

Un point apparaît comme un préalable intangible et déterminant pour la nature même du parcours de rétablissement : les résidents ne peuvent être dans le déni de leur pathologie et doivent accepter des soins et un accompagnement à domicile.

Qui sont les résidents et comment perçoivent-ils ces dispositifs ?

Nous avons effectué 10 entretiens avec des résidents. Il est nécessaire de noter que certains biais ponctuent l'analyse de ces entretiens :

- Les résidents m'ont été conseillés par les associations : nous pouvons donc nous interroger sur leur souhait de valoriser des expériences considérées comme réussies.
- Certains résidents m'ont fait part de leur crainte de ne pas pouvoir rester dans les appartements.

Ces deux éléments nous invitent à recevoir avec mesure la lecture particulièrement positive de l'expérience des appartements associatifs.

Sur les 10 résidents interrogés, 5 sont des hommes et 5 sont des femmes.

Un seul résident a moins de 35 ans (29 ans) et toutes les personnes ont connu de multiples hospitalisations. Sur les 10 personnes, 3 sont très seules (pas de famille et peu de proches) et 3 personnes travaillent (1 en milieu ordinaire, 2 en ESAT).

Les résidents sont dans les appartements depuis plus d'un an pour 8 d'entre eux. Seules 2 personnes y sont depuis moins d'un an (ce sont généralement celles dont la durée de vie dans l'appartement est limitée dans le temps par règlement de l'association).

Il est intéressant de noter que pour 8 personnes, l'entrée dans l'appartement s'est faite à la suite d'une hospitalisation (dont 3 après un passage en appartement thérapeutique) mais pour 2 personnes, elles ont été orientées par un foyer ou une résidence. A ce jour, un résident a pu bénéficier d'un glissement de bail et 2 personnes ont trouvé un logement autonome.

Les personnes expriment très largement le ras-le-bol de l'institution hospitalière. Ils perçoivent ce ras-le-bol comme l'élément déterminant pour l'accès au logement :

« C'est ce que je souhaitais le plus ardemment. J'en avais marre de l'hôpital. On est obligés de se lever tous les matins à 7h. On est toujours en groupe, toujours avec des malades, c'est pas gai ».

Ce qui les motivait le plus pour obtenir un logement est de ne plus vivre en communauté et de retrouver un sentiment de liberté. A ce propos, lorsqu'on demande aux résidents ce que représente l'appartement par rapport à la vie à l'hôpital, ils citent 6 aspects :

1. **La liberté** : la liberté de se mouvoir, d'aller et venir, mais aussi la liberté du choix pour soi.

« J'ai plus de liberté dans mon appartement. Je peux marcher »

2. **La normalité** qui vient notamment de l'emplacement géographique et de la typologie du logement en lui-même, mais aussi du fait de ne plus côtoyer d'autres malades.

« J'avais un petit caddy, une petit cave, c'est un logement normal, avec des voisins normaux. On se sent en sécurité. Je me disais s'il m'arrive quelque chose, un voisin m'aurait aidé. Les voisins ne savaient pas... ça faisait vraiment comme un logement comme eux. On se sent normal, comme les autres ».

3. **La solitude** : perçue comme positive en opposition au poids de la vie en communauté à l'hôpital.

« C'est certain que ça fait du bien, on se sent plus libre. C'est sur que je me sentais un peu seul. Mais au moins, mes amis du CATTP, je pouvais les inviter à prendre un verre. »

4. **L'espoir et l'autonomie** : les personnes semblent retrouver dans ce projet d'accès au logement des perspectives pour elles-mêmes et des capacités qu'elles n'auraient pas imaginées en institution.

« Parce que là, en appartement on vous parle, on vous apprend à vous soigner vous-même, on m'a donné des ficelles, pour que moi, avec ce que j'ai entendu, j'apprenne à me soigner moi-même, à faire du contrôle sur moi ».

« J'ai retrouvé confiance en moi. Les entretiens infirmiers m'ont ouvert le chemin pour ensuite pouvoir aller travailler.

5. **Le bien-être et le plaisir** : la vie à l'hôpital est considérée comme un temps contraignant où l'on perd le rapport au plaisir.

« Je vais nettement mieux, c'est dur d'expliquer. J'ai retrouvé le goût de vivre. Je ne l'avais pas là-bas. C'était la routine. Là je vais me balader en ville, je vais dans les magasins ».

6. **Un soulagement** : une forme de stabilité par rapport aux périodes d'incertitudes liées à la précarité.

« Sans l'appartement, il aurait fallu que je reste à l'hôpital. Sinon, je me serais retrouvée encore à la rue ».

L'appartement est décrit et perçu principalement en opposition à la vie à l'hôpital.

Même si souvent l'installation dans l'appartement s'est faite très vite (en quelques jours parfois), ils disent qu'ils avaient le sentiment de se sentir prêts. Et ce sentiment est renforcé par le fait qu'ils étaient conscients que les équipes soignantes resteraient très présentes : *« oui je me sentais prêt. Oui, devenir autonome. C'est très important. Ça représente la liberté. Mais ils ne nous lâchent pas dans la nature comme ça. J'étais à l'aise »*. La dimension sécurisante, représentée par le lien avec les équipes médicales du dispositif est centrale. C'est ce qui permet à la fois d'envisager la sortie de l'hôpital (même si la personne a encore besoin d'un suivi intensif) mais aussi la vie en logement ordinaire (en opposition à la vie en structure médico-sociale).

Globalement, les résidents expriment une satisfaction réelle vis-à-vis du dispositif. Aussi bien par rapport au logement en tant que tel (« *je l'ai tout de suite trouvé bien. Ça m'allait bien* ») que par rapport aux modalités d'accompagnement (fréquence, professionnels).

L'accompagnement :

L'accompagnement est perçu comme central dans la vie quotidienne des résidents. Il rythme d'ailleurs les semaines. Que celui-ci se fasse à domicile ou au CMP ou au CATTP.

L'accompagnement joue un triple rôle selon les résidents:

1- la protection

Il y a une dimension protectrice par rapport au sentiment d'insécurité que les personnes peuvent ressentir : elles considèrent qu'elles n'identifient pas toujours les signaux d'alertes et les situations à risque. Dans cet esprit, les visites sont perçues comme protectrices : « *ces visites servent à me cadrer. A ne pas prêter de l'argent à n'importe qui. Je prête et après je n'ai plus rien en fin de semaine. Je suis trop gentil, alors ils me protègent. C'est ce qu'ils disent. J'ai tendance à être trop gentil* ».

2- la surveillance médicale (l'effet miroir)

Les personnes décrivent les visites des professionnels (ils distinguent mal à ce propos le rôle différencié de chaque professionnel) comme des temps de « surveillance », de « contrôle » : « *Ils viennent pour s'assurer que je vais bien et pour me rassurer sur le fait qu'effectivement je vais bien* ». Ces visites jouent un rôle d'effet miroir : « *s'ils pensaient que ça allait pour moi, alors pour moi ça allait !* ».

3- la lutte contre l'isolement

De plus, les visites ont une réelle fonction de lien social. Pour les personnes les plus isolées, elles sont un temps de socialisation important qui « fait du bien » et qui aide à reconstruire des liens sociaux : « *ce suivi est très important, c'est primordial. Ça fait du bien de voir des gens, de discuter ; ça me libère psychologiquement* ».

Enfin, il est intéressant de noter que la fréquence des visites est décrite par l'ensemble des résidents comme étant la bonne (une seule souhaiterait que les soignants viennent plus souvent).

Elle est perçue comme étant négociée avec les soignants et comme un dispositif qu'ils peuvent mobiliser quand ils le souhaitent : *« une fois par semaine, c'est moi qui fixais la fréquence, ça me correspondait. Si ça n'allait pas, vous pouviez appeler les infirmières, et j'allais à l'hôpital pour trouver du soutien ».*

L'autonomie et la participation sociale :

Pour certains, l'accès à l'appartement est considéré comme un tournant dans leur parcours de rétablissement : comme s'il représentait le moment où la personne se reconnecte avec la vie ordinaire, avec la vie réelle en quelque sorte : *« il y a eu un vrai virage grâce à l'appartement, seule. En fait moi j'avais peur des autres malades ».*

La vie dans l'appartement se construit autour de l'acquisition d'une autonomie progressive ; l'autonomie s'illustrant par la capacité de la personne à prendre de la distance avec les équipes de soin et la stabilisation de leur situation.

« L'équipe mobile venait une fois sur deux puis une fois sur trois, et à la fin, ils ne venaient pratiquement plus. Ils m'expliquaient comment faire dans mon logement...ils me faisaient des dessins pour savoir comment m'en servir. Ça m'a beaucoup aidé ».

« Au début c'était un peu difficile. Bah, on se retrouve libre d'un seul coup, ça fait bizarre, on n'est plus assisté. Petit à petit, il faut prendre ses repères ».

« Oui, j'ai demandé qu'ils viennent une fois par semaine. J'avais l'impression d'évoluer à ce moment-là...ils constataient...et j'avais l'impression d'évoluer ».

Les équipes sont perçues comme des **garants** du processus de rétablissement dans lequel est entrée la personne.

Cependant, lorsqu'on interroge les personnes sur leurs activités quotidiennes et l'implication dans la vie de l'association, peu ont des activités en dehors du périmètre de l'hôpital : Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel (CATTP), association de patients, Groupes d'Entraide Mutuelle (GEM) et Etablissements et Services d'Aide par le Travail (ESAT) sont les lieux qui leur permettent de reprendre une activité régulière. Seul un résident travaille aujourd'hui en milieu ordinaire. Rares sont les résidents qui s'impliquent dans la vie de l'association ou dans des fonctions représentatives au sein du conseil d'administration.

Même si certains témoignages montrent à quel point le fait de vivre dans cet appartement est porteur d'espoir vers une autonomie idéalisée, celle d'un avenir où le stigmate de la psychiatrie aurait disparu, on observe une **ambivalence**. En effet l'appartement est tout à la fois, une fin en soi par rapport au vécu chaotique des hospitalisations et des expériences de précarité, et un espace de transition :

« Je souhaite un logement complètement autonome, parce que je souhaite être comme tout le monde, d'avoir un travail, même si je suis encore malade, j'ai envie d'être comme tout le monde »

« J'ai retrouvé confiance en moi. Les entretiens infirmiers m'ont ouvert le chemin pour ensuite pouvoir aller travailler. Les murs de l'appartement c'est contenant mais aussi c'est contraignant...ça vous rappelle que vous êtes malade. Parce que finalement on continue à parler de la maladie...mais ça vous pouvez le dire quand ça va mieux ».

« Mon projet : continuer à vivre dans l'appartement »

« Je souhaite aller mieux, rester dans l'appartement pendant 2 ans et prendre un appartement tout seul, et ils me laisseront tranquille ».

Partie 3 : Forces et faiblesses

Si l'on reprend nos propos introductifs et les écrits de Pascal Thys sur le logement, nous voyons bien dans quelle mesure ces dispositifs sont essentiels pour répondre à une grave problématique d'accès au logement pour les personnes en situation de handicap psychique, notamment pour des personnes qui se situent dans des franges intermédiaires de la dépendance et pour lesquelles il manque encore plus de dispositifs adaptés.

Des dispositifs à fort potentiel...

En premier lieu, ils réenclenchent le principe de citoyenneté mis à mal par les hospitalisations répétées et/ou de longue durée. En effet, au regard de la complexité des situations des personnes concernées par des troubles psychiques graves générant du handicap et une importante perte d'autonomie, ces dispositifs apportent une réponse globale qui réactive de façon puissante le projet de vie et la réinsertion sociale.

Le lieu de l'appartement, lieu de vie ordinaire et de droit commun, constitue un espace partagé par une diversité de professionnels du sanitaire, du médico-social et du social. En cela, il permet à la fois de développer des pratiques partagées autour du projet de vie de la personne, mais aussi d'envisager une qualité de la réponse qui couvre l'ensemble des champs de sa vie: soin, soutien et écoute, aide à l'autonomie quotidienne, accès aux droits, voire projet d'insertion professionnelle.

Ce sont des dispositifs pertinents car en cohérence avec les textes législatifs et les évolutions de la psychiatrie. En effet, la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances des personnes handicapées rappelle l'importance du droit commun comme cadre de référence prioritaire des dispositifs d'accompagnement des personnes en situation de handicap. La recherche de leur autonomie et l'importance de leur responsabilisation sont des éléments clés des dispositions actuelles dans le champ du handicap et de la santé mentale.

Par ailleurs, la lutte contre l'hospitalisme et la nécessaire revalorisation du soin psychiatrique en ambulatoire sont rappelées dans l'ensemble des rapports sur la psychiatrie en France ces 15 dernières années. Les pratiques de soin et d'accompagnement organisées autour des

appartements associatifs à visée thérapeutique sont en cohérence avec ces mouvements et recommandations.

Enfin, dans un domaine où la problématique des personnes dépasse largement la dimension médicale et où s'entremêlent des questions de précarité, d'addiction, d'isolement et de suivi, l'opportunité de dispositifs de droit commun souples (à la fois en termes d'organisation et en termes de conditions d'accès) est une force. Cela permet de répondre à une diversité de personnes et d'adapter la réponse au plus près de leurs besoins.

...sous réserve que certaines conditions soient remplies !

Le potentiel de ces dispositifs et leur bon fonctionnement sont cependant conditionnés à un certain nombre d'éléments.

Tout d'abord une **disponibilité** anticipée et organisée des équipes. L'existence d'une équipe mobile de secteur sur le territoire est bien évidemment un élément déterminant et facilitateur. De plus, elle passe la plupart du temps par l'existence d'une ligne directe, ou d'une permanence assurée par l'association. C'est un outil clé de veille, perçu comme une porte d'entrée efficace et pertinente au regard des besoins des personnes. C'est aussi dans le quotidien de l'accompagnement que se vit cette disponibilité, à travers la mise en place de suivis qui ne sont pas limités dans le temps et dont l'intensité varie en fonction des besoins de la personne. C'est grâce à cette disponibilité et cette réactivité que se met en place le travail de prévention, en même temps que le travail de soutien, rendus possible même pour des personnes très dépendantes.

La souplesse : moins souvent citée, la souplesse est un élément clé lorsque les responsables décrivent ces dispositifs. En effet, elle permet de répondre à des besoins extrêmement variés (à la fois en termes de soin et d'accompagnement social).

La mise en place du suivi et des modalités d'accompagnement sont variables selon les besoins des résidents et les dispositifs prévus par les associations : suivi par des infirmiers, des éducateurs... L'intensité et le rythme des visites ne sont pas prédéterminés. Cette souplesse apporte vraisemblablement un sentiment de sécurité professionnelle et de satisfaction pour les résidents car en cohérence avec la mission de l'association.

La prise en compte de la qualité de la relation aux soins comme élément de l'autonomie est essentielle pour la réussite. Les dispositifs d'appartements thérapeutiques sont des lieux privilégiés par rapport à **l'alliance thérapeutique et l'observance** selon les associations. Paradoxalement, c'est comme si la mise à distance de l'hôpital était favorable à la reconstruction du lien avec le soin et à l'acceptation des traitements. De plus, ces logements accompagnés sont parfois décrits comme des lieux où le soin se fait de façon qualitative, en opposition notamment au soin en CMP, où il est plus difficile d'avoir du temps avec les patients et où les conditions d'accueil ne sont pas toujours favorables. Ce sont des lieux qui participent positivement à la continuité des parcours. Par ailleurs, cela s'explique par le fait que l'acceptation du soin est un préalable à l'entrée dans le logement.

Ces dispositifs sont finalement des opportunités de mise en situation et d'évaluation précieuses dans le domaine du handicap psychique, particulièrement difficile à cerner. Cet aspect n'est cependant vertueux qu'à condition qu'une forme de **prise de risque et de gestion de l'incertitude** soit assumée. C'est en effet l'expérience de la vie en appartement qui permet de prédire le potentiel d'autonomie de la personne, et non l'inverse. Les associations décrivent précisément comment l'entrée dans l'appartement constitue une expérience pendant laquelle les professionnels redécouvrent ses capacités (capacités qui avaient été étouffées par la vie à l'hôpital). Ce sont vraisemblablement des espaces qui permettent aux soignants de projeter le patient dans une autre dimension, celle de la vie ordinaire. En ce sens, ce sont des dispositifs de restauration de la dignité et de la citoyenneté.

Un certain nombre d'obstacles et difficultés sont soulignés par les associations :

La fragilité du modèle économique : les associations qui gèrent ces appartements à visée thérapeutique sont essentiellement autofinancées par les loyers que leur versent les résidents et les aides au logement (Aide Personnalisée au Logement, APL, Allocation Logement Temporaire, ALT). Les coûts liés à la mobilisation des professionnels sont généralement supportés par les hôpitaux dotés par les Agences Régionales de Santé, ou par les associations gestionnaires du médico-social grâce à des subventions des conseils généraux. Ce modèle économique est très fragile car très dépendant du bon versement des loyers par les résidents. Ainsi, il crée parfois des biais en termes de sélection des résidents qui seront choisis par rapport à leur niveau de solvabilité. Le suivi et l'accompagnement des personnes sont par ailleurs souvent rendus possibles

par un investissement bénévole et militant des professionnels. Ce temps passé n'est jamais valorisé du point de vue financier. De plus, ce modèle économique va à l'encontre du principe même de prise de risque inhérent à l'incertitude caractéristique des pathologies psychiatriques.

Les liens avec les hôpitaux : plusieurs associations disent leurs difficultés à dialoguer avec les administrations des hôpitaux. Deux scénarios sont possibles : soit l'association est essentiellement financée par l'hôpital mais, pour ce dernier, le rôle de réinsertion sociale de ces associations est rarement considérée comme prioritaire par rapport à ses missions de soin; soit l'association n'est pas financée par l'hôpital qui freine au détachement du personnel soignant pour assurer le suivi dans les appartements. L'enjeu est alors celui de la reconnaissance des soins hors les murs en opposition à des soins au sein de l'hôpital considérés comme pouvant contribuer à une forme de chronicité. Cette difficulté est révélatrice de la position d'entre-deux occupée par ces dispositifs dans un système français cloisonné entre les dispositifs de soin et les dispositifs d'accompagnement.

Le partenariat avec les bailleurs : cette difficulté est très fréquemment citée tout en étant partiellement en contradiction avec le vécu des associations qui disent avoir tissé des liens étroits avec les bailleurs qui leur font confiance. Il semble que les possibilités de bénéficier de logements à louer à des prix raisonnables soient limitées (notamment en Ile de France ou dans les zones touristiques). Dans ce contexte, les associations mettent parfois plusieurs mois à trouver un logement et le perçoivent comme un obstacle direct à leur mission. Néanmoins, certains partenariats ont été possibles grâce à une forme de réciprocité : le bailleur social réserve des appartements à l'association en échange d'une disponibilité des équipes de soin en cas de besoin pour d'autres résidents du parc HLM.

Les résistances liées à la complexité même de l'habité psychotique : en effet l'expérience de l'appartement associatif fait apparaître des problématiques d'usage dans les appartements face auxquels les professionnels n'ont pas nécessairement de ressources (Vidal-Naquel, 2012). Reviennent régulièrement des problèmes d'hygiène, de non-appropriation du logement ou de surinvestissement...Les professionnels peuvent se trouver en difficulté entre la tentation de pousser le résident à « normaliser » sa façon d'habiter et la crainte de l'ingérence.

Conclusion

A la vue de ces éléments d'analyse sur un échantillon non représentatif de l'ensemble des actions des associations gérant des appartements associatifs à visée thérapeutique, mais néanmoins éclairant sur la diversité des pratiques, il nous semble important de noter quelques points essentiels.

Tout d'abord, le fait que ces dispositifs manquent clairement de visibilité et d'objectivité par rapport à leurs pratiques. On observe des confusions, même dans les textes les plus officiels, autour de ces dispositifs car, à part les personnes directement concernées, peu nombreux sont les professionnels qui comprennent bien l'action de ces associations (et notamment la différence par rapport à des dispositifs de résidences accueil, ou d'appartement de coordination thérapeutique par exemple).

Dans ce contexte, la question de l'évaluation et de la mesure de l'impact de ces dispositifs se pose clairement. A quoi servent-ils? Dans quelle mesure permettent-ils effectivement l'autonomie, la citoyenneté et le rétablissement? Quelle est leur valeur ajoutée par rapport à d'autres dispositifs?

Ces questions sont fondamentales pour prendre la mesure de l'action de ces associations notamment dans des territoires de grande précarité ou de désert médico-social.

Elles le sont également pour capitaliser, professionnaliser ces dispositifs qui peuvent souffrir d'approximation.

La mesure de leur impact de ces dispositifs pourrait se situer à 3 niveaux qui ont été travaillés en groupe lors d'une réunion des porteurs de projet en décembre 2013:

- 1- **L'impact sur la vie quotidienne des personnes** : en termes de qualité de vie, d'autonomie, d'accès aux soins, de prévention des rechutes médicales, de symptomatologie...Est-ce que la vie en appartement améliore effectivement la vie des personnes ?

Cet axe peut être abordé par 3 entrées. Tout d'abord la mesure de l'autonomie et des habiletés de la vie quotidienne par une évaluation longitudinale. En second lieu, la question de la socialisation peut être posée à travers l'observation de l'intensité des liens avec les proches et la capacité à se percevoir dans le futur à travers des projets (vacances...). Enfin, la santé est un élément central de la vie de la personne. Il s'agit là des évolutions des modalités et de niveau de consommation de soin à l'échelle de chaque individu.

2- L'impact sur la pratique des professionnels : capacité à travailler en équipes pluridisciplinaires, lutte contre l'institutionnalisation, évolution des représentations sociales des professionnels sur les patients, travail sur l'alliance thérapeutique, questionnement sur la qualité, pratiques de soin en ambulatoire... Dans quelle mesure ces dispositifs ouvrent-ils de nouvelles perspectives pour les professionnels du soin ?

Cet axe peut également être abordé par 3 entrées. En premier lieu, celle de l'hôpital. Existe-t-il au sein de l'institution un projet tourné vers la réadaptation, la réhabilitation ? Par ailleurs, peuvent être observées les pratiques professionnelles en termes de partenariats avec des associations extérieures à l'hôpital (espaces de co-construction et de co-décision). Enfin, la mesure au niveau de la qualité de la prise en charge à travers la mise en place de tableaux de veille sociale et sanitaire est un élément d'évaluation considéré comme pertinent.

3-L'impact sur la société : changement des représentations, lutte contre la stigmatisation, capacité à vivre ensemble, intégration dans la ville, activité professionnelle, actions culturelles, développement des solidarités... Dans quelle mesure, l'action de ces dispositifs favorise-t-elle l'inclusion et une meilleure acceptation de la psychiatrie au sens large par la société ?

Cette question de l'évolution de la société peut être traitée à différents niveaux. Un premier qui concernerait la mesure du seuil de tolérance dans l'environnement proche de la personne (voisinage). Plusieurs indicateurs peuvent être mobilisés : nombre de plaintes, incidents, gestes de solidarité... La mesure de l'évolution du regard, de la dé-stigmatisation pourrait également être proposée notamment grâce à une analyse linguistique sur le vocabulaire utilisé. Enfin, les dimensions territoriales sont importantes en mesurant notamment le rôle de ces dispositifs au niveau de la dynamique locale (CLSM, ateliers santé-ville...) et au niveau de la diminution des coûts de prise en charge des rechutes ou de la précarité.

Le compte-rendu de la réunion du 19 décembre en annexe du présent rapport apporte des éléments plus détaillés par rapport à la construction des indicateurs.

Synthèse et recommandations

Les appartements associatifs à visée thérapeutique remplissent pour les usagers une double fonction : sortir de l'hôpital et s'insérer dans la société.

Ils s'adressent à des personnes en situation de grande précarité financière et affective.

Ce sont donc des dispositifs essentiels tout à la fois de la lutte contre l'hospitalisme, contre la chronicisation, et en faveur de la participation sociale et de l'autonomie des personnes. Ils permettent d'envisager une stabilisation médicale et sociale pour des personnes vivant avec des maladies graves et un handicap que l'on peut considérer comme « lourd ».

Ils se situent dans des zones interstitielles pertinentes par rapport :

- à la discontinuité des parcours des personnes, inhérente à la pathologie, leur risques d'institutionnalisation et de dépendance, ou à l'inverse de précarisation et d'isolement.
- à la problématique globale de la personne à la fois d'un point de vue médical mais aussi social (ils remobilisent le projet de vie) ;

En effet, l'efficacité de ces dispositifs repose sur un suivi et un accompagnement de droit commun de la personne, dont les modalités et l'intensité ne sont pas standardisées mais construites et négociées à partir des besoins de la personne. En cela, ce sont des outils d'accès à la citoyenneté, déterminants pour envisager le rétablissement des personnes.

Cependant, il faut noter la fragilité dans laquelle vivent les associations qui aujourd'hui ne se maintiennent que grâce à un militantisme et un engagement bénévole importants de la part des professionnels qui en ont la charge.

Des dispositifs à fort potentiel :

- Ils sont des lieux privilégiés de collaboration entre les professionnels du sanitaire et ceux du médico-social qui partagent un objectif commun : la qualité de vie de la personne dans son logement et son autonomie.
- Ils sont des espaces de revalorisation des professionnels qui envisagent de nouvelles perspectives de rétablissement pour leurs patients et de nouvelles pratiques.
- Ils sont des dispositifs de droit commun et de mise en pratique du soin en ambulatoire.
- Ils représentent des opportunités pour les personnes de redevenir actrices de leur parcours de vie.

Un certain nombre de points de vigilances sont à noter :

- La **fragilité** du modèle économique et la difficulté à légitimer le financement de dispositifs globaux et intégrés qui supposent une forme de prise de risque négociée.
- Des difficultés avec les **administrations des hôpitaux** qui ne s'approprient pas ces dispositifs comme outil de prévention et de lutte contre la chronicité.
- La complexité des **partenariats avec les bailleurs**.
- La faiblesse des **actions de réinsertion sociale et professionnelle** dans des activités de droit commun et la participation sociale effective (soit des activités qui aident à retrouver un sentiment d'utilité sociale et qui se déroulent dans des lieux non spécialisés de la santé mentale).

Recommandations

- 1- **Objectiver** et mesurer l'impact de ces dispositifs sur la vie des personnes, sur les pratiques des professionnels, sur la société dans son ensemble
- 2- **Faire connaître ces dispositifs et valoriser** l'action menée par les associations et leur valeur ajoutée
- 3- Créer un **réseau** de professionnalisation et d'échanges de pratiques de ces associations gestionnaires d'appartements associatifs afin de soutenir et pérenniser ces dispositifs au travers de la transmission de compétences et la mutualisation sur certains projets.
- 4- Eclaircir le **modèle économique** de ces associations et envisager des scénarios de financement multiples
- 5- Encourager et professionnaliser les **partenariats avec les bailleurs**
- 6- Développer un **plaidoyer auprès des pouvoirs publics** pour inciter les responsables hospitaliers à soutenir les pratiques de suivi en ambulatoire

Annexes

1- Bibliographie

2- Liste des personnes et associations interrogées

3- Grille d'entretiens exploratoires

4- Grille d'entretiens – responsables associatifs

5- Grille d'entretiens – résidents/locataires

6- Schéma de synthèse de dispositifs étudiés

7- Comptes rendus des réunions de travail avec les porteurs de projet

1- Bibliographie

D. Migaud, A. Durrleman, J.M. Bertrand, L'organisation des soins psychiatriques, rapport de la Cour des Comptes, 2011.

M-C., Ponsard, Les hébergements des patients psychiatriques. Réflexion à partir **P.** des expériences en Ile-de-France, Revue Pluriels, n°65, février 2007.

Vidal-Naquel, La question des « troubles de l'habiter » dans les appartements de coordination thérapeutique, Note de synthèse, CERPE, 2012.

P. Thys, Le logement des personnes en souffrance mentale: un problème trop peu pris en compte dans les politiques de logement, revue Passerelle, juin 2012.

L. Velpry, Vivre avec un handicap psychique: les appartements thérapeutiques, Revue Française des Affaires Sociales, la documentation française, 2009.

L. Velpry, Le quotidien de la psychiatrie, Armand Colin, 2008.

G. Vidon, J-M. Antoine, De l'hébergement thérapeutique au « Un chez soi d'abord », l'information psychiatrique, vol. 89, n°3, mars 2013.

« Logement associatif et psychiatrie de secteur », dossier croix marine de juin 2000

« Logement, accompagnement et troubles psychiques », revue Pratiques en santé Mentale 2011, n°4.

« Pensions de famille, bilan et perspectives », 5^{ème} rencontre nationale des pensions de famille, 2013.

« Guide des pratiques partagées d'accompagnement vers et dans le logement des personnes souffrant de troubles psychiques », AGAPSY, 2012.

Rapport Cour des comptes 2011

2- Liste des personnes interrogées

M. Clément Bonnet	Président du comité scientifique
Mme Elisabeth Baldo	Membre du comité scientifique
Mme Colette Saint-Sauveur	Membre du comité scientifique
Mme Dolores Lina Torres	Membre du comité scientifique
M. Charles Alezrah	Membre du comité scientifique
M. René Baptiste	Membre du comité scientifique
Mme Brigitte Fages	Membre du comité scientifique
M. Laurent El Ghozi	Membre du comité scientifique
M. Yohanes Makandi	Membre du comité scientifique
Mme Groshans-Weber	Association Appart
Mme Verdier	Association d'entraide et sportive du Gers
M. Méchain	CH Léon Grégory
Mme Kouba	Association Jean Dublineau
M. Danan	ARISMM
Mme Jollain	Association Ensemble
M. Fritiau	ACAP
M. Chalet	Association Entraide Caen Est
M. Renaud M. Percher Mme Théron	Association Entraide La Cordée
M. Quilichini	Association Alternative XI
Mme Simounet	Association CAIRNS
Mme Cadenel	AGATE
Melle Naud	Résidente / locataire
M. Duval	Résident/ locataire
M. Boisson	Résident/ locataire
M. Thierry	Résident/ locataire
Mme Flety	Résidente / locataire
Mme Schoose	Résidente / locataire
Mme Vicaire	Résidente / locataire
M. Gomes	Résident/ locataire
M. Abdelhak	Résident/ locataire
Mme Ajeje	Résidente / locataire
Mme Cornélia	Résidente / locataire

Pour des raisons de confidentialité certains noms ont été modifiés

3- Grille d'entretiens exploratoires

Nom :

Titre :

Fonctions/activité :

Date :

Définition / Caractéristiques / Spécificités

- Comment définiriez-vous les appartements associatifs à visée thérapeutique ?
- Quelles sont les caractéristiques de ces dispositifs ? Quelle en est la particularité ?
- Qu'est-ce qui différencie les appartements thérapeutiques des résidences accueil ou des autres dispositifs d'accès au logement ? Dans le champ médico-social ou sanitaire ?
- Comment sont financés ces appartements ?
- Quel est leur statut ?
- A qui s'adressent ces appartements ? Quelle est la population concernée ?
- Qui gère ces dispositifs ?

Mission / Intérêts / Enjeux de développement

- Les appartements répondent à quels besoins selon vous ? au niveau médical ; au niveau social ; au niveau individuel ; au niveau collectif.
- Quelle est la mission initiale de ces appartements ?
- Avez-vous le sentiment que ces appartements continuent à remplir cette mission ? Pourquoi ?
- Quel est l'intérêt pour les patients de rentrer dans des appartements associatifs à visée thérapeutique ?
- Pourquoi ces dispositifs ont-ils été imaginés selon vous ?
- Quelle est leur valeur ajoutée par rapport à d'autres dispositifs d'accès au logement ?
- Ces dispositifs ont-ils un avenir selon vous ? Pourquoi ?
- Que faudrait-il éventuellement faire évoluer ?
- Le statut administratif et juridique de ce dispositif vous semble-t-il pertinent ? Pourquoi ?
- Quels sont selon vous les besoins en termes de logement pour les personnes handicapées psychiques ?

Points faibles / Points forts

- Quels sont pour vous les points forts de ces dispositifs ?

- Quels sont pour vous les points faibles de ces dispositifs ?
- Les limites de leur fonctionnement ?
- Avez-vous eu des expériences négatives au sein de ce dispositif ? Comment l'analyseriez-vous ?
- Seriez-vous capable de décrire le fonctionnement administratif de ces dispositifs ?
- Comment seriez-vous amené à qualifier qu'un dispositif d'appartement associatif à visée thérapeutique fonctionne bien ?
- Quels sont selon vous les indicateurs de réussite ?
- Quels sont les objectifs qualitatifs et quantitatifs de ces dispositifs ?

Expérience professionnelle dans ces appartements thérapeutiques

- Dans votre expérience professionnelle avez-vous eu l'occasion d'observer le fonctionnement de ces appartements ? A quelles occasions ?
- Pouvez-vous me raconter une expérience, positive ou négative, dont vous auriez eu connaissance de ce dispositif au regard de votre pratique professionnelle ?
- Avez-vous été témoin de l'évolution psychique positive de patients grâce au travail thérapeutique effectué en appartement thérapeutique ?

4- Grille d'entretien - responsables associatifs

Nom :

Fonctions :

Association :

Ville :

Date :

Séquence 2 - Entretien semi-directifs

Introduction : Historique de l'association

1- Description du dispositif de logements

Combien de places ?

.....

Combien de logements ?

.....

Ces appartements sont-ils collectifs ou individuels ?

.....

Depuis quand avez-vous mis en place ce dispositif de logements?

.....

A qui appartiennent ces appartements ?

.....

Qui gère ces appartements ? Est-ce que cela a toujours été le cas ? Qu'en pensez-vous ?

.....

Où ces appartements sont-ils situés par rapport à l'établissement hospitalier ?

.....

Combien de personnes ont-elles bénéficié de ce dispositif depuis sa création ?

.....

A quel besoin ce dispositif de logement est-il censé répondre?

.....

Quelle est leur mission principale selon vous ?

.....

2- Fonctionnement

A qui s'adressent ces appartements ?

.....

Y-a-t-il un certain type de patients auxquels s'adressent plus particulièrement ces logements ?

.....

Quel est le statut des personnes qui vivent dans ces appartements ?

.....

Ces personnes sont-elles orientées dans ces appartements ? En quelle proportion ?

.....

Quelle est la proportion de personnes qui sont sous tutelle ou curatelle ?

.....
Comment fait-on pour entrer dans un appartement ?

.....
Qui décide ?

.....
Y-a-t-il une évaluation préalable à l'entrée dans le logement ? Si oui, sur quels critères ?

.....
Une évaluation au cours de la vie dans le logement est-elle prévue?

.....
Y a-t-il une contractualisation ? Entre qui et qui ? Sur quels aspects ?

.....
Qu'attend-on de la personne qui entre dans l'appartement ?

.....
Combien de temps peut-elle y rester ? Pourquoi ?

.....
Qui paye le loyer ? A quelle hauteur ?

.....
A quel moment la personne sort-elle du dispositif des appartements associatifs ? Pour aller où ?

.....
Comment s'organise ou se prépare la sortie ?

.....
Quels sont vos partenaires dans ce dispositif ?

.....
Etes-vous en lien avec des associations de quartier ou de droit commun ? Lesquelles ? A quelles occasions ?

3- Soins et accompagnement

.....
Qui visite les personnes dans les logements ? (lister l'ensemble des professionnels)

.....
Combien de fois par semaine ?

.....
Quelle est la fonction des professionnels qui visitent les personnes dans la journée ? (décrire leur fonction et les actions menées)

.....
Pourquoi viennent-ils dans l'appartement ? Pour quoi faire ?

.....
Y-t-il d'autres rencontres organisées en dehors de l'appartement ? A quel moment ? Pourquoi ? Avec qui ?

.....
Que font les personnes dans la journée ?

.....
Quelle est la participation des usagers dans le dispositif ? A quels moments précis cela se passe-t-il ?

4- Votre vision du dispositif

Considérez-vous cette expérience comme un échec ? Une réussite ? Pourquoi ?

.....

Quels sont selon vous, les facteurs de réussites ? Les conditions de réussite ? Pouvez-vous les lister ?

.....

Quelles sont vos perspectives par rapport à ce dispositif ? (projets, développements...)

.....

Envisagez-vous de le développer?

.....

Quel a été selon vous le bénéfice (ou non) pour les patients qui ont été inclus dans ce dispositif ?

.....

Quelle a été l'évolution générale (au niveau clinique) des patients qui en ont bénéficié ?

.....

Que sont devenues les personnes qui ont bénéficié de ces logements ? (merci de décrire précisément les parcours connus depuis 3 ans)

.....

Quel est l'impact de ces appartements dans la vie du quartier ?

.....

Avez-vous le sentiment que ces appartements répondent aux besoins pour lesquels ils ont été imaginés ? Pourquoi ?

.....

Comment décririez-vous les points forts de ces logements ?

.....

Quels sont les points à améliorer ?

.....

5- Le soutien de la Fondation de France

Quand avez-vous fait une demande auprès de la Fondation de France ?

.....

Comment avez-vous eu connaissance du programme Maladies psychiques?

.....

Quel montant avez-vous demandé ? Pour faire quoi ?

.....

Qu'est-ce que cela a permis de mettre en œuvre ?

.....

En êtes-vous satisfait ? Pourquoi ?

.....

Avez-vous envisagé de solliciter à nouveau la Fondation de France ?

.....

Si oui, pour quel type de projets ?

.....

5- Grille d'entretien – Résidents / locataires

Nom :

Association :

Ville :

Date :

Pouvez-vous vous présenter rapidement :

Séquence 3 - Entretiens courts-résidents des appartements

1- Avant l'entrée dans l'appartement

Comment avez-vous entendu parler de ces appartements ?

.....

Qui vous en a parlé ? Votre médecin ? Un ami de l'hôpital ? Une assistantes sociale ?

.....

A quel moment vous en a-t-on parlé ?

.....

Qu'est-ce que vous vous êtes dit à ce moment-là ?

.....

Qu'est-ce que ça représentait pour vous ?

.....

Avant d'entrer à l'hôpital aviez-vous votre propre appartement ?

.....

Est-ce que vous êtes resté longtemps à l'hôpital avant d'entrer dans l'appartement ?

.....

Est-ce que vous vous sentiez prêt à vivre dans un appartement ? Pourquoi ?

.....

Est-ce que vous vous êtes préparé à vivre dans un appartement seul ? Comment ?

.....

.....

2- L'entrée dans l'appartement

Quand êtes-vous entré dans cet appartement ?

.....

Comment s'est passé le déménagement ?

.....

Est-ce que c'est vous qui avez choisi cet appartement ?

.....

Est-ce qu'il vous a tout de suite plu ?

.....

Quelles sont les personnes qui vous ont aidé ?

.....

Diriez-vous que cela a été facile ? Difficile ? A quel moment ?

.....

Pourquoi ?

.....

3- La vie dans l'appartement

Comment se passent vos journées ? Vos semaines ?

.....

Quels sont les moments que vous préférez ? Pourquoi ?

.....

Est-ce que vous travaillez ? Si oui, combien de temps par semaine ?

.....

Est-ce que vous avez des visites des infirmiers ou des médecins ? Combien de fois par semaine ?

.....

Est-ce que c'est le bon rythme pour vous ?

.....

Est-ce que vous souhaiteriez qu'ils viennent plus souvent ? Moins souvent ? Pourquoi ?

.....

A quoi servent ces visites selon vous ?

.....

Est-ce que vous allez au CMP, ou au CATTP ? Combien de fois par semaine ?

.....

Est-ce qu'il y a d'autres personnes qui vous aident dans votre vie quotidienne ?

.....

4- Votre vision

Est-ce que vous avez l'impression que vous allez mieux depuis que vous êtes dans cet appartement ? Pourquoi selon vous ?

.....

Est-ce que cela vous a aidé dans votre vie ? Pourquoi ?

.....

Si vous n'aviez pas pu entrer dans cet appartement, qu'auriez-vous fait ?

.....

Etes-vous impliqué dans la vie de l'association ? Comment ? Participez-vous aux réunions et aux AG ?

.....

Quels sont les points qui pourraient être améliorés selon vous ?

.....

Quels sont vos projets ? Vos souhaits ?

6- Tableau de synthèse des dispositifs étudiés

272 places de logement pour 150 logements environs	
75 places en résidence accueil	
153 places en appartements individuels	119 en collectif (3 – 5 personnes)
166 logements	
74 dans le parc public (logement social)	77 appartiennent à des particuliers
<i>15 logements appartiennent à des hôpitaux</i>	

7- Comptes rendus des réunions de travail avec les porteurs de projets

Compte rendu de la réunion du 26 septembre 2013

Fondation
de
France

Journée d'échanges

« Les appartements associatifs à visée thérapeutique »

Le 26 septembre 2013

Liste des participants :

- Associations :
 - Carole Jollain, association Ensemble
 - Jean-François Delaporte et Jean-Claude Fritiau, association ACAP
 - Sylvie Peron et Denis Percher, association Entraide La Cordée
 - Michèle Danan, association ARISMM
 - Gabriel Peyronel, association Solidarité Réhabilitation
 - Elisabeth Weber et Ingrid Groshans, association APPART
 - Annick Kouba, association Jean Dublineau
 - Hélyette Lefebvre et Marie-Christine Ottobruc, association AGATE
 - Alain Roche, CH Léon Grégory
 - Dolorès Torrès, association Alternative 11
- Intervenantes :
 - Claire Leroy-Hatala
 - Livia Velpry
- Membres du comité d'experts du programme « Maladies psychiques » de la Fondation de France :
 - Clément Bonnet, président du comité
 - Yohanes Makanda

- Dolorès Torrès
- Laurent El Ghozi
- Instructrices Fondation de France :
 - Aline Peyrègne
 - Isabelle Bardet
- Fondation de France :
 - Mireille Davidson
 - Djiba Surena
 - Karine Pouchain-Grépinet

Introduction

Mireille Davidson, expert Santé à la Fondation de France :

La Fondation de France met en œuvre, à l'heure actuelle, une vingtaine de programmes dans différents champs de l'intérêt général. La fondation a harmonisé ses pratiques : un programme a une durée de 15 à 20 ans. Les appels à projets sont voués à évoluer au cours des années en fonction des besoins et des prises en compte de ceux-ci par les pouvoirs publics. L'analyse des projets que nous finançons nous permet notamment d'aiguiller nos appels à projets, et ce sera le cas à l'issue des travaux de ce groupe.

Le programme « Maladies psychiques » de la Fondation de France a vu le jour en 2004. Il a été évalué en 2010-2011 : les commentaires et préconisations de cette évaluation ont été mis en pratique. La journée d'aujourd'hui entre dans le cadre de ces recommandations : l'une d'entre elles suggérait de regrouper les actions financées par thématique et de les capitaliser. **Ce groupe de travail est donc un focus sur les appartements à visée thérapeutique dans le cadre du thème de l'hébergement des personnes souffrant de troubles psychiques.**

Clément Bonnet, Président du Comité d'experts du programme « Maladies psychiques » :

Les appartements associatifs à visée thérapeutique sont des réalisations qui sont portées par les équipes sectorisées de santé mentale. Ils s'inscrivent dans le mouvement des structures intermédiaires théorisé par Jean-François Reverzy en 1979, qui entendait créer des interfaces entre le sanitaire et le social, entre le dedans et le dehors. Ce mouvement intervient après la loi de 1975 qui a permis aux personnes malades d'avoir notamment accès à des ressources financières

Aujourd'hui qu'en est-il de ces dispositifs ?

Ces dispositifs s'intègrent dans le cadre de l'article 93 de la loi de santé de 2002. Une association à Cannes utilisait des termes intéressants pour qualifier son action dans le cadre de notre appel à projets : « accompagnement métissé des savoirs initiés et des savoirs profanes ».

Analyse du titre de notre journée : les appartements associatifs à visée thérapeutique sont portés par des associations souvent greffées sur des hôpitaux, donc à objet sanitaire, définissant des objectifs thérapeutiques pour les personnes suivies.

Dans le cadre du programme de la Fondation de France, les projets que nous soutenons doivent être innovants, et doivent affirmer des accompagnements concertés entre le secteur médical, social et médico-social. Pour examiner ces projets, le comité doit aussi analyser ce qui existe sur un territoire (tenir compte du territoire et de ses ressources). Or, les ressources sont très différentes d'un territoire à l'autre, et sur le plan national ces ressources évoluent : **le comité s'interroge donc de façon continue sur l'évolution et les dispositifs existants sur ces territoires.** Le comité a remarqué que beaucoup de projets sont soutenus par le social et le médico-social, mais que très peu de projets sont issus du sanitaire. Ceci pose question.

Les ressources du sanitaire sont-elles en train d'évoluer ? Pourquoi ces associations apparaissent-elles moins dans nos remontées de projets ?

A la lecture des projets reçus, l'argumentation des associations est souvent rédigée comme suit : « notre projet doit favoriser l'accès et le maintien du recours aux soins par le recours à l'accompagnement social ». Mais on ne lit pas l'inverse : favoriser l'accès et l'inscription dans le champ social par le recours aux soins.

Le comité s'interroge donc sur ce déséquilibre entre, d'un côté, le « care » qui serait amené à porter vers le « cure », et non l'inverse. Une bascule observée est-elle en train de s'installer ? Y a-t-il des tendances évolutives profondes ? Doit-on adapter notre appel à projets en fonction de cela ?

Claire Le Roy-Hatala, sociologue :

Il était important que les associations comprennent bien les attentes de la Fondation de France et plus particulièrement du comité. Cette journée a pour vocation d'aider les associations à s'interroger sur leurs pratiques.

Aujourd'hui, il s'agira de partager les premiers résultats de l'étude menée depuis le mois de mai, puis d'avoir un temps d'échanges pour que les associations puissent réagir sur ces premières analyses.

Tour de table sur les attentes de la journée / questions des associations :

Association Ensemble (Nancy):

L'association a été créée à Nancy il y a 32 ans sous l'impulsion de la psychiatrie, s'appuyant sur la circulaire de 1958 donnant la possibilité de mener des activités hors les murs. Par ce biais, l'association a été confrontée à la problématique du logement : elle a donc mis en place dans les années 80 et 90 des logements associatifs pour des personnes suivies au long cours en psychiatrie. Ces personnes sont devenues sous-locataires. L'association a pu créer un poste salarié pour développer les différents axes de ce service et notamment la création d'une pension de famille sur le modèle des résidences sociales. Aujourd'hui, l'association a multiplié son offre : 115 places de logements sur le département en intermédiation locative, 3 maisons relais, 1 Résidence-accueil, 1 résidence sociale pour malades psychiques, des lieux d'accueil ainsi que le parrainage de GEM pour l'accompagnement dans la cité. La psychiatrie est un partenaire privilégié dans le cadre d'une convention avec l'association, qui est revisitée régulièrement : les équipes de soins interviennent dans le cadre de visites à domicile. L'association gère l'aspect locatif (baux, relations entre les propriétaires et le voisinage). Elle salarie le personnel : en effet, cela fait suite à un besoin de clarification exigé par la cour régionale des comptes entre ce qui relevait de la valorisation de l'hôpital et ce qui relevait de l'association. La subvention de l'hôpital est d'environ 48 000 euros : il met également à disposition du temps de coordination des logements (une infirmière de formation + 1 secrétaire). En outre, l'hôpital fournit un siège à l'association au sein du Centre Psychothérapique de Nancy : il y a donc une forte empreinte de l'hôpital et un véritable engagement de la direction de l'hôpital. Le statut des personnes suivies est assez lourd.

Attentes par rapport à cette journée : L'association Ensemble est intéressée à rencontrer des pairs qui font la même chose qu'elle. Ces temps de rencontres sont trop rares sur cette thématique. L'association avait pu assister à des réunions de la MNASM qui a malheureusement cessé ces actions. L'association aurait besoin de comprendre comment cela se passe ailleurs pour voir comment se fait l'articulation entre le médical et le social.

Yohanes Makanda, membre du comité de la Fondation de France :

Il souhaite prendre connaissance d'un sujet qu'il maîtrise moins, et apporter en tant qu'ex-usager de la psychiatrie un éclairage complémentaire à nos débats.

Association APPART (Mulhouse) :

L'association a été créée, il y a 20 ans, par des travailleurs sociaux. Le constat de départ était la difficulté de logement pour les personnes malades. Les résidents avaient des difficultés à se faire accompagner par la psychiatrie, cela prenait même parfois la forme d'un ras-le-bol de ces personnes vis-à-vis des soignants quand bien même ils avaient besoin de soins. La psychiatrie n'est pas présente dans l'histoire de la création

de l'association. Toutefois, les liens existent bien évidemment avec la psychiatrie : convention entre les deux pour le suivi des personnes même hors-secteur.

Aujourd'hui, l'association gère 15 appartements pour 3 à 5 personnes par appartement (colocation). L'association est locataire et elle les sous-loue à des personnes ayant essentiellement comme ressources l'AAH. Suite au désistement de la CPAM, l'association a créé une résidence-accueil : 51 places dont 35 subventionnées par la résidence. L'association bénéficie de 4,5 ETP de travailleur social. Le personnel sanitaire intervient lors de visites à domicile. L'association ne reçoit aucune subvention venant du milieu hospitalier. Ses financements proviennent du Conseil Général, des 14 euros par jour et par personne de la résidence-accueil, et de subventions ponctuelles exceptionnelles comme la Fondation de France par exemple.

Attentes par rapport à cette journée : curiosité sur le fonctionnement, on entend beaucoup parler de ce lien avec l'hôpital, mais l'association a la volonté de fonctionner différemment (volonté des travailleurs sociaux et des résidents). Le contexte territorial est pauvre : il y a très peu d'appartements dans le Haut-Rhin (3 ou 4 seulement).

Centre Hospitalier de Thuir / association ACAL :

Le volet hébergement est couplé entre les 2 structures travaillant sur la réhabilitation psychosociale. ACAL a pu ouvrir 11 places en résidence accueil pour reloger des patients en sortie d'hôpital. Aujourd'hui, l'association gère 30 places. L'hôpital contribue au projet par une mise à disposition d'un temps d'infirmier en psychiatrie (1,5 ETP). Un moniteur éducateur et un contrat aidé (CAE) ont été embauchés comme hôtes de la résidence par l'association. L'équipe mobile se déplace dans les appartements et assure le suivi du traitement, ainsi que le travail de réhabilitation et de lien avec les autres structures de psychiatrie (hôpital de jour, CMP). L'hôpital gère aussi des appartements thérapeutiques. Ils observent un faible taux de ré-hospitalisation.

Attentes par rapport à cette journée : confronter les expériences ; étonnement exprimé de voir qu'il y a tant d'associations sur ces questions

Association Entraide La Cordée, (Poitiers) :

L'association gère un groupement d'appartements en intersectoriel ; elle bénéficie d'une manne ancienne (issue de la production autrefois des malades à l'hôpital) qui lui permet de subventionner ses actions. Elle met en place des baux glissants avec des bailleurs le plus souvent sociaux. Le suivi proposé est dit « intensif », à la fois médical et social (intégration vers les associations comme les MJC). Les appartements sont individuels (pas de colocation car difficulté de s'entendre entre résidents). L'association observe moins de demandes des secteurs car d'autres dispositifs de logement ont été créés sur le département (maisons-relais notamment). L'association a donc dû abandonner un certain nombre d'appartements. Les appartements sont donc mobilisés en fonction des besoins : le nombre varie souvent.

L'association n'a pas de subvention pour le travail d'accompagnement social, il est donc lié aux moyens des patients. L'association constate une difficulté à travailler avec les bailleurs sociaux.

Attentes par rapport à cette journée : l'association aimerait pouvoir obtenir un nouvel appartement pour évaluer les capacités d'habiter des personnes. Est-ce que cela se fait ailleurs ? Elle souhaiterait recueillir des idées/réactions pour ce projet ? Des pistes de financement ?

ACAP (Gonesse):

L'association a été créée il y a 20 ans par l'hôpital pour gérer le budget des activités d'ergothérapie. L'association a connu une période difficile (fermeture d'appartements). Depuis 5-6 ans, un nouveau dynamisme se fait jour : 4 appartements ont ouvert et l'association s'est ouverte à une nouvelle commune, Garges-Lès-Gonesse. Elle a un bail glissant pour un studio, le reste étant en colocation. Elle éprouve des difficultés pour mobiliser du personnel (manque de détachement de l'hôpital), pour trouver de nouveaux logements en région parisienne, pour financer le dispositif (faibles subventions des communes). La structure se présente comme modeste, « bricolant », mais le service apporté est crucial pour les personnes. La difficulté majeure est l'accompagnement « concerté » entre les secteurs sanitaire, social et médico-social. L'association est située, selon elle, dans un environnement isolé, sans psychiatrie « communautaire ». Elle souhaiterait pouvoir bénéficier d'un Conseil Local de Santé mentale (CLSM) sur son territoire pour aider en ce sens. Le label de la Fondation de France pourrait créer un appel d'air pour d'autres financeurs.

Attentes par rapport à cette journée : surpris de voir qu'ils ne sont pas tous seuls !

Solidarité Réhabilitation (Marseille) :

Créée il y a 12 ans par des familles. L'association gère 5 appartements aujourd'hui. Elle connaît de grosses difficultés de financement, et pour trouver des appartements. Elle a mis en œuvre des liens avec « Loger Marseille Jeunes » pour trouver des logements. Elle observe un vrai bénéfice pour les personnes suivies : pas de ré-hospitalisation (pour 80% des personnes), orientation vers l'emploi. L'association bénéficie de soutien ponctuel (environ 6000 euros de la CPAM), mais peu de la municipalité, ni de l'APHM. Elle a la chance d'avoir quelques fonds propres par des prestations de formation, ainsi qu'une secrétaire en emploi aidé.

ARISMM (Marseille) :

Elle a été créée en 1982 à une époque où les enjeux principaux étaient de faire sortir les malades de l'hôpital. La question de l'hébergement n'était pas cruciale même si c'était un bon moyen de travailler l'insertion dans la cité. Au début l'association a privilégié les logements collectifs. Elle en a toujours 3 aujourd'hui. Mais elle a évolué vers des appartements individuels (19 appartements à ce jour). Sa spécificité est qu'il s'agit d'une association de soignants et de patients, qui se rencontrent tous les 15 jours avec les personnes hébergées autour d'un café, ainsi que lors de l'Assemblée Générale.

C'est un lieu où les patients peuvent se soigner les uns les autres. L'association nous raconte une anecdote pour illustrer ce constat : une personne ré-hospitalisée avait beaucoup détérioré son logement. La réhabilitation de l'appartement prenait du temps à se mettre en place ; le nouveau bénéficiaire ne pouvait donc pas emménager. Les patients eux-mêmes ont souhaité rénover l'appartement avec l'encadrement d'un soignant pour aider leur pair.

ARISMM analyse l'évolution actuelle : maintenant c'est par le social/la précarité qu'on fait accéder les personnes aux soins, tout du moins dans les grandes villes (exemple d'Housing First), ce qui peut expliquer l'analyse introductive de Clément Bonnet.

La subvention de la Fondation de France a permis la réhabilitation de plusieurs anciens appartements. En conséquence, le bailleur social leur a donné 5 appartements en plus en forme de remerciement !

Association Jean Dublineau (Neuilly sur Marne):

L'EPSM Ville Evrard craignant la gestion de fait leur met des bâtons dans les roues. La subvention de la Fondation de France leur a permis de se dégager de la dépendance financière de l'hôpital. L'EPSM ne veut pas que des soignants soient dans le bureau ou le Conseil d'Administration (CA) des associations. Elle ne reçoit que 4000 euros de l'EPSM.

L'association gère 2 appartements thérapeutiques depuis 30 ans, 4 studios et 1 maison collective. Elle observe un travail thérapeutique fabuleux par les outils que sont les appartements.

AGATE (Paris):

L'association est issue de la psychiatrie mais l'hôpital a depuis lors mis en avant la gestion de fait (pas de moyens humains du sanitaire pour des actions sociales). Ainsi, dans les 6 secteurs de psychiatrie, 5 associations de secteur ont subi la pression de l'hôpital. AGATE a donc été créée dans ce contexte pour regrouper ces associations. L'association gère ainsi 36 logements, soit 59 places, en sous-location. Le CA est très impliqué (présence de soignants dans le CA) ; l'association reçoit une subvention de l'hôpital Esquirol (environ 50 000 euros). Les logements sont situés à 36% chez des bailleurs privés, le reste chez des bailleurs sociaux. 2 salariés ont été embauchés pour coordonner les appartements. AGATE a le souci de toujours inscrire ses actions dans les politiques publiques de logement : elle a un agrément intermédiation. Chaque secteur garde la possibilité de gérer les places sur son territoire. AGATE a une convention avec l'hôpital. Elle essaie de distinguer au quotidien ce qui relève du soin psychiatrique et ce qui relève de la gestion locative (assurée par l'association).

Alternative 11 (Marseille):

L'équipe de secteur a créé l'association en 1987. L'association a pour postulat que l'accompagnement dans les appartements fait partie intégrante du soin : des visites à domicile sont donc notamment organisées dans la logique de ce que doit être le secteur. L'association a failli fermer maintes fois du fait du turn-over des équipes. Elle gère aujourd'hui 15 appartements (contre 25 il y a 10 ans) en privilégiant la logique de bail glissant. Elle vise essentiellement des patients psychotiques (soit environ 60 bénéficiaires depuis le début de son action). L'équipe de secteur demeure caution solidaire. L'association a son siège au CMP.

A Marseille, pour 6 secteurs de psychiatrie, il y a 3 associations dites de secteur. Les secteurs qui ont voulu créer des associations récemment ne l'ont pas pu car la direction hospitalière souhaiterait à terme une association unique.

Les associations seraient d'accord pour ce rapprochement à condition de pouvoir conserver des sous-comptes sectoriels et de pouvoir garder 10 appartements par secteur (bail glissant). L'association bénéficie d'un gros soutien de la coordination santé mentale de la ville. Mais, en termes de financement, la direction de la cohésion sociale ne joue plus le jeu.

Attentes par rapport à cette journée : recenser la diversité, voir la subtilité des montages. Cela peut constituer un levier national pour se coordonner, attirer l'attention des pouvoirs publics sur ces dispositifs avec ce métissage sanitaire/social.

Laurent El Ghozi, membre du comité d'experts de la Fondation de France (et par ailleurs président d'un **Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques des usagers de drogues** CARUUD) :

Le bénéfice des appartements est évident pour les personnes (cf. évaluation des dispositifs « Housing First » aux Etats-Unis ou au Canada). Les difficultés rencontrées sont cependant importantes : l'acceptabilité de ces dispositifs, leur financement, les glissements entre ces dispositifs et les appartements de droit commun, etc.

Il ne doit pas y avoir une seule solution mais il est bon d'offrir une palette de dispositifs. Le monde a changé : hausse de la précarité, hôpitaux psychiatriques se recentrant sur le soin « pur », or le logement est thérapeutique. Si on considère que l'objectif est la citoyenneté des personnes, les élus locaux sont responsables : les conseils locaux de santé mentale (CLSM) peuvent par exemple casser leurs réticences ; les groupes d'entraide mutuelle (GEM) sont aussi des outils essentiels en la matière.

Présentation des premiers résultats, Claire Le Roy Hatala (cf. présentation PowerPoint)

- **Partie 1: Présentation de l'étude**
 - Les objectifs de l'étude
 - Personnes interrogées
 - Cadre méthodologique
 - Les différentes étapes
- **Partie 2: les enjeux**
 - Pourquoi les appartements associatifs à visée thérapeutique?
 - Le cadre réglementaire
 - Le cadre théorique
- **Partie 3: les premiers résultats**
 - Le fonctionnement
 - La mission / vocation
 - L'accompagnement....

Remarques et commentaires sur le PowerPoint présenté :

Partie 2 : le cadre réglementaire :

Les associations recommandent de faire un focus sur l'article 93 de la loi de 2002, article leur permettant de se battre contre la gestion de fait.

Partie 2 : Aujourd'hui

Les appartements thérapeutiques ne sont jamais distingués des appartements associatifs dans les chiffres donnés par les pouvoirs publics. Or, dans les pratiques, ce sont des dispositifs très différents. Cette confusion est révélatrice de la non visibilité des appartements associatifs.

L'évolution des chiffres montre bien la pression que les associations ont subi (pression budgétaire, et/ou de l'hôpital, qui a conduit à la baisse du nombre d'appartements).

- ⇒ Suggestion de mettre sur cette page l'expression « appartements thérapeutiques » entre guillemets ?
- ⇒ peut-on affiner la présentation des 22% des secteurs de psychiatrie qui disposent de ce type d'appartements ? Lesquels sont-ils ? Zone rurale versus urbaine ?

Partie 3 : les premiers résultats

(Attention, erreur de chiffres : 166 logements environ étudiés)

Situation géographique des appartements : beaucoup d'associations cherchent des appartements qui soient proches des lieux de soins, y compris de l'hôpital ; d'autres associations disent privilégier des

appartements en ville, dans la vie de la cité, accessibles, et près des lieux de commerce et de socialisation, même si le lieu de soins est alors plus éloigné.

Logement individuel vs collectif : les appartements sont individuels et parfois regroupés dans un même immeuble, pour favoriser les liens entre bénéficiaires. Les associations constatent de vraies difficultés liées à la colocation. Ce sont souvent les bénéficiaires eux-mêmes qui refusent cette colocation (cela pose la question du choix des personnes).

Durée dans le logement : seules 2 associations étudiées limitent dans le temps l'occupation du logement (6 mois renouvelable une fois), sinon nous n'avons observé aucune limitation de durée (principe affirmé par le bail glissant, ou perspective à long terme dans un projet de vie).

Réaction des participants :

Selon les associations présentes, le système serait « embolisé » car il y aurait des mauvaises indications dans les foyers d'accueil médicalisé (FAM), dans les maisons d'accueil spécialisé (MAS), etc. pour des personnes qui pourraient vivre dans du logement diffus. Le manque de places empêche un roulement des personnes bénéficiaires.

Les associations expriment un manque de soutien : les militants psychiatres s'épuisent. D'où l'importance des Conseils locaux de santé mentale qui peuvent résoudre nombres de situations épineuses.

Partie 3 : mission / vocation

Double vocation : prévention de la précarité et prévention des rechutes médicales.

Les associations réagissent fortement au fait que peu de références ont été faites par eux sur la dimension thérapeutique des logements. C'est une telle évidence dans les pratiques des associations que cela n'a pas été cité. Dans la logique du secteur, les appartements font partie de l'arsenal de soins, donc il semble presque redondant pour les associations de mentionner cet aspect. Ce sont bien des outils thérapeutiques spécifiques.

Pour les gestionnaires à l'hôpital, cette dimension peut être évacuée puisque l'urgence est de faire sortir les malades de l'hôpital. C'est une vraie violence subie par les équipes. A Marseille, 50% des patients n'ont pas de solution d'hébergement à leur sortie de l'hôpital.

Partie 3 : la contractualisation

L'évaluation « ante » sur les personnes porte moins sur la clinique que sur la situation sociale globale de la personne. Pourrions-nous partager des exemples de grille d'évaluation créées par des associations ? Certaines souhaitent en effet partager ces critères en amont, ou auraient besoin d'aide sur ces questions.

Les appartements associatifs peuvent aussi être le lieu de cette évaluation.

L'association Jean Dublineau note le privilège d'avoir 2 dispositifs différents et complémentaires (appartements thérapeutiques et associatifs) qui lui permettent d'affiner l'évaluation.

Paradoxe : parfois on oblige la personne à recevoir des soins à domicile, notamment dans le cadre d'un programme de soins ordonné par le législateur (hospitalisation d'office).

Partie 3 : le suivi et l'accompagnement :

Cette partie analyse comment ces appartements permettent de reconstruire un lien qui parfois n'existait plus (personne n'allant plus à l'hôpital et pour lesquelles la visite à domicile permet le retour aux soins). Ces appartements permettent la « confiance », « l'alliance », la continuité du lien dans l'accompagnement concerté.

Question de Yohanes Makanda : est-ce que les visites des soignants ne renvoient pas la personne à son statut de malade, et non pas à son statut de citoyen ?

Enjeux : quelle capacité des équipes à réagir ou à se mobiliser rapidement pour cet accompagnement ?

Partie 3 : activités quotidiennes :

Problématique de la vie de quartier : l'intégration dans le quartier et la reconnaissance par les voisins, les commerçants est un point qui peut être décisif pour la vie des personnes. Par ailleurs, cela participe fortement à la lutte contre la stigmatisation dont sont parfois victimes les personnes malades.

Les activités se limitent en général à celles proposées par les CATTP et les hôpitaux de jour. Eventuellement, certaines associations s'appuient sur des groupes d'entraide mutuelle, mais toute disent que c'est un point à développer dans la mesure où cela participe activement à la stabilisation et à l'insertion sociale.

Quelle est la limite pour ces associations intervenant ? Jusqu'où aller ? Notamment dans la mise en lien avec les services d'accompagnement à la vie sociale (SAVS) ou GEM et le droit commun (ex d'un GEM qui va dans les appartements).

Intervention de Livia Velpry, sociologue (cf. présentation PowerPoint2)

Cette intervention s'inscrit dans un travail de terrain réalisé en psychiatrie il y a quelques années, - travail sur les relations entre professionnels et patients dans un secteur de psychiatrie. Livia Velpry a suivi le travail de l'équipe des appartements associatifs et s'est entretenue avec les résidents (interviews qualitatives de 6 résidents). Les appartements étaient gérés par une association de secteur ; les patients (en studio ou en collectif) étaient sous-locataires.

L'hébergement est une ressource matérielle indéniable, mais aussi un espace privé et de construction de soi, de son identité.

Le thérapeutique nécessite une relation avec quelqu'un d'autre. C'est une intervention sur autrui, un engagement réciproque de deux personnes consentantes.

Livia Velpry nous invite donc à réfléchir à cette tension entre « hébergement comme ressource » et « intervention sur autrui ».

3 axes :

1- Quelles représentations des patients ?

La durée est une notion importante pour l'appropriation de ces appartements par les résidents.

Les appartements sont des ressources pour des personnes dont la pathologie épuise les ressources par définition : c'est une dimension qui peut paraître évidente mais qu'il ne faut pas oublier.

Cette ressource « logement » est rare du fait de la pénurie de logements, ou du fait du faible nombre de places gérées par les associations (les critères pour entrer dans le logement sont stricts, il faut presque « gagner sa place »). Accéder à un lieu personnel et privé est une opportunité pour ces personnes, notamment pour des personnes ayant connu la rue.

Les appartements peuvent être vécus par les patients comme une contrainte (« un appart ok mais pas à n'importe quel prix »). L'appartement peut être alors ressenti comme une obligation pour la personne : acceptation de coopérer avec le sanitaire. Or l'obligation porte sur un espace intime et personnel. On accepte de laisser intervenir des professionnels de santé, chez soi, dans la sphère de l'intime (participation à des groupes de parole, acceptation de visites à domicile, être un « bon locataire » vis-à-vis d'un bailleur

associatif mais aussi d'une association de soignants). Les locataires peuvent donc ressentir des pressions pour aller vers une évolution positive, pour montrer qu'on s'engage dans un projet.

Cette pression n'est pas à interpréter que de façon négative, cela peut être aussi vécu comme un soulagement pour le résident.

2- Comment les professionnels se saisissent de ces dispositifs ?

Ex. citations d'Imogène vs Emilie.

Ces dispositifs sont au cœur d'une ambiguïté entre le cadre contractuel (position locataire/bailleur) et le cadre thérapeutique/éducatif (avec un objectif commun : l'amélioration de la santé de la personne). Les évaluations sont de deux niveaux et parfois contradictoires (par exemple, si le ménage n'est pas fait, c'est un cadre contractuel qui n'est pas respecté, mais d'un point de vue thérapeutique c'est peut-être que la personne va moins bien. Le cadre thérapeutique peut faire voler en éclats le contrat de location : tensions, paradoxes, le cadre thérapeutique est modulable et adaptable). Les soignants doivent interpréter de façon permanente les comportements des bénéficiaires, soit dans un registre contractuel, soit dans un registre thérapeutique.

3- 3 profils de relations se dégagent / 3 types de situation :

- Modèle théorique : accueil de résidents qui sont entrain de progresser vers plus d'autonomie. L'appartement n'est pas une fin en soi, aller encore vers mieux.
- Modèle où le résident ne se conforme pas au cadre contractuel : le patient va trop mal, il faut alors attendre.
- Modèle problématique de patient rappelant le risque de chronicité, stabilisé. Les professionnels ne croient plus à l'évolution positive de la personne, les professionnels ne croient plus dans le modèle thérapeutique.

Discussion entre Livia Velpry et les associations :

- **La définition du patient stabilisé** pose souvent problème pour les soignants. La stabilisation est parfois un objectif en soi, certains soignants ne vont plus hélas au-delà et ne vont plus vers l'autonomie. Les soignants manquent parfois d'imagination pour aider les usagers.
- **Equilibre très fragile de la personne** : un rien peut déstabiliser dans un appartement, c'est un équilibre précaire (fuite d'eau, regard d'un voisin...). Un espace de négociation s'est parfois créé entre les patients et les soignants. Une attention bienveillante des soignants et une rapidité d'intervention est la clé de la réussite. Le désir de l'équipe est très important car il est très vite perçu par les patients (exemple de personnes refusant l'accès de leur appartement à certains soignants avec qui ça s'est mal passé). Cependant, l'équipe ne doit pas trop « désirer » à la place de la personne bénéficiaire.

- **L'accompagnement thérapeutique** peut être vécu comme une agression, une intrusion par les usagers dans la sphère de l'intime. Le curseur se place au niveau de la personne : comment se perçoit-elle par rapport à son autonomie ? D'où l'importance du panel et du choix de services à apporter au patient. Comment savoir pour un patient si on est trop intrusif ou pas ? comment on décide ? souvent par l'interprétation permanente des comportements, de l'histoire, de ses propres normes, etc.
- **Les ambiguïtés du contrat de soin** : le soin permet de lutter contre le repli et l'apragmatisme, mais c'est aussi un contrat moral pour les résidents pour eux-mêmes et vis-à-vis de leur entourage (rentrer dans certaines normes du vivre ensemble). C'est une double contrainte difficile pour les soignants au risque de stigmatiser les patients dans leur logement.
- **Peut-on imposer une ressource à quelqu'un ?** Le normatif ne peut pas aider à l'autonomie. Les équipes de soins doivent être aidées en la matière. Pourquoi cette relation à vie avec le soin pose problème en psychiatrie et pas pour d'autres pathologies chroniques ? Comment fait-on pour ne pas désirer à la place de l'autre ?
Quand et comment intervenir ? Un lissage est nécessaire entre les différentes professions. Apparaissent en effet des injonctions paradoxales d'un métier à l'autre.
- **Question de la durée** : le temps de l'adaptation dans un logement est important, c'est aussi le temps pendant lequel les soignants ont de grandes attentes, parfois à la place du patient. Les soignants s'épuisent également quand l'évolution de la personne ne va pas assez vite et n'est pas assez positive.
- **La contractualisation** : Il est difficile de faire respecter un contrat à un psychotique qui n'y met pas la même chose que le soignant, du fait de sa pathologie. Le contrat est toujours signé mais pas toujours respecté. Le moment de la signature du contrat est finalement plus important que le contrat lui-même : c'est en effet un temps pour expliquer les choses, pour officialiser, pour poser le cadre. Le contrat donne juste un cadre, il borde les choses, il permet de mettre des limites. Mais il faut le transgresser de nombreuses fois, le renégocier, etc.
- **Les associations ont peu de marge de manœuvre** pour prendre des risques et ne pas contraindre les gens aux soins. Il semble indispensable que soit différencié l'association qui gère le logement et la structure qui prodigue le soin.

Conclusion et perspectives : la mesure d'impact des projets

Mireille Davidson, expert Santé à la Fondation de France :

Depuis trois ans environ, la Fondation de France a intégré dans ses dossiers de demande de subvention un tableau (cadre logique) devant permettre aux associations de :

- synthétiser leur projet
- réfléchir à l'utilité de ce projet pour les bénéficiaires
- et mesurer cette utilité (mesure de l'impact).

Cela s'intègre dans une démarche globale de la fondation, de formation des responsables de programmes, des instructeurs, afin de pouvoir évaluer nos appels à projets et démontrer l'utilité de nos programmes.

La Fondation de France a également besoin de montrer cette utilité auprès des testateurs, donateurs... et ce du fait des contrôles récurrents de la Cour de Comptes, des commissaires aux comptes, du Comité de la charte, etc.

Nous essayons ainsi d'améliorer l'analyse de l'impact de nos financements sur les bénéficiaires, et cela se fait via l'analyse des projets financés. Par conséquent, il nous semble important de faire un focus avec les associations ayant porté des projets d'appartements à visée thérapeutique sur ces aspects aujourd'hui et lors de notre prochaine journée.

Claire Le Roy-Hatala, sociologue :

Selon les premiers éléments de l'étude :

- les associations ont peu de visibilité (ou des idées imprécises) sur ce que deviennent les personnes une fois qu'elles ont quitté leurs appartements. Les associations ont exprimé un besoin d'aide sur ces questions.
- les indicateurs proposés dans les projets peuvent être extrêmement variables. Une association a noté des changements de représentation dans le quartier (indicateur original et à développer).
- beaucoup d'indicateurs ont été cités pendant l'étude, sans être pensés comme tels par les associations : par exemple, le taux de ré-hospitalisation.

Remarques :

Dolores Torres (Alternatives 11) propose un indicateur économique : quel serait le coût de ce dispositif par rapport à une journée d'hospitalisation ? Si une différence notable de prix pouvait être démontrée, cela devrait intéresser les pouvoirs publics.

En ce sens, selon une étude de l'association AGATE, les appartements coûteraient 5 euros par personne par jour, mais cela ne prend pas en compte la valorisation du temps des soignants de la psychiatrie auquel il faudrait aussi ajouter les coûts de l'AAH, de la CAF et la mutualisation de la PCH.

APPART à Mulhouse a pu démontrer que son dispositif fait économiser environ 300 000 euros sur un an au Conseil Général.

Journée d'échanges

« Les appartements associatifs à visée thérapeutique »

Le 19 décembre 2013

Liste des participants :

- Associations :
 - Mme Jollain et M. Silistrie, association Ensemble
 - MM. Delaporte et Fritiau, association ACAP
 - M. Percher, association Entraide La Cordée
 - Mme Renoir, CH Léon Grégory Thuir
 - Mme Serin-David et Mme Samson, association Cairns
 - M. Quilichini, Alternative XI
 - M. Peyronel, association Solidarité Réhabilitation
 - Mme Weber et Mme Groshans, association APPART
 - Mme Kouba et Mme Thiam, association Jean Dublineau
 - Mme Lefebvre et Mme Otto-Bruc, association AGATE
- Intervenants :
 - Patrick Méchain, Directeur des soins, de la qualité et de la gestion des risques, et de la relation avec les usagers (CH de Thuir)
 - Maïté Arthur, présidente, et Mme Vial, trésorière, association 3 Chemins
 - Claire Leroy-Hatala, sociologue
- Membres du comité d'experts du programme « Maladies psychiques » de la Fondation de France :
 - Clément Bonnet, président du comité
 - Dolores Lina Torres
 - Laurent El Ghozi
- Instructeur-trice Fondation de France :

- Joseph Lemarchand
- Isabelle Bardet
- Fondation de France :
 - Mireille Davidson, expert Santé et Recherche Médicale
 - Karine Pouchain-Grépinet, responsable du programme « Maladies psychiques et vie sociale »
 - Jérôme Pradel, assistant clientèle

Introduction

Nous rappelons en introduction les objectifs du travail d'étude mené par Claire Le Roy-Hatala, sociologue, pour la Fondation de France depuis le mois de juin 2013.

Il s'agit d'éclairer, mieux comprendre et valoriser le travail mené au sein des associations qui gèrent des appartements à visée thérapeutique.

Une première rencontre avec les porteurs de projets avait eu lieu le 26 septembre et avait permis d'aborder le cadre réglementaire, les enjeux, la diversité des associations et les visions professionnelles différentes qui guident l'action au sein de ces associations. En point d'orgue, était apparue la question centrale du territoire d'intervention des associations comme élément déterminant de leur positionnement.

Depuis cette rencontre, l'étude a été complétée notamment par des entretiens auprès de résidents dans les appartements. Toujours dans une démarche qualitative, il s'est agi de recueillir leur vision et leur expérience de l'appartement associatif à visée thérapeutique.

Partie 1 : L'expérience des résidents

1- Les résidents

10 personnes ont été interrogées, soit par téléphone, soit en collectif lors d'une réunion d'association.

Un certain nombre de biais ont été identifiés :

- Les résidents qui ont été sollicités sont certainement des personnes considérées comme ayant un parcours « exemplaire » pour les responsables des associations.
- Certains résidents ont exprimé une crainte de ne pas pouvoir rester dans leur logement (même si celle-ci n'était pas forcément fondée).
- Certains résidents ont eu des difficultés à prendre du recul et analyser leur parcours.

Les thématiques abordées étaient les suivantes :

- La vie juste avant l'appartement
- L'entrée dans l'appartement
- La vie dans l'appartement : activités, soins, visites
- La vision du dispositif

Le parcours de soin n'a pas été abordé lors de ces entretiens pour des questions éthiques et méthodologiques.

Profil des résidents :

- Des personnes de plus de 40 ans en majorité ; même si des associations évoquaient leur travail auprès de jeunes pour lesquels l'appartement permettait une émancipation essentielle vis-à-vis de la famille.
- Plusieurs personnes sont très seules (liens familiaux et amicaux quasiment inexistants), mais la plupart des résidents évoque très fréquemment leurs proches : c'est un élément de leur vie qui revient fréquemment dans les entretiens même si les résidents ne les voient pas régulièrement ;
- Ils ont vécu de nombreuses hospitalisations (5 sur 10 étaient hospitalisés avant l'appartement) ; l'appartement associatif est très souvent la seule solution car ils n'avaient pas d'appartements avant ou n'ont pas de proches : il n'y a pas d'alternatives possibles.

Remarque :

- Les personnes qui accèdent à l'appartement ont quasiment toutes exprimé leur « ras le bol » de l'hôpital. Ils estiment avoir vécu une période de lassitude et de rejet de l'hôpital juste avant leur entrée dans l'appartement. Or cette capacité à exprimer son désaccord avec l'institution est une force et/ou un biais qui peut poser des questions quant au mode de sélection des patients qui peuvent bénéficier de ces dispositifs.

2- Que représente l'appartement associatif pour les résidents ?

Les mots le plus souvent employés pour qualifier l'appartement sont :

- « **Liberté** » : en effet, celle-ci est citée pour illustrer le fait de pouvoir décider ce que l'on souhaite manger, d'aller et venir, « d'avoir un frigidaire », et d'organiser sa vie (en opposition à la vie très rythmée de l'hôpital).
- « **Normalité** » : la normalité renvoie notamment à l'environnement non stigmatisant, banalisé dans lequel se situe l'appartement (immeuble, quartier). Les résidents évoquent le fait que les voisins ne sont pas informés de leur parcours et de leur maladie.

D'autres items reviennent également fréquemment :

- « **L'espoir** » : les appartements représentent moins la guérison que la perspective d'un avenir meilleur ;
- Les appartements représentent également la « **sécurité** » et une forme de « **soulagement** ». C'est un lieu dans lequel l'incertitude de l'avenir pèse moins sur les personnes.

En quelques mots, nous pouvons dire que les appartements associatifs représentent une dimension positive, porteuse d'espoir, tout en étant un espace protecteur ; cette protection étant représentée par la présence de l'association (sécurité, protection). Les résidents expriment le fait que les équipes médicales ne les regardent pas de la même façon depuis qu'ils sont en appartement (même si parfois ce sont les mêmes équipes soignantes).

3- L'accompagnement

Il est perçu comme indispensable pour les résidents. Il n'est jamais remis en question et est décrit comme étant organisé sur un rythme satisfaisant. Plusieurs résidents expliquent à ce propos, qu'ils ont le sentiment d'avoir pu choisir la fréquence à laquelle ils souhaitaient être visités. Quelques-uns souhaiteraient que les infirmiers viennent plus régulièrement. Moins les proches sont présents, plus les visites par les soignants ou les éducateurs, sont attendues. L'accompagnement est non négociable pour les résidents qui savent que c'est la condition pour rester dans l'appartement. Il est perçu comme un levier déterminant de reconstruction du lien social, surtout pour les résidents qui ne travaillent pas.

Par ailleurs, les visites des infirmiers sont perçues comme des temps de « surveillance » à la fois du bon entretien de leur appartement mais aussi de leur état de santé (effet miroir : l'infirmier vient confirmer l'état de santé perçu par le résident).

L'expérience de l'association « Trois Chemins » (Cannes)

Présentation général par Mme Arthur, présidente :

L'association « Trois chemins » est un dispositif pouvant servir en amont comme un aval. Il se situe dans les interstices. La création de l'association s'est faite à partir de personnes qui se connaissaient : familles, soignants, usagers pour tenir des permanences (ce sont « les trois chemins »).

Nous faisons un constat :

Comment se soigner à la rue ? Comment accéder aux soins quand il est déjà difficile de se nourrir, d'avoir de l'eau et de pouvoir se laver ?

Nous constatons un retour perpétuel de certaines personnes à l'hôpital malgré notre soutien et c'est pourquoi nous avons voulu créer l'association avec des appartements. A ce moment-là, l'hôpital avait des difficultés avec 3 appartements en ville. Ils n'arrivaient pas à mettre en place une équipe de suivi.

Ainsi l'association a démarré avec des 2 appartements privés dans le centre de Cannes, dans un même immeuble. Ils peuvent loger chacun 3 personnes.

La particularité du fonctionnement de l'association réside dans la responsabilisation des résidents et dans l'entraide. Chacun a sa clé. Tous le quartier est informé (pompiers, police, le pharmacien...) et les résidents de l'immeuble jouent aussi un rôle de veille.

Il y a tout une équipe de bénévoles dans l'association qui vient faire des visites dans l'appartement et donner des coups de main ponctuellement. De plus, il y a une équipe médicale de l'hôpital qui est mise à disposition pour assurer des visites.

Présentation du Dr Vial, psychiatre et trésorière de l'association

Les conditions d'attribution sont les suivantes : il faut qu'il y ait une volonté de la personne, une forme d'adhésion aux principes de l'association, une stabilisation médicale. De plus il faut que les personnes soient en capacité de sortir/s'entraider car il n'y a que 2 passages des équipes par semaine. Les activités à l'extérieur sont primordiales et nous demandons aux résidents de se rendre au GEM de Cannes ou de Grasse, ou à l'hôpital de jour...); enfin, ils s'engagent à suivre des soins.

Il faut au moins 18 mois pour que les personnes puissent s'autonomiser et trouver un autre appartement à soi / faire un projet de vie = le financement par l'aide au logement temporaire (ALT) impose de faire tourner les personnes.

Nous sommes dans une logique de proximité : logique de réseau

33 personnes ont été accueillies en T4 depuis la création de l'association.

Le financement se fait par le versement de l'ALT par la CAF directement à l'association = l'association met les personnes en situation de vie réelle pour les frais d'électricité, d'eau, etc... car la ville de Cannes est chère. Cela permet de comprendre mieux la vie après le logement collectif.

Composition de l'équipe d'accompagnement : un médecin référent, des infirmiers, un psychologue, une assistante sociale, 3 bénévoles UNAFAM.

Ils n'interviennent pas ensemble mais ont des temps de régulation pour adapter l'accompagnement de chaque personne en fonction des besoins. Il y a une grande souplesse de l'accompagnement du fait de la petite taille de la structure.

L'association a signé une convention avec l'hôpital pour la mise à disposition des ressources hospitalières (pour les temps d'intervention, d'animation des rencontres communautaires, et des VAD) : 2h par semaine pour les réunions communautaires, 2h pour l'accompagnement, 2h le lundi soir de permanence + réunion d'équipe 2 fois par mois de régulation/supervision.

Le temps bénévole : environ 75% d'1 ETP. Il y a des hommes et des femmes. Les bénévoles de l'UNAFAM ne sont pas des proches directs des locataires. Mais ce sont des personnes concernées et affectées par les troubles psychiques. Ils disent que cela les aide en parallèle à accompagner leurs proches.

Conclusion : Le temps bénévole étant très conséquent, une nouvelle organisation a dû être pensée. L'association a désormais un budget qui commence à lui permettre d'embaucher une personne pour l'administratif et concentre ainsi le travail des bénévoles sur l'accompagnement, notamment à la sortie, des résidents. De plus, l'association envisage de multiplier les appartements et accueillir peut-être des personnes plus handicapées.

Du point de vue des résidents, il y a un temps difficile lié à la vie en colocation ; mais c'est un temps nécessaire qui leur permet d'aller vers un logement autonome (quelques cas rares de sortie vers des foyers médicalisés, retour en famille, ré-hospitalisation pour quelques personnes ; appartements dans le privé pour la grande majorité).

Partie 2 : les forces et faiblesses de ces dispositifs

Des dispositifs à fort potentiel :

- Du point de vue du développement de l'autonomie des personnes : peu de dispositifs en psychiatrie permettent cette mise en situation, dans la vraie vie, où peuvent s'exprimer totalement les capacités d'autonomie de la personne.
- De plus, ce sont des lieux privilégiés de développement de pratiques partagées. L'appartement associatif, de droit commun, est en quelque sorte un espace neutre dans lequel chaque professionnel fait une partie du suivi. Ainsi, l'accompagnement ne peut se concevoir que dans une forme de complémentarité.
- Ce sont des dispositifs qui favorisent le changement des pratiques : exercer autrement, à l'extérieur de l'hôpital. Ce sont des espaces où les professionnels peuvent avoir le sentiment de faire un suivi de meilleure qualité, et qui est particulièrement valorisant lorsque les personnes vont mieux.
- Enfin, ce sont des dispositifs favorables au développement de l'entraide et de l'empowerment. En effet, du fait de l'identité de citoyen que permet de retrouver la vie en appartement en ville, les résidents sont plus propices à se responsabiliser à la fois par rapport à leur pathologie mais également par rapport à leur projet de vie. C'est donc un moment favorable à l'acceptation notamment grâce à l'espoir qu'il représente.

Leviers de réussite :

Quels sont les éléments favorables au rétablissement durable des personnes dans les appartements thérapeutiques ?

- La disponibilité/ réactivité des équipes associatives : en effet, plus l'association met en place un système de réponse immédiate aux différents problèmes des résidents, à la fois sur le plan médical, mais aussi sur le plan de la vie quotidienne, plus les personnes gagnent en autonomie. Cela permet à la fois un système de veille et de prévention, mais aussi de construire une relation de confiance réciproque déterminante pour la bonne vie dans les appartements.
- La souplesse organisationnelle : cette souplesse est déterminante car elle permet de répondre à une grande diversité de besoins et donc de personnes. Il ne s'agit plus de définir une catégorie de malades considérés comme stabilisés, mais bien de s'appuyer sur les ressources d'une personne qui souhaite sortir de l'hôpital pour trouver un mode de vie autonome. Le levier de sortie devient non pas la situation médicale mais la motivation à sortir de l'hôpital. Grâce à cette souplesse, le fait que l'état des personnes soit variable n'est pas un frein. De plus, cela permet de porter un regard sur la personne à 360°. Elle n'est plus considérée uniquement par rapport à sa pathologie mais bien dans son projet de vie.
- Le fait que la vie dans l'appartement ne puisse se faire sans une alliance thérapeutique solide. Ainsi, plus il y a un travail en amont de dialogue entre le patient et les équipes de l'association quant « aux règles du jeu », plus le rétablissement semble possible car il y a une reconnaissance mutuelle.
- Ces dispositifs semblent fonctionner également sur un principe « d'incertitude assumée ». En effet, les appartements ont réellement une valeur ajoutée lorsqu'ils permettent de révéler des potentiels d'autonomie et de rétablissement que les personnels soignants n'avaient pas identifiés. Nombreuses sont les situations, où un patient est orienté alors qu'aucune garantie ne peut être apportée par rapport à la stabilité de la personne. Et pourtant, la vie dans l'appartement est parfois une opportunité d'amélioration considérable de la situation médicale et sociale d'une personne pour laquelle les équipes pouvaient ressentir un échec de prise en charge. Dans cet esprit, l'échec de l'appartement associatif peut ne pas être considéré comme un échec, mais comme un temps d'évaluation de la situation de la personne et ainsi permettre une meilleure orientation.
- Enfin, la grande réussite de ces dispositifs réside dans la prise de risque maîtrisée. Cf. le principe « d'incertitude assumée ».

Les freins et obstacles :

- L'incertitude économique et financière des associations qui gèrent les appartements. Elles sont très fragiles économiquement et reposent sur des montages financiers peu pérennes : mise à disposition de personnel des hôpitaux, subventions, financements des conseils généraux (mais parfois ponctuels) sauf pour les appartements qui fonctionnent comme espaces de transition et qui sont financés par l'ALT. Elles manquent de trésorerie ce qui ne leur permet pas de prendre certains risques pourtant inhérents à l'objet de l'association.
- Le lien avec les hôpitaux : peu d'hôpitaux soutiennent réellement ces dispositifs qui sont souvent considérés comme étant une activité annexe. Certaines associations disent même être empêchées par leur hôpital de référence. Or, du fait de l'activité de ces associations, il est nécessaire que

l'hôpital soit partie prenante notamment dans le cadre des visites à domicile. Elles ont donc besoin d'un engagement qui ne se fait pas toujours de manière très facile (malgré les obligations liées à l'activité du secteur).

- Les résistances liées à « l'habité psychotique » : c'est un sujet sur lequel on manque vraisemblablement d'éléments théoriques or c'est une dimension très complexe de la maladie.
- Les enjeux territoriaux : certaines associations disent les difficultés liées à la pression foncière ou encore à la situation économique et sociale de la zone qu'elles couvrent. En effet, dans certaines villes, les associations doivent assumer le fait que les patients de l'hôpital sont dans des situations de très grande précarité alors que les dispositifs médico-sociaux de réinsertion ne sont pas forcément plus nombreux.

Discussion :

Dans quelle mesure le principe du « Housing first », travail de recherche mené actuellement à Marseille, Toulouse, Paris et Lille afin de permettre à des personnes à la rue et malades de retrouver un logement durable, n'est-il pas une forme de solution pour les secteurs?

Les marges de progrès :

- La vie au quotidien dans les appartements / les activités sociales : les limites du rétablissement dans les établissements sont essentiellement liées au fait d'avoir des activités dans la journée qui ne se limitent pas à l'hôpital. L'appui des GEM ou des associations de droit commun d'accès aux loisirs, aux sports, à la culture est un levier qui semble ne pas être suffisamment développé dans les associations.
- La participation effective des résidents et le développement de l'entraide pourraient également être des leviers importants de réussite par rapport au projet d'autonomisation des personnes et de retour à la citoyenneté. En effet, la mise en œuvre de la participation est un projet qui nécessite un engagement important des équipes qui disent manquer de temps.

Les associations disent leur faiblesse sur ces deux points mais souhaiteraient être aidées et soutenues pour progresser sur ces aspects.

Conclusion :

Ces sont des dispositifs avec une forte valeur ajoutée en termes d'accès à la citoyenneté et d'outils de rétablissement mais qui reposent aujourd'hui sur une forme de militantisme qui est à la fois une force et une faiblesse. En effet, la pérennisation de ces dispositifs au-delà de l'engagement des personnes se pose.

Par ailleurs, la grande force de ces appartements réside dans le statut intermédiaire des associations qui les gèrent. Ils se situent à la confluence du soin et de l'accès au logement, ce qui leur permet d'avoir une réponse à la fois très complète pour les personnes, tout en étant dans le droit commun. Cette position à la jonction de problématiques très différentes fragilise ces dispositifs qui ne sont reconnus et légitimés dans aucun champs.

Les représentations sociales : obstacle ou levier pour faire évoluer les pratiques ?

L'expérience de deux services de psychiatrie aux centres hospitaliers de Pau et de Thuir (Patrick Méchain)

Cf. PowerPoint de sa présentation en annexes.

Dans notre établissement, en premier lieu, nous avons fait évoluer le vocabulaire. Par exemple, auparavant nous avions des « dossiers de candidature » lorsque les personnes voulaient avoir une place, or on n'est pas candidat à la maladie. C'est pourquoi, nous l'avons changé en « dossier d'admission ».

De plus, nous avons travaillé à faciliter l'accès à l'établissement. Par exemple, nous avons simplifié la démarche d'admission et diminué le dossier.

En 2001, contexte à Pau : nous avons 5 lieux d'hospitalisation au long cours, beaucoup de malades en durée d'hospitalisation très longue. La ville était divisée en secteurs avec un manque de lisibilité dans le soin. Nous avons travaillé à la création du Département des soins et réadaptation. Cela a permis la formalisation des rôles de chacun. Nous nous sommes aperçus que les représentations des soignants sur les personnes longuement hospitalisées étaient très péjoratives. L'équipe d'alors ne croyait absolument pas dans les capacités de ces personnes à sortir de l'hôpital.

Nous avons besoin de travailler sur les représentations très péjoratives des soignants sur les malades. Lors d'une formation sur les soins de réadaptation, a émergé l'idée de faire venir quelqu'un d'extérieur (une anthropologue qui travaillait sur les 3^{ème} mi-temps du rugby). Elle a rencontré toutes les parties prenantes : usagers, équipes médicales...

Résultats en 2005, puis nous avons organisé une rencontre avec un CHRS pour création d'une Résidence Accueil (maison bourgeoise à Pau pouvant accueillir 15 personnes / création d'unité de vie sociale / articulation avec GEM et structures associatives).

Par ailleurs, il y a eu un soutien de l'hôpital au niveau de l'association de réadaptation psychosociale (mise à disposition d'un secrétaire, et de bureaux).

Le modèle a pu être transposé au Centre Hospitalier de Thuir en 2006 (période de renouvellement du projet médical) : accompagnement par le directeur de la cohésion sociale, pour mettre en œuvre des partenariats, notamment avec un gestionnaire de CHRS.

Alors que faire de plus ?

Inclusion culturelle : nous participons à l'organisation d'un prix et d'un jury littéraire avec des patients en son sein / changer le regard aussi sur l'hôpital / ou exemple de création de films par les malades (ateliers ciné) => aujourd'hui le retour définitif à l'hôpital n'existe plus.

Questions :

Vous avez dit que les équipes des CMP ne savaient plus intervenir à domicile alors qu'elles le faisaient avant, qu'est-ce qui a été fait pour les aider ?

Réponse : Les équipes des CMP avaient l'impression qu'elles croulaient sous les demandes, qu'elles ne pouvaient pas aller chez les gens (insécurité d'y aller seuls, notamment pour des jeunes infirmières) ; gros turn-over des équipes (70% des soignants avaient changé en 4 ans à Thuir) ; les équipes n'étaient donc pas à l'aise face à la clinique, à la symptomatologie, elles avaient des difficultés à donner du sens à leur travail, à appréhender les malades, etc. Les équipes se sont donc mises à préférer les tâches administratives plutôt qu'à se confronter aux malades : il y avait donc un fort besoin de remobiliser les professionnels.

Cela est donc passé notamment par la création d'un DU à Thuir pour les infirmiers (formation psychopathologique, ateliers cliniques). La création des équipes mobiles a pu aussi prendre en charge ces visites à domicile et permis la mise en lien avec les CMP. C'est aujourd'hui une préoccupation constante qui permet maintenant aux soignants du CMP de repartir en visite à domicile.

La création des Conseils locaux de santé mentale en parallèle participe à cette dynamique dans la cité.

Questions/Réponses :

Comment expliquer cette évolution des pratiques des soignants ces dernières années et ces travers ?

Pistes de réponses :

- Le problème du diplôme unique des infirmiers,
- Le travail institutionnel qui n'est plus fait de la même manière (les soignants donnent moins de sens à leurs pratiques). Acculturation des soignants.
- Les représentations sur les maladies et les malades qu'ont les soignants sont les mêmes que celles en population générale.

Est-ce que l'on peut dire qu'on observe une disparition de la dynamique associative à Thuir ?

Non, il existe bien une unité de réadaptation à Thuir (21 lits et hôpital de jour). La Résidence Accueil est un dispositif d'hébergement considéré comme une alternative à l'hospitalisation mais gérée par une association dans la cité (possibilité de permettre à des gens de sortir de l'hôpital), en centre-ville. Intégration du SIAO.

Comment se fait la régulation des intervenants du fait de l'implication émotionnelle des accompagnants ? Y-a-t-il de la supervision ?

Sur Pau et Thuir, ce sont les secteurs qui font la supervision. Est-ce une bonne chose ? Quelqu'un d'extérieur pourrait peut-être être plus pertinent pour mieux interroger les dispositifs, pourquoi pas ?

Ateliers

La mesure de l'impact et l'évaluation de ces dispositifs

- L'impact du dispositif d'appartement associatif à visée thérapeutique : que serait-il intéressant de mesurer ?
 - 1- la vie des personnes ?
 - 2- les pratiques des professionnels (du sanitaire, du médico-social, du social) ?
 - 3-la société ?

- Avec quels indicateurs ?
- Avec quels outils de recueil et quelle méthodologie ?

Groupe 1 : Impact sur la vie des personnes (rapporteur : M. Lemarchand)

Trois grands axes seraient à mesurer :

1. L'autonomie / les habilités de la vie quotidienne :

Résultats attendus : être autonome (préparation des repas, entretien de soi, du logement)

Indicateurs : évaluation longitudinale à T0, T1...le niveau d'autonomie des personnes et leurs habiletés sociales. Et faire une comparaison pour voir la situation évoluer.

Remarque : Une grille de « non acquis » peut être déstabilisante et négative. Nous suggérons d'utiliser une grille de compétences avec une vision plus positive pour mesurer les stabilités et les évolutions, sans partir du négatif. Cette grille pourrait être renseignée de façon croisée par la personne et par un proche (famille ou professionnel).

ex. : Echelle de Darcourt

2. La socialisation

Résultats attendus : dans quelle mesure la personne se repère spatialement et connaît son quartier ?

ex : Le niveau de contacts avec les proches.

ex : La projection dans le futur (projet de vacances, etc.)

Indicateurs : L'association Ensemble à Nancy a développé un outil à partir d'une spirale qui mesure le rayon géographique dans lequel le patient évolue. Ex : la boulangerie pour acheter son pain est à 500m. L'objectif est d'inciter le patient à aller dans un cercle plus loin (La piscine qui est à 1km par exemple), à partir de l'hypothèse que c'est un signe de reprise de vie sociale positive.

Les autres indicateurs pourraient être le nombre de contacts avec les proches, le nombre de fois où la personne a conversé avec quelqu'un dans la journée, l'usage des nouvelles technologies...

3. La santé

Les résultats attendus : l'adhésion au projet de soin, la stabilisation.

Il s'agit de regarder l'évolution des modalités et de la consommation de soins : les consigner et les analyser en fonction de la personne.

Ex : passer d'un soin sous contrainte à une absence de soins sous contrainte, passer d'un soin en CATTP à des soins en CMP, etc...

Outils : interroger les personnes et les soignants rencontrés régulièrement dans des réunions de points.

Remarques :

Ces indicateurs ne mesurent pas ce qui est ressorti de la perception des résidents évoquée en première partie de journée.

Comment mesure-t-on le désir de vivre ? La liberté ? L'espoir ?

En effet, cette préoccupation d'évaluation ne doit pas nous faire oublier des notions comme la satisfaction / subjectivité des résidents / l'amélioration de la qualité de vie.

Il existe de grilles de mesure de la qualité de vie objective ou perçue. Ex : qualité de vie, WHOQOL ; satisfaction de vie, SWLS.

Groupe 2 : L'impact sur les professionnels (rapporteur : M. El Ghozi)

Qu'est-ce qu'on peut espérer mesurer ?

Propositions :

- Exercice de la médecine psychiatrique à l'extérieur de l'hôpital
- La poursuite du développement du secteur ?

- Le développement des partenariats et d'une culture partagée avec d'autres professionnels ?
- La prise en compte du désir de l'utilisateur ?
- L'accès au droit commun ?

Au niveau de l'hôpital :

Nous pourrions regarder s'il existe un projet formalisé de réadaptation psychosociale dans l'hôpital ; idem dans le projet de secteur ; l'évolution du taux des professionnels en ETP en intra et en extra hospitalier ; l'initiation d'EPP (évaluation des pratiques professionnelles) sur ce sujet avec l'association et avec les résidents ; la mise en place de formations ciblées des professionnels sur ces questions (travail avec les résidents et les autres acteurs).

Au niveau des partenariats :

L'implication des professionnels du secteur hospitalier dans des associations en dehors de l'hôpital ; l'existence d'une convention entre l'hôpital et l'association ; l'existence de conventions avec d'autres associations d'autres secteurs d'intervention ; la participation des professionnels du secteur au dispositif de collaborations territoriales (CLSM...) ; le nombre de lieux de co-construction et de co-décision pour mettre en place des projets ; le travail formalisé avec les familles.

Au niveau de la qualité de la prise en charge :

Un tableau de veille sociale sanitaire et de suivi ; la mise en place ou pas d'un référent ; continuité des prises en charge ; l'analyse des ré-hospitalisations des résidents (motifs, conditions...).

A construire :

L'évolution des pratiques des professionnels en ambulatoire (infirmier, médecin de ville) serait aussi à étudier ; le changement des représentations des professionnels...

Remarques :

Les membres du groupe expriment leurs difficultés par rapport à cet exercice car il est difficile de parler de soi et de prendre du recul par rapport à sa pratique.

En outre, il serait intéressant d'avoir davantage d'informations sur le lien des patients avec leur médecin généraliste.

Mettre davantage l'accent sur la participation des professionnels : les associations peuvent être un outil de soins aussi pour donner du sens au travail des soignants.

Creuser aussi ce qui se passe pour les équipes du médico-social, du social : l'analyse s'est centrée spontanément sur le personnel hospitalier.

Groupe 3 : L'impact sur la société (Mme Torres)

Axe 1 : Mesurer l'évolution de la tolérance, notamment sur l'environnement proche (gardiens, voisins...).

Il s'agit d'interventions non systématisées mais au cas par cas ; mobilité-réactivité des équipes parce que cela permet de faciliter la tolérance du voisinage proche.

Au préalable, doit être évaluée la capacité à habiter de l'utilisateur pour faciliter cette tolérance (outil de la charte / règlement intérieur). Cela renvoie aux droits et devoirs / respect des uns des autres.

Ex d'indicateurs : nombre d'expulsions en baisse, nombre de plaintes en baisse, nombre d'incidents répertoriés en baisse, analyse du nombre de lettres recommandées reçues ou envoyées... Essayer de recenser les points positifs aussi : gestes de solidarité, implication des voisins...

Autre ex. d'indicateur : nombre de bail passé en bail glissant ?

Axe 2 : Mesurer l'évolution du regard / dé-stigmatisation :

Il faut avoir pour objectif de changer le vocabulaire utilisé et la façon de se présenter (les mots pour le dire).

Mettre en avant ce qui marche : les associations mettent toujours en avant les problèmes, montrer ce qui marche. Ex : paiement du loyer, pas de problèmes de comportements, pas d'incurie dans l'appartement, baisse des journées d'hospitalisation ou ré-hospitalisation, participation à la vie sociale et culturelle du quartier.

Proposition pour la FDF : faire une plaquette / document sur les appartements associatifs à visée thérapeutique (faire état de l'ensemble des actions, sous la forme d'une synthèse : x appart, x usagers, x journées d'hospitalisation évitées...)

- ⇒ D'un point de vue méthodologique il pourrait être intéressant de faire un recensement auprès des établissements hospitaliers pour avoir une vision globale de l'impact de ces dispositifs au niveau national. La FASM avait fait une enquête au début des années 2000. Pourquoi ne pas actualiser cette enquête ?

L'enjeu est de communiquer de façon positive sur le dispositif pour augmenter la part des logements obtenus et la diversification des bailleurs sociaux ou privés.

Axe 3 : mesurer l'impact des appartements sur la dynamique territoriale :

Les appartements ont-ils participé à l'impulsion de CLSM, de réseaux, d'ateliers santé-ville avec un volet « santé mentale » dans la ville ? Quelle est la participation des résidents aux associations culturelles et

sociales ? Dans quelle mesure cela a permis la création de GCSMS (ex. de Marseille) ? Quelle est la participation aux SISM (journées porte-ouverte, débats...) ? Quel est le nombre d'actions de plaidoyer auprès des politiques qui aboutissent ?

Axe 4 : mesurer l'impact économique

Cette dimension serait à creuser car elle permettrait de mettre en valeur les économies réalisées en termes de prise en charges sanitaire et de prévention des rechutes ou de la précarité, grâce aux appartements.

Synthèse et conclusions :

Cette question de la mesure de l'impact et de l'évaluation des dispositifs pose une question centrale : quel est l'objectif de chaque association ? A quoi travaille-t-elle au niveau individuel (pour les personnes) mais aussi au niveau collectif et sociétal ?

Il va sans dire que les dispositifs d'appartements associatifs à visée thérapeutique répondent à des besoins fondamentaux et permettent une réelle insertion sociale et une stabilisation de personnes qui sont en grande difficulté. L'enjeu est désormais la valorisation de cette action, l'objectivation et la capitalisation de ces expériences diverses.

Perspectives :

1. Le compte rendu de la réunion (ainsi que les présentations) seront envoyés à l'ensemble des participants
2. Finalisation de l'étude de Claire Le Roy-Hatala d'ici fin janvier. Le rapport sera envoyé à l'ensemble des associations participantes
3. Les associations seront priées de diffuser l'étude auprès de leurs résidents (et plus particulièrement ceux qui ont participé à l'étude).
4. Une réflexion va être menée par la Fondation de France pour la réalisation d'un document de synthèse/communication qui permettrait de mettre en valeur ces dispositifs et d'avoir un outil de plaidoyer à la disposition des associations.
5. Nous allons étudier la possibilité de mettre à disposition des associations les différents outils évoqués lors de la réunion.